



## Déclaration provisoire sur le traitement de la gonorrhée au Canada

Après plus de 20 ans de déclin, le taux de gonorrhée au Canada est en recrudescence, et ce, depuis la fin des années 1990. Comparé à son plus bas niveau enregistré en 1997, il a augmenté de plus de 60 % pour atteindre 23,5/100 000 (7185 cas) en 2002.

Le traitement de la gonorrhée sans complication consiste en une dose unique d'antibiotique, ce qui favorise la fidélité au traitement. Cependant, la résistance émergente et persistante de souches *N. gonorrhoeae* continue de compliquer le traitement, la prévention et la maîtrise de cette infection. Cette résistance souligne l'importance d'une surveillance continue, d'une déclaration de la résistance aux antimicrobiens et de la nécessité d'avoir des données épidémiologiques approfondies au sujet par exemple des partenaires d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) ou de personnes ayant des rapports hétérosexuels.

La résistance des souches *N. gonorrhoeae* à la pénicilline et à la tétracycline est bien documentée dans le monde entier, c'est pourquoi l'emploi de ces agents n'est pas recommandé pour le traitement de la gonorrhée. Dernièrement, la résistance aux fluoroquinolones est devenue un problème. Identifiée pour la première fois en 1992, elle est actuellement la plus prévalente en Extrême-Orient, même si elle a été établie dans de nombreuses autres parties du monde, notamment au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada.

Une fois que les taux de résistance à un antibiotique atteignent 3 % à 5 % (selon la région), il n'est plus possible de recommander un schéma thérapeutique. Ainsi, les fluoroquinolones ne sont pas recommandées pour le traitement de la gonorrhée en Asie, dans les îles du Pacifique (y compris Hawaï), en Californie, en Israël, en Inde, en Australie, au Royaume-Uni et, dernièrement, chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes aux États-Unis (de même que dans les cas de rapports avec des personnes de ces régions, ou encore dans les cas épidémiologiquement liés à ces régions).

Les taux préliminaires signalés de résistance aux fluoroquinolones au Canada étaient de 2,1 % en 2002 et de 1,99 % en 2003 (veuillez noter que les données de 2003 ne comprennent pas la Nouvelle-Écosse). Ces taux sont basés sur des isolats dont la sensibilité à au moins un antibiotique a diminué, lesquels ont été envoyés par des laboratoires provinciaux au Laboratoire national de microbiologie. Cependant, les données sur la résistance aux fluoroquinolones concernant chaque province et territoire ont indiqué que la résistance à ces antibiotiques est significative dans certaines régions du Canada, où certaines provinces signalent des taux préliminaires de résistance avoisinant les 12,5 %. Cette situation nous oblige à réexaminer les recommandations thérapeutiques sur la gonorrhée au Canada.

Comme vous le savez peut-être déjà, les lignes directrices canadiennes courantes sur les ITS (1998) sont en train d'être révisées; une nouvelle version devrait sortir dès l'été 2005. Le processus de révision des chapitres de la version de 1998, qui a débuté en mars 2003, avait pour objectif de créer des lignes directrices mises à jour et basées sur des données. Les révisions sont actuellement effectuées de manière bénévole par des experts de tout le pays chargés de la rédaction et de la révision des chapitres. Cet effort est coordonné par un groupe de travail d'experts dirigé par le D<sup>r</sup> Tom Wong (Directeur, Division des infections acquises dans la collectivité, CPCMI, Agence de santé publique du Canada). La version révisée des Lignes directrices canadiennes sur les ITS reflètera les changements survenus quant à la résistance de *N. gonorrhoeae* aux fluoroquinolones, et ce, depuis 1998.

Cependant, afin d'assurer un traitement efficace et approprié de la gonorrhée au Canada, un énoncé provisoire sur le traitement de la gonorrhée au Canada a été rédigé; vous pouvez le consulter ci-dessous. Cet énoncé sera incorporé à la version révisée des Lignes directrices canadiennes sur les ITS.

- **Traitement recommandé pour les jeunes et les adultes présentant une infection de l'urètre, endocervicale, du rectum ou du pharynx** (à l'exception des femmes enceintes ou qui allaitent) :
  - Céfixime, 400 mg, voie orale, dose unique **ou**
  - Ceftriaxone, 125 mg, voie intramusculaire, dose unique **ou**
  - \*Ciprofloxacine, 500 mg, voie orale, dose unique (veuillez lire la **\*PRÉCAUTION** ci-dessous) **ou**
  - \*Ofloxacine, 400 mg, voie orale, dose unique (veuillez lire la **\*PRÉCAUTION** ci-dessous).
  
- **\*PRÉCAUTION** : Les quinolones (ex. : ciprofloxacine et ofloxacine) ne sont pas recommandées pour le traitement de la gonorrhée si le sujet infecté ou son partenaire sont originaires de l'une des régions suivantes, ou s'ils en sont épidémiologiquement liés :
  - Asie
  - Îles du Pacifique (y compris Hawaii)
  - Inde
  - Israël
  - Australie
  - Royaume-Uni
  - Californie
  - État de Washington
  - État de l'Arizona (comté de Maricopa)
  - État du Michigan (comtés d'Ingham, de Clinton, d'Eaton, de Jackson, de Livingston et de Shiawassee)
  - HRSH dont les partenaires sont épidémiologiquement liés à des Américains
  - Dans certaines régions du Canada, les taux de résistance aux fluoroquinolones sont actuellement plus élevés – Veuillez vous adresser aux autorités de santé

publique de votre région pour en savoir plus sur la résistance des gonocoques et sur l'emploi des quinolones dans votre région.

- Autres régions où la prévalence de la résistance des gonocoques aux fluoroquinolones est élevée (plus de 3 % à 5 %).

(Cette liste sera continuellement mise à jour au fur et à mesure que de nouveaux renseignements sont disponibles. Veuillez consulter le site Web de l'Agence de santé publique du Canada pour obtenir les dernières informations.)

- **Traitement recommandé si les quinolones ne conviennent pas :**
  - Céfixime, 400 mg, voie orale, dose unique ***ou***
  - Ceftriaxone, 125 mg, voie intramusculaire, dose unique.
- **Si les quinolones ne sont pas recommandées et en cas d'allergie aux céphalosporines, d'allergie ou de réaction immédiate/anaphylactique à la pénicilline :**
  - Azithromycine\*, 2 g, voie orale, dose unique ***ou***
  - Spectinomycine, 2 g, voie intramusculaire, dose unique (offerte uniquement par le Programme d'accès spécial ou PAS)

*Les quinolones (ex. : ciprofloxacine, ofloxacine) sont à envisager **UNIQUEMENT** si les traitements recommandés ci-dessus ne sont pas tolérés ou offerts. Le traitement par les quinolones **DOIT** être suivi d'un test sur l'efficacité du traitement; il n'est acceptable **QUE** pour les patients susceptibles de se présenter à une visite de suivi pour ce test.*

Ciprofloxacine, 500 mg, voie orale, dose unique ***ou***  
Ofloxacine, 400 mg, voie orale, dose unique.

\*Une dose de 2 g d'azithromycine est associée à une incidence significative d'effets indésirables gastro-intestinaux. La prise de ces comprimés avec de la nourriture pourrait réduire au minimum de tels effets indésirables. Il se peut que des antiémétiques soient requis.

- **Le traitement des femmes enceintes ou qui allaitent demeure inchangé :**
  - Traitement de choix
    - Céfixime, 400 mg, voie orale, dose unique ***ou***
    - Ceftriaxone, 125 mg, voie intramusculaire, dose unique.
  - Traitement de deuxième choix
    - Spectinomycine, 2 g, voie intramusculaire, dose unique (offerte uniquement par le Programme d'accès spécial ou PAS).
- **Le traitement pour les enfants de moins de 9 ans demeure inchangé :**

- Traitement de choix
  - Céfixime, 8 mg/kg, voie orale, dose unique (maximum de 40 mg) ***ou***
  - Ceftriaxone, 125 mg, voie intramusculaire, dose unique.
- Traitement de deuxième choix
  - Spectinomycine, 40 mg/kg, voie intramusculaire (maximum de 2 g), dose unique.

**Notes :**

Le céfixime et la ceftriaxone ne doivent pas être administrés aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant des antécédents de réactions immédiates et/ou anaphylactiques aux pénicillines.

Le diluant de choix de la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) pour diminuer l'inconfort.

La ciprofloxacine et l'ofloxacine sont contre-indiquées chez les femmes enceintes ou qui allaitent.

Si la spectinomycine est utilisée, un test de vérification de l'efficacité du traitement est recommandé. La spectinomycine ne doit pas être utilisée pour le traitement des infections pharyngées.

**Tous les schémas thérapeutiques devraient être suivis d'un traitement empirique des infections à Chlamydia et non gonococciques (à l'exception de l'azithromycine qui couvre ces deux infections).**