



## INFECTIONS GONOCOCCIQUES

Auteur: **Barbara Romanowski**, MD, FRCPC, Clinical Professor of Medicine, Division of Infectious Diseases, Faculty of Medicine and Dentistry, University of Alberta

### Étiologie

- Cause : *Neisseria gonorrhœae*

### Épidémiologie

- D'après des données préliminaires, environ 9 200 cas de gonorrhée ont été signalés en 2004. La majorité concernait des hommes âgés de 20 à 24 ans (taux rapporté de 127,6/100 000) et des femmes âgées de 15 à 19 ans (taux rapporté de 126,7/100 000)<sup>1</sup> (ces données préliminaires, susceptibles d'être modifiées, ne comprennent pas le Nunavut).
- Depuis 1998, les infections gonococciques sont en hausse graduelle mais constante. Il semble qu'un certain nombre de personnes pratiquant des activités à risque élevé de transmission jouent un rôle crucial dans les taux courants de prévalence. Le dépistage des cas et la notification aux partenaires font partie des stratégies essentielles à la maîtrise de cette infection.
- La proportion de micro-organismes résistants à la pénicilline est supérieure à 1 % dans la plupart des régions du Canada, et peut atteindre 15 % ou plus dans certaines régions urbaines et rurales<sup>2</sup>.
  - Le nombre d'isolats résistants aux tétracyclines ou à l'association pénicillines plus tétracyclines est élevé; il ne faut donc *pas* envisager l'utilisation de ces antibiotiques dans le traitement de la gonorrhée.
  - Au Canada, la résistance aux quinolones a régulièrement augmenté, passant de 1 % vers la fin des années 1990 à un taux de 6,2 % en 2004<sup>2,4</sup>.
  - Dans certaines régions du Canada, le taux de résistance aux quinolones est significativement plus élevé que le taux national.
  - La surveillance continue de la résistance aux antimicrobiens est importante pour assurer des taux élevés de guérison de cette infection par ailleurs traitable<sup>5,6</sup>.
- La transmission du VIH est plus importante chez les personnes qui sont aussi porteuses d'infections gonococciques<sup>7</sup>.
- Personnes à risques :
  - les personnes ayant des contacts avec un sujet atteint d'une infection prouvée ou d'un syndrome compatible;
  - les personnes ayant eu des rapports sexuels non protégés avec un ou une partenaire provenant d'une région du monde où la maladie est endémique (le risque de résistance étant plus élevé chez la population de ces régions);
  - les voyageurs qui séjournent dans des régions du monde où la maladie est endémique et qui ont eu des rapports sexuels non protégés avec un ou une partenaire habitant une telle région (le risque de résistance étant plus élevé chez la population de ces régions);
  - les travailleurs de l'industrie du sexe et leurs partenaires sexuels;
  - les jeunes âgés de moins de 25 ans, actifs sexuellement et ayant plusieurs partenaires;



- les jeunes de la rue;
- les hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec d'autres hommes.
- les personnes ayant des antécédents de gonorrhée et d'autres ITS.

### Prévention

- Il faut informer les patients préoccupés par les ITS ou par la prévention des grossesses de la nécessité d'avoir des rapports sexuels protégés en permanence, et les encourager en ce sens.
- Au moment du diagnostic, il faut passer en revue et examiner les mesures de prévention.
- Déterminer les obstacles aux mesures préventives et les moyens de les surmonter.
- Consultez le chapitre intitulé *Soins primaires et infections transmises sexuellement* à ce sujet.
- Offrir du *counselling* sur la prévention des séquelles que cette maladie peut avoir sur l'appareil reproducteur.
- Les patients et leur partenaire doivent s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à la fin de leur traitement (c.-à-d. sept jours après le traitement à dose unique).

### Manifestations

Tableau 1. Manifestations

Nouveau-nés et nourrissons	Enfants	Adolescents et adultes		
		Femmes	Hommes	Femmes et hommes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ophtalmie</li> <li>• Infection du liquide amniotique</li> <li>• Infection gonococcique disséminée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urétrite</li> <li>• Vaginite</li> <li>• Conjonctivite pharyngée</li> <li>• Rectite</li> <li>• Infection gonococcique disséminée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cervicite</li> <li>• Atteintes inflammatoires pelviennes</li> <li>• Urétrite</li> <li>• Périhépatite</li> <li>• Bartholinite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urétrite</li> <li>• Épididymite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection pharyngée</li> <li>• Conjonctivite</li> <li>• Rectite</li> <li>• Infection gonococcique disséminée : arthrite, dermatite, endocardite, méningite.</li> </ul>

Tableau 2. Symptômes des infections des voies génitales à *N. gonorrhæae*<sup>8-10</sup>

Nouveau-nés	Femmes	Hommes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conjonctivite</li> <li>• Septicémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes vaginales</li> <li>• Dysurie</li> <li>• Saignement vaginal anormal</li> <li>• Douleurs abdominales basses</li> <li>• Douleur et perte rectales en cas de rectite (consultez le chapitre <i>Infections entériques et intestinales transmises</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urétrorrhée</li> <li>• Dysurie</li> <li>• Picotement urétral</li> <li>• Douleur testiculaire, enflure ou symptômes d'épididymite</li> <li>• Douleur et perte rectales en cas de rectite (consultez le chapitre <i>Infections entériques et</i>)</li> </ul>



	<i>sexuellement</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspareunie profonde</li> </ul>	<i>intestinales transmises sexuellement</i>
--	---	---

**Notes :**

- Période habituelle d'incubation de deux à sept jours.
- De nombreux patients sont asymptomatiques ou présentent des symptômes qui ne sont pas typiques d'une infection à *N. gonorrhæae*.
- Les partenaires des patients sont également susceptibles d'être asymptomatiques.
- Les patients peuvent être porteurs de l'infection à long terme.

Tableau 3. Principales séquelles

<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atteintes inflammatoires pelviennes</li> <li>• Infécondité</li> <li>• Grossesse ectopique</li> <li>• Douleur pelvienne chronique</li> <li>• Syndrome de Reiter</li> <li>• Infection gonococcique disséminée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orchi-épididymite</li> <li>• Syndrome de Reiter</li> <li>• Infécondité (rare)</li> <li>• Infection gonococcique disséminée</li> </ul>

**Diagnostic<sup>11</sup>**

*Diagnostic en laboratoire*

- Les cultures prélevées moins de 48 heures après l'exposition peuvent être négatives.
- Dans la mesure du possible, la culture est la méthode recommandée, car elle permet de réaliser des tests de sensibilité aux antibiotiques. Il est avéré que les tests d'amplification de l'acide nucléique (TAAN)\* sont les seuls offerts dans certaines régions. Les TAAN seraient les plus utiles lorsque les patients refusent un examen pelvien ou un prélèvement urétral<sup>12</sup>. Dans ces situations, le TAAN doit se faire à partir d'un échantillon d'urine.
- Les cultures sont particulièrement importantes dans les cas suivants :
  - abus sexuels d'enfants (par voie rectale, pharyngée, vaginale)<sup>†</sup>;
  - agression sexuelle<sup>‡</sup>;
  - échec du traitement;
  - examen d'atteintes inflammatoires pelviennes;
  - infection acquise outremer ou dans des régions où la résistance aux antimicrobiens est avérée.
- On suggère de soumettre tous les isolats à des tests de sensibilité aux antibiotiques, lesquels sont *requis* pour tous les isolats de patients ayant obtenu des cultures positives au suivi (test de contrôle de l'efficacité du traitement) et des échecs thérapeutiques.
- Les tests qui ne sont pas basés sur des cultures constituent une méthode idéale lorsque les conditions de transport et d'entreposage ne permettent pas de maintenir la viabilité de *N. gonorrhæae*<sup>13</sup> (consultez le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*).
- Le recours à des TAAN peut être envisagé, mais il faut prendre des mesures pour assurer une surveillance continue de la résistance aux antimicrobiens. Si ces tests servent à mesurer l'efficacité du traitement, il faut retarder les prélèvements d'échantillons de deux à trois semaines après la fin du traitement<sup>14</sup>.

\*Les tests d'amplification de l'acide nucléique comprennent la réaction de polymérase en chaîne, la réaction de ligase en chaîne, l'épreuve médiée par la transcription (TMA) et l'amplification par déplacement de brin.

†Lorsqu'on a recours à un TAAN, il faut utiliser deux amorces différentes (consultez le chapitre *Diagnostic en laboratoire*).

### *Prélèvement d'échantillons*<sup>11,13</sup>

#### Sièges des prélèvements d'échantillons

- L'urètre chez les hommes, jeunes ou adultes, ayant ou non des pertes du méat urétral (consultez le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*).
  - Pour les garçons prépubères, consultez les chapitres intitulés *Diagnostic en laboratoire et Enfants impubères ou prépubères victimes de sévices sexuels*.
- Le col utérin chez les femmes, jeunes ou adultes (consultez le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*).
- Le rectum chez les femmes et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (consultez le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*).
  - La colonisation bactérienne peut avoir lieu sans rapport anal<sup>15</sup>.
- Le vagin chez les filles prépubères (consultez les chapitres intitulés *Diagnostic en laboratoire et Enfants impubères ou prépubères victimes de sévices sexuels*).
- Le pharynx chez les patients ayant des antécédents de rapports bucco-génitaux (consultez le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*).
- L'urine (premiers 10 à 20 ml) pour les TAAN si on ne dispose pas de culture, si le ou la patiente refuse un examen pelvien ou un prélèvement urétral, ou en cas de problèmes d'entreposage et de transport des échantillons.

#### Autres sièges de prélèvement

- En cas d'hystérectomie, il convient de prélever des échantillons d'urine et vaginaux par écouvillonnage; il est également possible d'écouvillonner le rectum et l'urètre.
- Des autoprélèvements vaginaux à l'aide d'écouvillons peuvent convenir aux femmes qui refusent un examen pelvien.
- Chez les femmes subissant une laparoscopie pour l'examen de dépistage d'atteintes inflammatoires pelviennes, on devrait prélever des échantillons intra-abdominaux (ex. : trompes de Fallope, liquide du cul-de-sac, etc.).
- L'urètre chez les femmes présentant un syndrome urétral.
- Sang et liquide synovial (en flacon de culture sanguine) en cas de maladie disséminée. Le liquide synovial doit également subir une coloration de Gram.
- Un aspirat épидидymaire peut être envisagé chez les hommes atteints d'épididymite.
- La conjonctive en cas d'infection oculaire.

*Note* : Pour obtenir de plus amples renseignements sur le transport des échantillons, consultez le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*.

Tableau 4. Prélèvement d'échantillons

Siège/échantillon	Test	Commentaires
Urètre (intra-urétral) – hommes, jeunes ou adultes	Coloration de Gram (pour déceler les diplocoques intracellulaires) – uniquement chez les hommes symptomatiques	En général, diagnostic de la gonorrhée
	Culture	Confirmation et test de sensibilité aux antimicrobiens
	Test sans culture (TAAN)	Dans les cas où il n'est pas pratique de prélever des cultures (mais ces tests ne déterminent pas la sensibilité aux antibiotiques).
Endocervix/urètre – femmes, jeunes ou adultes	Coloration de Gram (pour déceler les diplocoques intracellulaires)	Sensibilité est inférieure aux échantillons urétraux masculins; ce test n'est pas systématiquement recommandé.
	Culture	Confirmation et test de sensibilité aux antimicrobiens
	Test sans culture (TAAN)	Dans les cas où il n'est pas pratique de prélever des cultures (mais ces tests ne déterminent pas la sensibilité aux antibiotiques).
Vagin	Culture	Confirmation et test de sensibilité aux antimicrobiens
	Test sans culture (TAAN)	Dans les cas où il n'est pas pratique de prélever des cultures (mais ces tests ne déterminent pas la sensibilité aux antibiotiques).
Pharynx/conjonctive/ rectum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culture (la coloration de Gram et les tests sans culture ne conviennent pas pour ces sièges de prélèvement)</li> <li>• Les TAAN ne sont pas approuvés au Canada pour les échantillons oropharyngés ou rectaux. Pour la conjonctive et le rectum, consulter la notice d'accompagnement du produit.</li> </ul>	Confirmation et test de sensibilité aux antibiotiques
Urine – hommes (hommes et femmes)	Test sans culture (TAAN)	À ne pas utiliser en cas d'échec thérapeutique, lorsqu'il est essentiel d'avoir des données sur la sensibilité aux antimicrobiens.
Infection disséminée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen génital</li> <li>• Culture sanguine</li> <li>• Coloration de Gram et culture des lésions cutanées</li> <li>• Liquide synovial en cas d'arthrite</li> </ul>	

TAAN = test d'amplification de l'acide nucléique

**Notes :**

- Des échantillons doivent être prélevés pour le diagnostic de l'infection gonococcique et à *Chlamydia* (consultez le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*).

- Tout échec thérapeutique suspect doit faire l'objet d'analyses à partir d'une culture afin d'obtenir des données sur la sensibilité aux antimicrobiens.

#### Transport

- Communiquer avec le laboratoire pour obtenir des instructions précises sur les méthodes recommandées de transport des échantillons afin de s'assurer de la survie des pathogènes qui seront cultivés (consultez le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*).
- Le transport des échantillons gonococciques à cultiver doit se faire à la température ambiante, et *non* à 4 °C comme cela est recommandé pour les autres micro-organismes.

#### Prise en charge

- Les décisions relatives à la prise en charge des patients doivent reposer sur le siège de l'infection et les résultats des analyses de laboratoire.
- Le diagnostic de la gonorrhée doit être confirmé par l'identification de *N. gonorrhæae* à partir d'une culture ou, en l'absence de culture, par des tests de l'acide nucléique. Tous les cas confirmés ou suspects *doivent* être traités.

Tableau 5. Prise en charge à partir des résultats d'analyse

<b>Coloration de Gram</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si on observe des diplocoques intracellulaires Gram-négatifs, administrer le traitement prévu en cas d'infection gonococcique et à <i>Chlamydia</i>.</li> <li>• La présence de diplocoques Gram-négatifs à l'extérieur des granulocytes constitue un résultat équivoque qui doit être confirmé par une culture.</li> <li>• La présence de granulocytes sans diplocoques n'indique pas ou n'exclut pas une infection gonococcique.</li> </ul>
<b>Test en culture</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer un traitement dès qu'un test est positif.</li> </ul>
<b>Tests de l'acide nucléique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un test positif permet de diagnostiquer la gonorrhée, et le patient doit alors recevoir un traitement.</li> </ul>

Tableau 6. Prise en charge en l'absence de résultats d'analyse

<b>Observation de pertes urétrales/cervicales muco-purulentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer le traitement prévu en cas d'infection à <i>N. gonorrhæae</i> et à <i>Chlamydia trachomatis</i>.</li> </ul>
<b>Pas de pertes urétrales/cervicales muco-purulentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retarder le traitement jusqu'à l'obtention des résultats des examens de frottis/culture/acide nucléique.</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer le traitement prévu en cas d'infection à <i>N. gonorrhæae</i> et à <i>C. trachomatis</i> si le suivi est incertain, si les antécédents et les symptômes sont révélateurs ou si le ou la partenaire sont infectés.</li> </ul>

#### Traitement



- Tous les patients qui reçoivent un traitement contre la gonorrhée doivent également être traités contre l'infection à *Chlamydia*, à moins que les résultats du test de dépistage de *Chlamydia* dont on dispose ne soient négatifs.
- Il est préférable de choisir un traitement directement observable par l'administration d'une dose unique si l'observance n'est pas garantie.
- Pour en savoir plus sur les atteintes inflammatoires pelviennes, consultez le chapitre intitulé *Atteintes inflammatoires pelviennes*.
- Pour en savoir plus sur l'épididymite, consultez le chapitre intitulé *Épididymite*.

*Adolescents et adultes*

Tableau 7. Infection urétrale, endocervicale, rectale, pharyngée (sauf chez les femmes enceintes ou chez celles qui allaitent)<sup>16-22</sup>

Traitement de choix*	À utiliser UNIQUEMENT si les quinolones ne sont pas recommandées et en cas d'allergie aux céphalosporines OU de réaction allergique immédiate/anaphylactique à la pénicilline <sup>23</sup> .
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Céfixime à 400 mg, par voie orale, en une seule dose<sup>†‡</sup> [A-I]</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacine, 500 mg, par voie orale, dose unique<sup>§</sup> (à moins qu'elle ne soit pas recommandée à cause d'une résistance aux quinolones<sup>  </sup>) [A-I]</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofloxacine, 400 mg, par voie orale, dose unique<sup>§</sup> (à moins qu'elle ne soit pas recommandée à cause d'une résistance aux quinolones<sup>  </sup>) [A-I]</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxone à 125 mg, par voie i.m., en dose unique<sup>†‡</sup> [A-I]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azithromycine à 2 g, par voie orale, en dose unique<sup>¶</sup> [A-I]</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spectinomycine à 2 g, par voie i.m., dose unique<sup>#</sup> (offerte uniquement dans le cadre du Programme d'accès spécial aux médicaments [PAS]) [A-I]</li> </ul>
<p><b>Tous les traitements doivent être suivis d'un traitement empirique contre les infections à <i>Chlamydia</i> et les infections non gonococciques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultez les chapitres intitulés <i>Infections à Chlamydia</i> et <i>Urétrite</i>.</li> </ul>	

**Notes :**

\*Les autres quinolones à large spectre sont efficaces, mais ne sont pas recommandées comme agents de première ligne à cause de leur coût.

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

§Ces deux médicaments sont contre-indiqués chez les femmes enceintes ou chez celles qui allaitent.



<sup>¶</sup>Les quinolones ne sont pas recommandées si le patient ou son/sa partenaire proviennent de l'un des pays ou l'une des régions suivants, ou s'ils ont eu un lien épidémiologique avec l'un de ces pays ou l'une de ces régions du monde :

- Toute région où les taux de *N. gonorrhœae* résistant aux quinolones dépassent les 3 à 5 %.
  - Asie
  - Îles du Pacifique (y compris Hawaii)
  - Inde
  - Israël
  - Australie
  - Royaume-Uni
  - Régions des États-Unis (vérifier auprès du Centers for Disease Control (CDC) des États-Unis pour connaître les taux de résistance aux quinolones par région)
  - HARSAH épidémiologiquement lié aux États-Unis ou dont le contact l'est
  - Régions du Canada où prévalent des taux élevés de résistance aux quinolones; veuillez vérifier auprès de vos organismes locaux de santé publique pour savoir quelles sont ces régions. Pour obtenir des données sur la résistance aux quinolones à l'échelle nationale au Canada, veuillez visiter le site Web de l'Agence de santé publique du Canada ([www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca)).

<sup>¶</sup>Associée à une incidence significative d'effets indésirables gastro-intestinaux. La prise du médicament avec de la nourriture pourrait réduire au maximum les effets indésirables. Il se peut que des antiémétiques soient requis.

<sup>#</sup>Pas efficace en cas d'infection pharyngée. Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est recommandé.

<sup>¥</sup>La céfixime est préférable à la ceftriaxone de par son faible coût et sa facilité d'administration.

Tableau 8. Infection urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée chez les femmes enceintes ou chez celles qui allaitent<sup>24-26</sup>

Traitement de choix	Autres traitements
<ul style="list-style-type: none"> <li>Céfixime à 400 mg, par voie orale, en une seule dose [A-I]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ceftriaxone à 125 mg, par voie i.m., en dose unique* [A-I]</li> </ul> OU <ul style="list-style-type: none"> <li>Spectinomycine à 2 g, par voie i.m., dose unique‡ (offerte uniquement dans le cadre du Programme d'accès spécial aux médicaments [PAS]) [A-I]</li> </ul>
<p><b>Tous les traitements doivent être suivis d'un traitement empirique contre les infections à <i>Chlamydia</i> et les infections non gonococciques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultez les chapitres intitulé <i>Infections à Chlamydia</i> et <i>Urétrite</i>.</li> </ul>	

**Notes :**

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

‡Pas efficace en cas d'infection pharyngée. Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est recommandé.

Tableau 9. Ophtalmie gonococcique/infection disséminée (arthrite, méningite)

Traitement initial de choix
Ceftriaxone, 2 g/jour, par voie i.v./i.m. ET doxycycline/azithromycine en attendant une consultation* [A-II]
<ul style="list-style-type: none"> <li>Il est essentiel de consulter un collègue expérimenté dans ce domaine.</li> <li>L'<b>hospitalisation</b> est requise en cas de méningite, et pourrait être nécessaire en cas d'autres infections disséminées.</li> </ul>

**Notes :**

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

Enfants âgés de moins de 9 ans<sup>8,27</sup>

Tableau 10. Infection urétrale, vaginale, rectale, pharyngée

Traitement de choix	Autre traitement
<ul style="list-style-type: none"> <li>Céfixime, 8 mg/kg, par voie orale, dose unique (maximum de 400 mg)*† [A-II]</li> </ul> OU <ul style="list-style-type: none"> <li>Ceftriaxone à 125 mg, par voie i.m., en dose unique†‡ [A-II]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spectinomycine, 40 mg/kg, par voie i.m. (maximum de 2 g), dose unique [A-II]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tous les traitements doivent être suivis d'un traitement contre l'infection à <i>Chlamydia</i> : Pour consulter le tableau sur les recommandations thérapeutiques pour les enfants âgés de moins de neuf ans, veuillez consulter le chapitre intitulé <i>Infections à Chlamydia</i>.</b></li> </ul>	

**Notes :**

\*Les traitements par voie orale sont à privilégier chez les enfants. Les recommandations sur l'emploi du céfixime sont basées sur des données montrant son efficacité dans le traitement des infections causées par

des micro-organismes similaires à *N. gonorrhœae*. Comme l'expérience est limitée en matière d'emploi du céfixime chez les enfants atteints d'infections gonococciques, il faut effectuer des tests de sensibilité aux antimicrobiens et faire un suivi par des analyses de culture. Si l'on ne peut assurer de suivi, il convient d'administrer de la ceftriaxone à raison de 125 mg par voie i.m. au lieu du céfixime.

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

Tableau 11. Infection disséminée

<b>Infection</b>	<b>Traitement de choix</b>
Arthrite	Ceftriaxone, 50 mg/kg, par voie i.v./i.m., une dose par jour, pendant 7 jours [A-III]
Méningite, endocardite	Ceftriaxone, 25 mg/kg, par voie i.v./i.m., toutes les 12 heures, pendant 10 à 14 jours pour la méningite, ou 28 jours pour l'endocardite [A-III]
Ophtalmie gonococcique après la période néonatale	Ceftriaxone, 50 mg/kg, par voie i.v./i.m., dose unique (maximum de 1 g) [A-III]
L' <b>hospitalisation</b> et une consultation avec un collègue expérimenté dans ce domaine sont essentielles.	

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

### *Infection du nouveau-né*

#### Ophtalmie du nouveau-né

- Hospitaliser le nouveau-né et prendre les précautions appropriées pour juguler l'infection jusqu'à 24 heures après la fin d'un traitement efficace.
- Effectuer une culture des pertes oculaires et de sang (culture du liquide céphalo-rachidien uniquement en cas de maladie systémique).
- Irriguer immédiatement les yeux avec une solution saline normale stérile, puis répéter au minimum toutes les heures jusqu'à l'élimination complète des pertes.
- Amorcer le traitement par la ceftriaxone à raison de une dose unique de 100 mg/kg, par voie i.v./i.m. [A-II].
- Consulter dès que possible un collègue expérimenté dans ce domaine.

#### Nouveau-nés dont la mère est infectée par la gonorrhée

- Traitement recommandé (en concomitance avec un traitement anti-*Chlamydia* pendant 14 jours, à moins que les tests de la mère ne se soient révélés négatifs) : ceftriaxone, 125 mg, par voie i.m., dose unique ET érythromycine à raison de la posologie suivante\*<sup>†</sup> [A-III] :
  - si le nouveau-né a  $\leq 7$  jours et pèse  $\leq 2$  kg : érythromycine, 20 mg/kg/jour, par voie orale, en doses fractionnées [A-III].
  - si le nouveau-né a  $\leq 7$  jours et pèse  $> 2$  kg : érythromycine, 30 mg/kg/jour, par voie orale, en doses fractionnées [A-III].
  - si le nouveau-né a  $> 7$  jours : érythromycine, 40 mg/kg/jour, par voie orale, en doses fractionnées [A-III].

#### **Notes :**

\*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.

<sup>†</sup>Les posologies de l'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules sauf l'estolate chez les femmes enceintes. L'usage de l'érythromycine chez les nourrissons de moins de six semaines a été associé à une sténose pylorique hypertrophique infantile (SPHI)<sup>28-31</sup>. Le risque de SPHI lié aux autres macrolides (ex. : azithromycine) est inconnu. Il faut expliquer aux parents les risques et les bienfaits associés à l'usage d'érythromycine chez lesdits nourrissons. Lorsqu'on utilise l'érythromycine, il est important de surveiller tout symptôme ou signe de SPHI. Toute SPHI survenant après l'utilisation d'érythromycine devrait être signalée au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments en composant le 1 866 234-2345.

#### **Prises en considération d'autres ITS**

- Consultez le chapitre intitulé *Soins primaires et infections transmises sexuellement* à ce sujet.
- Prélever des échantillons pour diagnostiquer toute infection au *Chlamydia*.
- Prélever un échantillon de sang pour effectuer des tests de sérotypage de la syphilis (consultez le chapitre intitulé *Syphilis*).
- Des tests de dépistage du VIH et du *counselling* sur cette infection sont recommandés (consultez le chapitre intitulé *VIH*).
- L'immunisation contre l'hépatite B est recommandée, à moins que le patient ne soit déjà immunisé (consultez le chapitre intitulé *Infections à virus de l'hépatite B*).

#### **Déclaration des cas et notification aux partenaires**



- Étant donné l'épidémiologie de *N. gonorrhœae*, le dépistage de l'infection et la notification aux partenaires font partie des stratégies incontournables si l'on veut parvenir à une maîtrise constante des infections gonococciques au Canada.
- Les infections gonococciques sont des infections à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada.
- Tout test positif, que ce soit à partir d'une culture ou non, doit être signalé aux organismes locaux de santé publique.
- Il faut localiser, évaluer cliniquement et traiter tous les partenaires ayant eu des contacts sexuels avec le cas de référence diagnostiqué au cours des 60 jours précédant la survenue des symptômes ou la date du diagnostic si le cas est asymptomatique; le ou les parents de nouveau-nés infectés (la mère et son partenaire sexuel), ainsi que les personnes impliquées dans des cas d'abus sexuel.
- Comme les co-infections sont fréquentes, les personnes traitées contre des infections gonococciques devraient aussi recevoir un traitement contre *C. trachomatis*, à moins que des tests de dépistage de *Chlamydia* ne se soient révélés négatifs.
- Les organismes locaux de santé publique sont là pour aider à informer les éventuels partenaires infectés de l'état de santé du patient, ainsi que pour les orienter vers une évaluation clinique, des tests, un traitement, et leur procurer de l'information médicale.

### Suivi

- Chez les personnes infectées par la gonorrhée, il est recommandé de refaire le test de dépistage six mois plus tard.
- Lors du suivi, une analyse sur culture *doit* être effectuée dans l'un des cas suivants :
  - La thérapie a déjà échoué.
  - Une résistance aux antimicrobiens a été documentée.
  - La fidélité au traitement est peu sûre.
  - Le patient a eu de nouveaux contacts avec une/un partenaire infectés et non traités.
  - Préoccupation à la suite d'un résultat faussement positif obtenu après un test sans culture.
  - L'infection est survenue pendant la grossesse.
  - On diagnostique une atteinte inflammatoire pelvienne ou une infection gonococcique disséminée.
  - Le patient est un enfant.

### Notes :

- Il est indiqué de procéder à des cultures de suivi dans le cadre d'un test vérifiant l'efficacité du traitement, et ce, environ quatre à cinq jours après la fin du traitement. Ces nouvelles cultures doivent provenir de tous les sièges d'infection positifs.
- Un TAAN n'est pas recommandé dans le cadre d'un test de contrôle de l'efficacité du traitement. Cependant, s'il est la seule option disponible, il faut l'effectuer trois semaines après le traitement pour éviter les résultats faussement positifs dus à la présence de micro-organismes non viables.

### Considérations spéciales

#### Enfants

- Les nouveau-nés dont la mère est infectée *doivent* être testés et traités.
- Un cas d'abus sexuel est probable lorsqu'une gonorrhée génitale, rectale ou pharyngée est diagnostiquée chez tout enfant après la période néonatale. Il faudrait consulter un collègue expérimenté dans ce domaine. Il faut également examiner les frères et sœurs de la victime, ainsi que les autres enfants à risques.
- Les cas d'abus sexuel d'enfants doivent être rapportés à l'agence locale de protection de l'enfance.
- Les organismes locaux de santé publique pourraient être utiles pour l'évaluation de la source et de la transmission de l'infection. Consultez le chapitre intitulé *Enfants impubères ou prépubères victimes de sévices sexuels*.

**Notes :**

- Il est indiqué de procéder à des cultures de suivi dans le cadre d'un test de contrôle de l'efficacité du traitement, et ce, environ quatre à cinq jours après la fin du traitement. Ces nouvelles cultures doivent provenir de tous les sièges d'infection positifs.
- Un TAAN n'est pas recommandé dans le cadre d'un test de contrôle de l'efficacité du traitement. Cependant, s'il est la seule option disponible, il ne faut pas l'effectuer trois semaines après le traitement pour éviter les résultats faussement positifs dus à la présence de micro-organismes non viables.

**Références**

1. Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Agence de santé publique du Canada, données non publiées, 2006.
2. Mann J, Kropp R, Wong T *et al.* Gonorrhea treatment guidelines in Canada: 2004 update. *CMAJ* 2004;171:1345–1346.
3. Sarwal S, Wong T, Sevigny C, Ng LK. Increasing incidence of ciprofloxacin resistant *Neisseria gonorrhoeae* infection in Canada. *CMAJ* 2003;168:872–873.
4. Laboratoire national de microbiologie, Agence de santé publique du Canada, 2004.
5. Tapsall JW, Linnios EA, Shultz TR. Continuing evolution of the pattern of quinolone resistance in *Neisseria gonorrhoeae* isolated in Sydney, Australia. *Sex Transm Dis* 1998;25:415–417.
6. Ng LK, Sawatzky P, Martin IE, Booth S. Characterization of ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Canada. *Sex Transm Dis* 2002;29:780–788.
7. Laga M, Manoka A, Kivuvu M *et al.* Nonulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women; results from a cohort study. *AIDS* 1993;7:95–102.
8. Sung L, MacDonald NE. Gonorrhea: a pediatric perspective. *Pediatr Rev* 1998;19:13–22.
9. Korenromp EL, Sudaryo MK, de Vlas SJ *et al.* What proportion of episodes of gonorrhea and chlamydia become symptomatic? *Int J STD AIDS* 2002;13:91–101.
10. Mehta SD, Rothman RE, Kelen GD, Quinn TC, Zenilman JM. Clinical aspects of diagnosis of gonorrhea and chlamydia infection in an acute care setting. *Clin Infect Dis* 2001;32:655–659.
11. Johnson RE, Newhall WJ, Papp JR *et al.* Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections — 2002. *MMWR Recomm Rep* 2002;51(RR-15):1–38.

12. Davies PO, Low N, Ison CA. The role of effective diagnosis for the control of gonorrhoea in high prevalence populations. *Int J STD AIDS* 1998;9:435–443.
13. Koumans EH, Johnson RE, Knapp JS, St. Louis ME. Laboratory testing for *Neisseria gonorrhoeae* by recently introduced nonculture tests: a performance review with clinical and public health considerations. *Clin Infect Dis* 1998;27:1171–1180.
14. Bachmann LH, Desmond RA, Stephens J, Hughes A, Hook EW 3rd. Duration of persistence of gonococcal DNA detected by ligase chain reaction in men and women following recommended therapy for uncomplicated gonorrhea. *J Clin Microbiol* 2002;40:3596–3601.
15. McCormack WM, Stumacher RJ, Johnson K, Donner A. Clinical spectrum of gonococcal infections in women. *Lancet* 1977;1:1182–1185.
16. Burstein GR, Berman SM, Blumer JL, Moran JS. Ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated gonorrhea infection in adolescents: does the benefit outweigh the risk? *Clin Infect Dis* 2002;35(suppl 2):S191–S199.
17. Dan M, Poch F, Sheinberg B. High prevalence of high-level ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in Tel Aviv, Israel: correlation with response to therapy. *Antimicrob Agents Chemother* 2002;46:1671–1673.
18. Aplasca de los Reyes MR, Pato-Mesola V, Klausner JD *et al*. A randomized trial of ciprofloxacin versus cefixime for treatment of gonorrhea after rapid emergence of gonococcal ciprofloxacin resistance in the Philippines. *Clin Infect Dis* 2001;32:1313–1318.
19. Jones RB, Schwebke J, Thorpe EM Jr, Dalu ZA, Leone P, Johnson RB. Randomized trial of trovafloxacin and ofloxacin for single dose therapy of gonorrhea. Trovafloxacin Gonorrhea Study Group. *Am J Med* 1998;104:28–32.
20. Stoner BP, Douglas JM Jr, Martin DH *et al*. Single-dose gatifloxacin compared with ofloxacin for the treatment of uncomplicated gonorrhea: a randomized, double-blind, multicenter trial. *Sex Transm Dis* 2001;28:136–142.
21. Robinson AJ, Ridgway GL. Concurrent gonococcal and chlamydial infection: how best to treat. *Drugs* 2000;59:801–813.
22. Tapsall J. Current concepts in the management of gonorrhoea. *Expert Opin Pharmacother* 2002;3:147–157.
23. Handsfield HH, Dalu ZA, Martin DH, Douglas JM Jr, McCarty JM, Schlossberg D. Multicenter trial of single dose azithromycin vs ceftriaxone in the treatment of uncomplicated gonorrhea. Azithromycin Gonorrhea Study Group. *Sex Transm Dis* 1994;21:107–111.
24. Ramus RM, Sheffield JS, Mayfield JA, Wendel GD Jr. A randomized trial that compared oral cefixime and intramuscular ceftriaxone for the treatment of gonorrhea in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:629–632.
25. Donders GG. Treatment of sexually transmitted bacterial diseases in pregnant women. *Drugs* 2000;59:477–485.
26. Brocklehurst P. Update on the treatment of sexually transmitted infections in pregnancy — 1. *Int J STD AIDS* 1999;10:571–578.
27. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Gonorrhea in prepubertal children. *Pediatrics* 1998;101(1 Pt 1):134–135.



28. Sorensen HT, Skriver MV, Pedersen L, Larsen H, Ebbesen F, Schonheyder HC. Risk of infantile hypertrophic pyloric stenosis after maternal postnatal use of macrolides. *Scand J Infect Dis* 2003;35:104–106.
29. Cooper WO, Griffin MR, Arbogast P, Hickson GB, Gautam S, Ray WA. Very early exposure to erythromycin and infantile hypertrophic pyloric stenosis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:647–650.
30. Mahon BE, Rosenman MB, Kleiman MB. Maternal and infant use of erythromycin and other macrolide antibiotics as risk factors for infantile hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatr* 2001;139:380–384.
31. Honein MA, Paulozzi LJ, Himmelright IM *et al.* Infantile hypertrophic pyloric stenosis after pertussis prophylaxis with erythromycin: a case review and cohort study. *Lancet* 1999;354:2101–2105.