



## INFECTIONS INTESTINALES ET ENTERIQUES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Ce chapitre des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement Édition 2006 a été révisé et mis à jour en date d'Octobre 2007. Le tableau ci-dessous résume les importants changements apportés au chapitre et met en référence les pages correspondant à la copie courante en papier des lignes directrices.

| <u>Section</u>   | <u>Page</u> | <u>Formulation courante</u>  | <u>Mise à jour/Clarification</u>  |
|--|-------------|--|---|
| <b>Déclaration des cas et notification aux partenaires</b> | 82          | <p>L'énoncé sur le notification et prise en charge des partenaires a besoin de clarification (Puce #2).</p> <p>Lorsque le traitement de la rectite est indiqué, tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou de la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique et suivre un traitement approprié.</p> | <p><b>Remplacé par:</b></p> <p>Lorsque le traitement de la rectite est indiqué, tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou de la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique et suivre un traitement approprié quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.</p>  |
| <b>Considérations spéciales<br/>Enfants</b>                | 82          | <p>Nouvel énoncé requis pour clarifier la prise en charge des personnes nommées dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants.</p>  | <p><b>Sous-titre ajouté</b><br/><i>Enfants présentant une rectite avec une nouvelle puce</i></p> <p>Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. Voir le chapitre "Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères".</p> |

## INFECTIONS INTESTINALES ET ENTERIQUES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

### Étiologie<sup>1</sup>

- Les syndromes intestinaux transmis sexuellement sont causés par une grande variété d'agents pathogènes colonisant diverses parties du tractus gastro-intestinal.
- La grande diversité des agents pathogènes transmissibles sexuellement qui causent les maladies intestinales demeure un défi pour le clinicien.
- Les infections entériques sont souvent polymicrobiennes, ce qui entraîne un chevauchement des symptômes.
- Les infections anales et rectales sont souvent transmises sexuellement et touchent principalement les hommes et les femmes ayant des relations sexuelles anales réceptives non protégées.
- Il convient de toujours examiner la possibilité d'une infection transmissible sexuellement, mais un traumatisme ou des corps étrangers peuvent causer des manifestations évocatrices d'une rectite ou d'une rectocolite.
- Certaines infections ano-rectales chez la femme sont secondaires à la dissémination contiguë des pathogènes provenant des organes génitaux.
- Les infections causées traditionnellement par des agents pathogènes associés à des aliments souillés ou de l'eau contaminée peuvent être transmises sexuellement, le plus souvent par voie fécale-orale.
- Les infections sont souvent plus sévères chez les personnes atteintes du VIH et la liste des causes possibles est plus nombreuse.
- Dans le cas des personnes atteintes d'une infection au VIH à un stade avancé, il faut examiner la possibilité d'une infection aux cryptosporidies ou aux microsporidies.

### Définitions

- Rectite : inflammation de la muqueuse rectale qui ne s'étend pas à plus de 10 à 12 cm de la marge anale. L'infection est habituellement transmise par inoculation directe des agents pathogènes dans le rectum au cours de relations sexuelles anales.
- Rectocolite : inflammation de la muqueuse rectale et du côlon qui s'étend à plus de 10 à 12 cm de la marge anale; règle générale, l'étiologie est différente de celle de la rectite. L'infection se transmet habituellement par voie fécale-orale.
- Entérite : inflammation du duodénum, du jéjunum et/ou de l'iléon. L'infection se transmet par voie fécale-orale.

Le tableau 1 présente les agents pathogènes impliqués dans les syndromes gastro-intestinaux transmis sexuellement les plus fréquents et leur mode de transmission

**Tableau 1. Syndromes gastro-intestinaux transmis sexuellement les plus fréquents<sup>1</sup>**

| Syndrome    | Agents pathogènes  | Mode de transmission   |
|-------------|--|--|
| Rectite     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>• <i>Chlamydia trachomatis</i> (sérotypes LGV et non-LGV)</li> <li>• <i>Treponema pallidum</i></li> <li>• Virus Herpes simplex</li> </ul>                     | Relations sexuelles anales réceptives dans la majorité des cas |
| Rectocolite | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Entamoeba histolytica</i></li> <li>• <i>Campylobacter spp</i></li> <li>• <i>Salmonella spp</i></li> <li>• <i>Shigella spp</i></li> <li>• <i>Chlamydia trachomatis</i> (sérotypes LGV)</li> </ul> | Contact fécal-oral direct ou indirect                          |
| Entérite    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Giardia lamblia</i></li> </ul>   | Contact fécal-oral direct ou indirect                          |

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

### Épidémiologie<sup>2</sup>

- Les pratiques sexuelles des individus favorisent souvent le contact direct ou indirect avec la muqueuse rectale (ex : le partage d'accessoires sexuels).
- Les syndromes intestinaux transmissibles sexuellement sont fréquents chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) qui pratiquent des relations sexuelles anales, ou des activités sexuelles oro-anales ou oro-génitales non protégées.
- Les hommes et femmes hétérosexuels qui pratiquent des activités sexuelles oro-anales sont également à risque d'être exposés aux infections entériques.
- Les femmes qui pratiquent des relations sexuelles anales non protégées sont susceptibles de contracter des agents pathogènes transmissibles par voie orale-anale.
- On signale une fréquence plus élevée de relations sexuelles anales non protégées parmi plusieurs sous-populations, comme chez les adolescents et les jeunes de la rue actifs sexuellement.

### Prévention

- Les relations sexuelles anales constituent le principal mode de transmission des agents pathogènes causant la rectite; le clinicien devrait donc déterminer les barrières à l'adoption de mesures de prévention et voir aux moyens de les surmonter.
- Les relations oro-anales constituent le principal mode d'acquisition de la rectocolite et de l'entérite transmises sexuellement. Il importe donc de discuter le risque de contamination par voie fécale-orale, surtout dans le cas des travailleurs de l'industrie du sexe et des HARSAH.

## Manifestations

- Les symptômes caractéristiques des divers syndromes intestinaux transmissibles sexuellement sont présentés au tableau 2.
- Les infections asymptomatiques sont aussi courantes.
- Les cliniciens devraient systématiquement s’informer des pratiques sexuelles du patient, peu importe son orientation sexuelle. (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »).

**Tableau 2. Symptômes possibles associés aux syndromes intestinaux transmissibles sexuellement**

| Syndrome           | Liste des symptômes possibles   |
|--------------------|---|
| <b>Rectite</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur ano-rectale</li> <li>• Ténésme</li> <li>• Constipation</li> <li>• Émission de selles sanglantes</li> <li>• Écoulement rectal mucopurulent</li> </ul> |
| <b>Rectocolite</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes de la rectite</li> <li>• Diarrhée</li> <li>• Crampes</li> <li>• Douleur abdominale</li> <li>• Fièvre</li> </ul>                                    |
| <b>Entérite</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée</li> <li>• Crampes</li> <li>• Ballonnement</li> <li>• Nausées</li> </ul>  |

## Diagnostic

- Lorsqu’un patient symptomatique mentionne avoir des relations sexuelles ano-rectales une évaluation par anoscopie devrait systématiquement faire partie de l’examen physique.
- La pertinence de prélever des échantillons varie en fonction du tableau clinique et des antécédents, y compris le risque éventuel de l’exposition à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) (voir le chapitre « Lymphogranulomatose vénérienne »). Dans certains cas d’infections entériques, il peut ne pas être indiqué de rechercher des agents pathogènes transmis sexuellement.

- Examen par anoscopie en cas de rectite
  - Obtenir les écouvillons rectaux pour une mise en culture, de préférence sous observation visuelle directe à l'aide d'un anoscope, pour déceler la présence de *Neisseria gonorrhoeae*, de *Chlamydia trachomatis* (épreuve supplémentaire requise pour les cultures positives permettant de distinguer entre une infection à *Chlamydia trachomatis* et la LGV) et du VHS.
  - Un prélèvement des lésions devrait aussi être effectué afin de déceler la présence du VHS.
  - Une sérologie de la syphilis devrait être effectuée chez tous les patients (voir le chapitre « Syphilis »).
  - Bien qu'il existe des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour la détection d'infections à gonocoques et à *Chlamydia trachomatis* à l'aide de prélèvements urogénitaux, elles ont fait l'objet de peu d'études dans le cas des prélèvements rectaux.
- Si le tableau clinique et (ou) les antécédents le justifient, recueillir des échantillons de selles pour une mise en culture et un examen parasitologique.

### **Prise en charge et traitement**

- Le traitement des infections intestinales transmises sexuellement devrait reposer sur les signes physiques.
- Le clinicien devrait avoir un indice de suspicion élevé à l'égard des divers agents étiologiques.
- Le plus souvent, le traitement d'une rectite présumée est empirique; il n'est pas nécessaire d'attendre les résultats des épreuves.

**Tableau 3A. Régimes thérapeutiques recommandés en fonction d'une infection entérique présumée ou attestée<sup>2</sup>**

| Infection présumée ou attestée  | Régime thérapeutique privilégié *   | Autres traitements <sup>*†</sup>  |
|---|---|---|
| Si l'examen physique dévoile un écoulement ano-rectal, traiter comme s'il s'agissait d'une rectite causée par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <sup>†</sup> et <i>Chlamydia trachomatis</i> (voir les chapitres « Infections gonococciques » et « Infections à Chlamydia » pour les recommandations thérapeutiques; voir le chapitre « Lymphogranulomatose vénérienne » pour les recommandations thérapeutiques relatives aux sérotypes de <i>Chlamydia trachomatis</i> causant la LGV) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique<sup>§¶</sup> [A-I]</li> </ul> <b>PLUS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 à 10 jours [A-I]</li> </ul> OU <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'on soupçonne que le patient n'adhérera pas au traitement [A-I]</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., en dose unique<sup>†</sup> [A-I]</li> </ul> OU <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofloxacine, 400 mg, p.o., en dose unique<sup>†</sup> [A-I]</li> </ul> OU <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxone 125 mg, i.m., en dose unique<sup>§¶  </sup> [A-I]</li> </ul> <b>PLUS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 à 10 jours [A-I]</li> </ul> OU <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'on soupçonne que le patient n'adhérera pas au traitement [A-I]</li> </ul> |

<sup>†</sup> Dû à l'augmentation rapide de la *N. gonorrhoeae* résistante aux quinolones, les quinolones tels que la ciprofloxacine et l'ofloxacine ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada.

- Les quinolones peuvent être considérées **comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI** :
  - des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;

OU

- au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.

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

¶Le céfixime est privilégié par rapport à la ceftriaxone vu son coût et sa facilité d'administration

\* Pour les références associées aux recommandations thérapeutiques, voir les chapitres « Infections à *Chlamydia* », « Infections gonococciques », « Infections génitales au virus Herpes Simplex » et à la « Lymphogranulomatose vénérienne ».

**Tableau 3B. Régimes thérapeutiques recommandés en fonction d'une infection entérique présumée ou attestée<sup>2</sup>**

| Infection présumée ou attestée   | Régime thérapeutique recommandé*  |
|--|---|
| Si une infection au VHS est présumée ou attestée   | Administrer un traitement antiviral en suivant les recommandations relatives aux infections génitales au VHS (voir le chapitre « Infections génitales au virus Herpes Simplex »)  |
| Si une infection à <i>Treponema pallidum</i> est présumée ou attestée  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités, i.m., en dose unique (syphilis primaire et secondaire) [A-I]</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traiter en suivant les recommandations thérapeutiques de la syphilis, si l'on soupçonne que celle-ci en est rendue à un autre stade de la syphilis, ou si le patient est infecté par le VIH (voir le chapitre « Syphilis »)</li> </ul> |
| Si le patient est présumé ou attesté d'avoir une infection causée par un pathogène entérique autre que ceux énumérés ci haut | Traiter en suivant les recommandations relatives à la prise en charge et au traitement des pathogènes particuliers  |

LGV= lymphogranulomatose vénérienne

VHS= virus Herpes simplex

\* Pour les références associées aux recommandations thérapeutiques, voir les chapitres « Infections à *Chlamydia* », « Infections gonococciques », « Infections génitales au virus Herpes Simplex » et à la « Lymphogranulomatose vénérienne ».

### Prises en considération d'autres ITS

- La rectite est associée aux activités sexuelles spécifiques à risque élevé. Lorsque le patient présente des symptômes, il convient de rechercher d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS).
- Il est recommandé de fournir le counselling pré-test pour le VIH et d'offrir un test de dépistage
- Avant d'immuniser certains patients à risque élevé d'infection, il convient de faire un test de dépistage pour rechercher les marqueurs de l'hépatite B.
- L'immunisation contre l'hépatite A et l'hépatite B est recommandée.
- Il est fortement recommandé de prescrire des analyses sérologiques de la syphilis chez tous les sujets présentant une rectite.
- Discuter le vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) *Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*

### Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Lorsque le micro-organisme responsable d'une infection intestinale ou entérique est associé à une maladie à déclaration obligatoire, il faut le signaler au département de santé publique local en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux.
- Lorsque le traitement de la rectite est indiqué, tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou de la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique et suivre un traitement approprié quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.
- Les départements de santé publique locaux peuvent offrir de l'aide pour le processus de notification aux partenaires et à l'orientation de ceux-ci vers les ressources compétentes pour l'évaluation clinique, les tests, le traitement et l'éducation à la santé.

### Suivi

- Un suivi devrait être prévu pour chaque cas. Si le patient a adhéré au traitement recommandé, que ses signes et symptômes ont disparu et qu'il n'a pas été de nouveau en contact avec un partenaire non traité, il ne convient pas de répéter les analyses de *Neisseria gonorrhoeae* et de *Chlamydia trachomatis*.
- En cas de syphilis attestée, il convient de faire un suivi sérologique approprié en suivant les recommandations relatives à la syphilis.

### Considérations spéciales

- Bien que la conscience sociale du public soit plus développée et qu'on soit plus informé sur les ITS et les diverses pratiques sexuelles, le préjugé réel et perçu chez certains cliniciens à l'endroit des personnes ayant des relations sexuelles ano-rectales peut empêcher des personnes à consulter un médecin ou à révéler leurs pratiques sexuelles.

#### *Enfants présentant une rectite*

- Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. (Voir le chapitre "Abus sexuel à l'égard d' enfants impubères et prépubères").

## Références

1. ROMPALO, A.M. « Diagnosis and treatment of sexually acquired rectite and rectocolite: An update », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 28, suppl. 1, 1999, p. S84-S90.
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002 », *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, vol. 51, RR-6, 2002, p. 1-78.