

Diagnostic et traitement de la gonorrhée : guide de pratique clinique belge 2019

Diagnosis and treatment of gonorrhoea: 2019 Belgian national guideline for primary care

T. VAN DER SCHUEREN¹, S. STORDEUR², S. MOKRANE³, A. LIBOIS⁴, W. VANDEN BERGHE⁵, V. JESPERS²
et LE GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP

¹Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)

²Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Bruxelles

³Département de Médecine Générale, Université libre de Bruxelles (ULB)

⁴CHU Saint-Pierre, Bruxelles

⁵Epidemiology of infectious diseases, Sciensano, Bruxelles

RÉSUMÉ

Introduction : La gonorrhée reste un problème de santé publique en Belgique et la résistance du gonocoque aux antibiotiques devient préoccupante. En l'absence de directive belge, les professionnels de la santé s'appuient sur les directives internationales pour définir leurs stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Ceci se traduit par une variabilité dans la prise en charge des patients et une incertitude des praticiens face aux situations particulières. Une directive belge était indispensable pour harmoniser le diagnostic et la prise en charge de la gonorrhée.

Méthodes : Cette directive a été élaborée selon une méthodologie rigoureuse, impliquant un groupe pluridisciplinaire composé de professionnels de la santé, d'épidémiologistes et spécialistes des maladies infectieuses et de représentants des patients. Les chercheurs ont procédé à une analyse systématique et à une synthèse critique de la littérature scientifique disponible (janvier 2018). La méthode GRADE a été suivie pour la formulation des recommandations.

Résultats : La directive offre des recommandations pour le diagnostic, le traitement et le suivi de la gonorrhée selon une approche par groupes à risque, facilitant l'identification des personnes à risque et proposant des tests ciblés selon les risques encourus. La directive différencie les traitements selon les situations particulières (grossesse, allergie, multi-infections) et indique quand ajouter des tests de surveillance de la résistance aux antibiotiques. Le suivi du patient et de ses partenaires sexuels est également étudié.

Conclusion : Le suivi de ces recommandations par l'ensemble des praticiens de la première ligne devrait permettre d'améliorer le diagnostic des gonorrhées et, par le traitement adéquat des patients, de réduire la multirésistance émergente aux antibiotiques.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 272-279

Doi : 10.30637/2020.20-018

ABSTRACT

Introduction : Gonorrhoea remains a public health problem in Belgium and the resistance of the gonococcus to antibiotics is becoming a concern. In the absence of a Belgian directive, health professionals rely on international guidelines to define their diagnostic and therapeutic strategies. This results in variability in patient management and uncertainty on the part of practitioners in the face of particular situations. A Belgian guideline was essential to harmonise the diagnosis and management of gonorrhoea.

Methods : This guideline was developed following an evidence-based approach and involving a multidisciplinary group of health professionals, epidemiologists and infectious disease specialists, and patient representatives. The researchers carried out a systematic review of the evidence and critical synthesis of the available scientific literature (January 2018). The GRADE method was followed in formulating the recommendations.

Results : The guideline provides recommendations for the diagnosis, treatment and monitoring of gonorrhoea using a risk group approach, facilitating the identification of persons at risk and offering targeted testing according to the identified risks. The guideline differentiates treatment according to specific situations (pregnancy, allergy, concurrent infections) and indicates when to add surveillance testing for antibiotic resistance. The monitoring of the patient and sexual partners is also studied.

Conclusion : A concerted application of this guideline by all stakeholders in Belgium may result in improving the diagnosis of infections and eventually addressing the emerging multi-drug resistance.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 272-279

Doi : 10.30637/2020.20-018

Key words : practice guidelines, primary health care, sexually transmitted diseases, neisseria gonorrhoea

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la Belgique connaît une augmentation du nombre de cas de gonorrhée ; le nombre de notifications est passé de 275 cas (2002) à 1515 cas (2016), ce qui équivaut à une hausse de 2,6 (2002) à 13,4 pour 100.000 habitants (2016) en l'espace de 14 ans¹.

L'absence de recommandations nationales en matière de diagnostic et traitement a amené les praticiens de première ligne à s'inspirer de recommandations développées dans d'autres pays pour adapter leurs stratégies diagnostiques et thérapeutiques^{2,3}. Il est donc devenu indispensable de développer un guide de pratique belge sur la prise en charge des infections gonococciques, pour harmoniser les pratiques cliniques et pour faire face aux nouveaux défis que sont la résistance du gonocoque aux antibiotiques⁴, l'accroissement des cas de gonorrhée pharyngée rebelle au traitement et la nécessité persistante d'investir dans les cultures de *N. gonorrhoeae* pour surveiller l'apparition d'une résistance. C'est pourquoi le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a pris l'initiative de développer un guide de pratique clinique en étroite collaboration avec des professionnels de la santé, des épidémiologistes et spécialistes des maladies infectieuses et des représentants des patients.

Ce guide de pratique clinique formule des recommandations fondées sur les preuves pour le diagnostic et le traitement des patients atteints de gonorrhée. Son objectif majeur est d'informer les médecins généralistes au sujet des « bonnes pratiques » en matière de prise en charge de cette infection sexuellement transmissible (IST). Il va de soi que le médecin doit également toujours tenir compte des spécificités et des préférences de chaque patient et veiller à ce que celui-ci soit correctement informé.

Le champ d'application de ce guide de pratique clinique a été déterminé pour répondre aux besoins des praticiens de première ligne, qui peuvent représenter le premier contact avec le patient à risque ou atteint d'IST. Il couvre :

- Les tests diagnostiques ciblés (opportunistes) chez les personnes asymptomatiques et symptomatiques ;
- La population concernée est définie comme les hommes et femmes (enceintes ou non) sexuellement actifs, y compris les adolescent(e)s. Les victimes de violence sexuelle sortent du cadre de ce guide de pratique clinique en raison de la spécificité des circonstances et des procédures judiciaires qui y sont associées.

METHODE

Ce guide de pratique clinique (GPC) est le fruit d'une collaboration entre le KCE et des médecins généralistes et spécialistes en maladies infectieuses, microbiologistes, associations professionnelles et représentants de patients qui ont composé le Groupe de Développement des Guidelines (GDG).

Cinq questions cliniques (PICO ; *Patients – Interventions – Comparators – Outcomes*) ont été développées et des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis.

La revue systématique de la littérature a été réalisée avec les moteurs de recherche *Medline Ovid*, *The Cochrane Database of systematic reviews* et *Embase* (dates 2005-11/01/2018). Cette recherche a porté sur des guides de pratique clinique, des revues systématiques et des rapports sur les technologies de la santé. En outre, des recherches ont été effectuées sur les sites web d'agences de santé à l'étranger (par exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) en France, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies (ACMTS), l'Agence suédoise des technologies de la santé (SBU), le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) au Royaume-Uni, l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) aux États-Unis, la base de données du *Guideline International Network*, la base de données de l'OMS relative à la santé sexuelle et reproductive). Les sites web belges ont également été examinés, notamment les sites web des sociétés scientifiques de médecine générale (Domus Medica et Société Scientifique de Médecine Générale) et le site web de Sciensano, responsable du suivi de l'évolution et de l'impact des maladies infectieuses en Belgique.

Une recherche documentaire supplémentaire a été effectuée dans MEDLINE et dans le registre central des essais cliniques de Cochrane (CENTRAL) le 11/01/2018 (à partir de 2004) afin de mettre à jour les données extraites des guides de pratique clinique et de répondre aux questions de recherche non couvertes par ces guides (par exemple, les tests de diagnostic combinés pour *N. gonorrhoea* et *Chlamydia trachomatis*). Cette recherche supplémentaire visait à identifier les essais contrôlés randomisés et les études observationnelles comparant les tests diagnostiques chez les hommes et les femmes sexuellement actifs, symptomatiques ou asymptomatiques, y compris les adolescents de 15 ans et plus.

Les 19/02/2018 et 22/02/2018, une recherche a été effectuée pour identifier les revues systématiques et les études primaires comparant les traitements de la gonorrhée chez les hommes et les femmes, y compris les jeunes. MEDLINE, PubMed, Embase et la base de données Cochrane des revues systématiques ont été recherchées, à partir de 2015.

La méthode d'évaluation AGREE II a été utilisée pour apprécier la qualité méthodologique des guides de pratique clinique internationaux identifiés. La méthode ADAPTE a été utilisée lorsque l'on disposait de guides de pratique récents et de bonne qualité. La méthode GRADE a été suivie pour déterminer le niveau de preuve (élevé, modéré, faible et très faible) et la force de chaque recommandation⁵. Le tableau 1 permet de différencier l'interprétation d'une recommandation selon qu'elle soit forte ou faible⁶.

Le guide intégral⁷ et son supplément fournissent des informations complètes sur la composition du GDG, les questions de recherche et les descriptifs PICO, les stratégies de recherche et les graphiques PRISMA,

l'évaluation de la qualité des articles identifiés, les listes des études incluses et exclues, les tableaux de données probantes, les analyses statistiques, les résumés des résultats et les profils GRADE. La formulation des recommandations et leur niveau de preuve ont été soumis à une révision externe par un panel de 24 experts et 21 leaders d'opinion. Le résultat final a

encore été discuté en séance plénière à laquelle ont été conviées toutes les parties prenantes. Ensuite, le contenu scientifique du guide de pratique clinique a été évalué par deux experts internationaux externes. Finalement, la méthodologie a été validée à l'aide de la check-list AGREE II par le CEBAM (Centre belge pour l'*Evidence-Based Medicine*).

Tableau 1

Force des recommandations selon le système GRADE.

Degré	Définition
Fort	Les effets souhaitables d'une intervention l'emportent clairement sur ses effets indésirables (<i>l'intervention doit être mise en pratique</i>) ou les effets indésirables d'une intervention l'emportent clairement sur ses effets souhaitables (<i>l'intervention ne doit pas être mise en pratique</i>).
Faible	Les effets souhaitables d'une intervention l'emportent probablement sur ses effets indésirables (<i>il est probable que l'intervention doive être mise en pratique</i>) ou les effets indésirables d'une intervention l'emportent probablement sur ses effets désirables (<i>il est probable que l'intervention ne doive pas être mise en pratique</i>).

RESULTATS

Le diagnostic de la gonorrhée

Auprès de quel public réaliser un test pour la gonorrhée ?

Il est utile de proposer un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) aux patients ayant eu des relations sexuelles non protégées avec un partenaire dont le statut pour les IST n'est pas connu. Cela est valable pour tous types de rapports sexuels : oraux, anaux ou vaginaux. Les tests de dépistage doivent aussi être proposés à tous les patients appartenant à un groupe à haut risque d'IST. En Belgique, la surveillance des IST démontre qu'il s'agit des jeunes âgés de moins de 29 ans, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et des patients vivant avec le VIH. Le groupe des HSH est composé des hommes qui ont, fréquemment ou de façon anecdotique, des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Le tableau 2 énonce les quatre groupes prioritaires auxquels il convient de proposer un test diagnostique de la gonorrhée. Le niveau de preuve apporté par la littérature scientifique pour l'identification des groupes à risque est très bas. Ce niveau de preuve a été attribué sur différents critères tels que un faible nombre d'études cliniques ou de petits échantillons de patients inclus, l'identification de biais dans les protocoles et méthodes de recherche, une hétérogénéité des résultats entre études, ou encore le caractère indirect des données scientifiques et l'imprécision des données.

Quelles méthodes diagnostiques utiliser ?

Le diagnostic de la gonorrhée non compliquée se pose en détectant la bactérie *N. gonorrhoeae* dans les urines, les sécrétions génitales, rectales ou pharyngées via une technique d'amplification des acides nucléiques (TAAN). Cette technique comporte soit les analyses PCR (*polymerase chain reaction*), soit les analyses SDA

(*strand displacement assay*) ou encore les analyses TMA (*transcription-mediated assay*). Ces techniques sont à la fois très sensibles et très spécifiques. La sensibilité de la technique semble cependant moindre sur les prélèvements rectaux ou de gorge.

Les tableaux 3 et 4 reprennent les tests diagnostiques recommandés, respectivement chez l'homme et chez la femme. Le niveau de preuve varie selon les tests et les sites de prélèvements ainsi que la force des recommandations. La qualité des études diagnostiques et les risques de biais sont évalués sur 4 dimensions, à savoir la sélection des patients, le test diagnostique à évaluer (*test index*), le test diagnostique de référence (*gold standard*) et le respect de la chronologie des tests. Aucune étude incluse ne présentait de risque de biais pour l'évaluation des tests index et de référence, mais des biais potentiels pouvaient être générés par la sélection des patients et la chronologie des tests, ce qui justifie les niveaux de preuve attribués.

Bien que les échantillons urinaires et urétraux se prêtent tous deux aux TAAN, les patients masculins et les médecins préfèrent l'échantillon d'urine parce que les frottis urétraux sont douloureux. Si un échantillon rectal est indiqué, les patients préfèrent souvent le prélever eux-mêmes. Le prélèvement de l'échantillon par le médecin a toutefois l'avantage de permettre aussi, par exemple, un dépistage du cancer du rectum. On peut dès lors envisager les deux méthodes de prélèvement d'échantillons rectaux.

Puisque l'analyse de plusieurs échantillons coûte cher, grouper les échantillons d'un patient (*pooling*) permettrait d'en diminuer le nombre, en particulier lorsque les tests doivent être répétés tous les 3 à 6 mois (chez les personnes à comportement sexuel à haut risque). Toutefois, le *pooling* en laboratoire des échantillons oropharyngés, urinaires/urétraux et rectaux fait encore l'objet de recherches et ne peut encore être recommandé en routine.

Groupe	Situations cliniques	GRADE	
		Recommandation	Niveau de preuve
Groupe 1	Les patients présentant des symptômes suspects de gonorrhée	Faible	Très bas
Groupe 2	Les patients asymptomatiques ayant un comportement sexuel à risque ou à risque accru de gonorrhée <ul style="list-style-type: none"> o Les travailleurs du sexe quel que soit leur genre ; o Les HSH ayant des rapports sexuels non protégés dans une relation non exclusivement monogame ; les HSH avec infection récente à chlamydia, syphilis ou VIH et les HSH sous prophylaxie préexposition pour le VIH (PrEP) ; o Les patients ou partenaires sexuels originaires des pays les plus affectés par les IST ou qui y voyagent. Il s'agit selon l'OMS des pays d'Afrique, de l'ouest du Pacifique et des Amériques. o Les patients ou partenaires sexuels originaires des pays dans lesquels des souches de gonorrhée multi-résistantes sont présentes ou qui y voyagent. Il s'agit des pays d'Asie du Sud-Est et de l'Est de l'Asie. o Les patients hétérosexuels avec des rapports oraux, anaux ou vaginaux non protégés dans une relation non exclusivement monogame, avec plusieurs partenaires en même temps ou sur des périodes successives, ou avec un partenaire ayant des comportements à risques (voir groupes 1 à 3 ci-dessus), ou ayant présenté une IST au cours de l'année écoulée ou ayant eu des rapports sexuels avec un inconnu. o Les jeunes âgés de moins de 29 ans qui souhaitent avoir des relations non protégées avec leur partenaire habituel ou qui ont des rapports oraux, anaux ou vaginaux non protégés dans une relation non exclusivement monogame ou ayant eu des rapports sexuels non protégés avec un partenaire appartenant aux sous-groupes précédents. 	Faible	Très bas
Groupe 3	Toutes les femmes enceintes au cours du premier trimestre de leur grossesse ou lors de la première consultation prénatale si elles ou leurs partenaires appartiennent à l'un des sous-groupes à risque accru de gonorrhée (groupe 2). Chez les femmes enceintes présentant un comportement sexuel à haut risque, il est conseillé de répéter le test au cours du dernier trimestre de la grossesse.	Faible	Très bas
Groupe 4	Les situations cliniques spécifiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> o Un bébé né d'une mère porteuse d'une gonorrhée active ; o En cas d'interruption volontaire de grossesse ; o En cas de rapport sexuel avec une personne atteinte ou suspecte de gonorrhée ; o En cas de diagnostic récent de toute autre IST, y compris VIH, hépatite B ou C. 	Faible	Très bas

En pratique, les recommandations belges actuelles sont :

1. Pour les hommes et femmes, symptomatiques ou non, proposez un test diagnostique (TAAN) avec un ou plusieurs prélèvements au niveau des sites utiles en fonction de leurs pratiques sexuelles ;
2. Pour les sous-groupes des HSH et des femmes avec pratiques sexuelles à haut risque, proposez systématiquement des prélèvements des 3 sites : urogénital, anal et gorge ;
3. Ne demandez pas de culture pour un diagnostic initial. Quand une gonorrhée est suspectée chez un homme porteur de symptômes cliniques d'urétrite, il est utile de prélever un échantillon pour mise en culture en plus d'un échantillon pour diagnostiquer une gonorrhée par TAAN. La culture peut servir à suivre la résistance antimicrobienne dans un contexte de surveillance ;
4. Conseillez aux patients ayant un test positif de ne pas avoir de contact sexuel jusqu'à sept jours après la fin de leur traitement et de celui de leur partenaire ET après la disparition des symptômes ;
5. Chez toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de gonorrhée, recherchez aussi d'autres IST, dont l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la syphilis et le VIH. Donnez-leur une information complète à propos des modes de transmission, de la prévention et des complications de l'IST dont il est atteint. Cette information sera idéalement renforcée par un support à consulter ultérieurement (brochures, dépliants, liens internet, capsules vidéo...).

Le traitement de la gonorrhée

Quand le traitement doit-il être instauré ?

Le traitement doit être initié dès l'obtention d'un résultat positif à un test diagnostique TAAN. Cette règle

Tableau 3**Tests diagnostiques recommandés chez l'homme.**

Tests diagnostiques de la gonorrhée chez l'homme	GRADE	
	Recommandation	Niveau de preuve
Proposez aux hommes tant symptomatiques qu'asymptomatiques un ou des tests par TAAN avec prélèvement d'échantillons sur différents sites suivant leur comportement sexuel : <ul style="list-style-type: none"> Contact sexuel insertif (vaginal, anal ou oropharyngé) : utilisez l'urine du premier jet (asymptomatique) ou un échantillon urétral (symptomatique) en vue d'un TAAN combiné gonorrhée-chlamydia ; Contact sexuel anal réceptif : utilisez un échantillon anorectal en vue d'un TAAN combiné gonorrhée-chlamydia ; Contact sexuel oropharyngé réceptif : utilisez un échantillon oropharyngé en vue d'un TAAN de dépistage de la gonorrhée. 	Forte	Urinaire et urétral : bas (SDA), modéré (TMA) et élevé (PCR). Rectal et pharyngé : très bas (SDA, TMA)
Chez les HSH dont on sait qu'ils présentent un comportement sexuel à risque : prélèvement d'échantillons sur les trois sites.	Faible	Très bas
L'utilisation d'un TAAN sur des échantillons groupés (oropharyngés, urinaires/urétraux et rectaux) n'a été examinée que dans une seule étude. Nous proposons dès lors au prestataire de soins de prélever des échantillons distincts et de les envoyer au laboratoire accompagnés d'une prescription précisant le niveau de risque. Le laboratoire pourra ensuite décider d'utiliser un TAAN sur des échantillons groupés dans des situations spécifiques (par exemple, contexte à haut risque, nécessité de répéter le test), mais à condition qu'il dispose d'un équipement et d'une expertise validés.	Faible	Modéré
Ne proposez PAS de tests par culture comme test diagnostique pour les hommes	Forte	Rectal : bas à modéré Pharyngé : très bas

TAAN : test d'amplification des acides nucléiques ; SDA : amplification par déplacement de brin ; TMA : amplification par transcription ; PCR : réaction en chaîne par polymérase.

Tableau 4**Tests diagnostiques recommandés chez la femme.**

Tests diagnostiques de la gonorrhée chez la femme	GRADE	
	Recommandation	Niveau de preuve
Proposez tant aux femmes asymptomatiques que symptomatiques un ou des TAAN avec prélèvement d'échantillons sur différents sites suivant leur comportement sexuel : <ul style="list-style-type: none"> Contact sexuel vaginal réceptif (auto-prélèvement ou prélèvement par un médecin) : utilisez des échantillons vaginaux ou d'urine du premier jet en vue d'un TAAN combiné gonorrhée-chlamydia 	Forte	Échantillons vaginaux : bas à modéré (autoprélévés) ; modéré à élevé (prélévés par le médecin). Échantillons endocervicaux : bas à modéré. Échantillon d'urine : très bas (SDA) à modéré (TMA et PCR).
○ Contact sexuel oral réceptif : utilisez un échantillon oropharyngé en vue d'un TAAN de dépistage de la gonorrhée	Faible	Très bas
○ Contact sexuel anal réceptif : utilisez un échantillon anorectal en vue d'un TAAN combiné gonorrhée-chlamydia	Faible	Rectal : modéré (SDA) à élevé (TMA)
Chez les femmes au comportement sexuel à haut risque : proposez un ou des TAAN avec prélèvement sur les trois sites.	Faible	Très bas
Ne proposez PAS de tests par culture comme test diagnostique aux femmes.	Forte	Élevé

TAAN : test d'amplification des acides nucléiques ; SDA : amplification par déplacement de brin ; TMA : amplification par transcription ; PCR : réaction en chaîne par polymérase.

tolère quelques exceptions permettant l'instauration du traitement avant l'obtention du résultat au test diagnostique :

- du patient ayant un(e) partenaire récent(e) avec gonorrhée avérée ;
- d'une mère dont le nouveau-né est confirmé atteint de gonorrhée ;
- pour le traitement de cas sévèrement symptomatiques (écoulement urétral purulent, proctite, cervicite purulente) ;
- pour les patients dont le suivi ne peut pas être assuré.

Dans ces quatre dernières situations, les prélèvements doivent être réalisés avant d'initier le traitement recommandé.

Quand référer le patient en seconde ligne ?

Orientez le patient vers la seconde ligne dans les cas suivants, et ce avant le début du traitement :

- quand un traitement de première intention n'est pas disponible ou que le patient ne l'a pas toléré dans le passé ;
- en cas d'allergie connue ou documentée aux céphalosporines ;
- en cas de gonorrhée compliquée, c'est-à-dire en cas d'infection génitale ascendante, donc en cas d'épididymo-orchite et de (suspicion de) salpingite aiguë, d'infection gonococcique disséminée, de conjonctivite gonococcique chez l'adulte, d'arthrite et de syndrome d'arthrite-dermatite.

Orientez le patient vers la seconde ligne lors d'échec thérapeutique :

- quand le traitement de première intention a échoué, le patient présentant encore des symptômes, ou quand les tests de laboratoire restent positifs après traitement ;
- s'il présente une résistance à la ceftriaxone et/ou à l'azithromycine.

Quelles options pour traiter la gonorrhée non compliquée ?

Le traitement initial de la gonorrhée non compliquée, qu'elle soit localisée au niveau de l'urètre, du cervix, du rectum ou du pharynx, à l'exclusion de la femme enceinte, consiste en une bithérapie : une dose unique de 500 mg de ceftriaxone en IM associée à 2 g d'azithromycine en une prise orale (recommandation GRADE faible, niveau de preuve très bas).

Chez la femme enceinte, le traitement initial consiste en une dose unique de 500 mg de ceftriaxone en IM (recommandation GRADE faible, niveau de preuve très bas).

En cas d'allergie aux antibiotiques recommandés, le patient doit être référé à la seconde ligne.

Quelles options pour traiter la co-infection gonorrhée-chlamydia ?

Le tableau 5 reprend les traitements des co-infections selon les sites anatomiques et les situations particulières des patients. Pour chaque situation évoquée, le

niveau de preuve est très bas et la recommandation GRADE faible.

Dans les études cliniques thérapeutiques, la qualité des données scientifiques issues d'études observationnelles et d'essais contrôlés randomisés a été jugée très basse en raison de différents biais liés à l'assignation au hasard des patients dans les groupes (biais de sélection), à l'observation à l'aveugle des patients (biais de détection) et des résultats (biais de performance), ou à un rapportage incomplet des résultats (biais d'attrition).

Autres éléments de prise en charge et recommandations

La surveillance des résistances

En cas de gonorrhée survenue après un voyage en Asie de l'Est ou du Sud-Est où les résistances sont fréquentes, un historique détaillé des lieux visités doit être récolté, des prélèvements des différents sites anatomiques potentiellement infectés doivent être réalisés, couplés à des prélèvements destinés à une mise en culture. Ces prélèvements doivent être récoltés avant d'initier le traitement.

Le contrôle de la guérison après traitement

Un contrôle après traitement n'est pas systématiquement indiqué. Certaines situations cliniques spécifiques réclament toutefois un contrôle (recommandation GRADE faible, niveau de preuve très bas). Il s'agit de :

- la suspicion d'un échec thérapeutique ;
- une infection oropharyngée ;
- une infection chez la femme enceinte ;
- une infection contractée lors d'un voyage en Asie du Sud-Est ou en Extrême-Orient ;
- une co-infection gonorrhée coque et chlamydia ;
- la prescription d'un traitement différent de celui préconisé par ce guide de pratique clinique (une monothérapie, par exemple).

Chez un patient symptomatique, le test consistera en une culture avec antibiogramme sur la base de prélèvements de tous les sites potentiellement infectés. Les prélèvements seront réalisés 3 à 7 jours après la fin du traitement. En cas de culture négative et persistance des symptômes, un test par une technique TAAN sera réalisé 14 jours après la fin du traitement initial.

Chez un patient asymptomatique, un test par une technique TAAN devra être réalisé 28 jours après la fin du traitement. En cas de positivité du test, une culture avec antibiogramme sur la base des prélèvements pertinents sera réalisée et le patient sera référé en seconde ligne pour sa prise en charge.

La fréquence des tests de dépistage

Réaliser un dépistage des IST tous les 3 à 12 mois auprès des patients asymptomatiques mais adoptant des comportements sexuels à risque (voir tableau 1 – Groupe 2) est recommandé (recommandation GRADE faible, niveau de preuve très bas).

Traitement d'une co-infection	GRADE	
	Recommandation	Niveau de preuve
Infection urogénitale ou oropharyngée En une fois : 500 mg de ceftriaxone IM ET 2 g d'azithromycine par voie orale	Faible	Très bas
Infection anorectale 500 mg de ceftriaxone IM ET 100 mg de doxycycline par voie orale deux fois par jour, pendant 7 jours	Faible	Très bas
- Infection anorectale chez les hommes positifs pour le VIH et porteurs d'un lymphogranulome vénérien de statut inconnu - Infection anorectale avec lymphogranulome vénérien 500 mg de ceftriaxone IM ET 100 mg de doxycycline par voie orale deux fois par jour, pendant 21 jours	Faible	Très bas
Femmes enceintes En une fois : 500 mg de ceftriaxone IM ET 1 g d'azithromycine par voie orale	Faible	Très bas

IM : intramusculaire ; VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

L'information des partenaires d'un patient atteint d'une IST

L'identification, l'information et, le cas échéant, le traitement des partenaires d'un patient atteint d'une IST sont des éléments clés pour enrayer la transmission des IST. En Belgique, il n'est pas officiellement autorisé de délivrer à un patient un traitement destiné à son/ses partenaire(s). Il est conseillé d'inviter le patient à informer son ou ses derniers partenaires sexuels de la nécessité de réaliser un dépistage. Si les derniers partenaires sont plus nombreux que 5, l'information peut se limiter aux partenaires du mois écoulé. Il est utile d'aborder avec le patient cette question de l'information des partenaires lors de la consultation de suivi programmée.

Dans le cas où cette option est refusée par le patient, mais après avoir obtenu son accord, son médecin peut informer le/les partenaires. Le Conseil de l'Ordre des Médecins a récemment autorisé les médecins à rédiger un courrier destiné aux partenaires sexuels du patient afin de les inviter à effectuer un dépistage. Des lettres-types sont proposées sur les sites de la SSMG (en français) et de Domus Medica (en néerlandais). Une nouvelle méthode de notification utilise un site web : www.partneralert.be, accessible en néerlandais, français et anglais. Il s'agit d'une plateforme digitale qui permet d'informer anonymement les partenaires sexuels en cas de diagnostic d'IST. Les professionnels de la santé doivent s'inscrire sur cette plateforme et sont alors en mesure de produire des codes spécifiques aux IST que le patient peut utiliser pour informer anonymement ses partenaires par e-mail ou SMS. Le code reste opérationnel 10 jours et permet d'informer jusqu'à 20 partenaires. Le partenaire reçoit un lien et un code pour qu'il puisse accéder à d'autres informations sur l'IST en question et la procédure à suivre pour un dépistage.

UN OUTIL INTERACTIF D'AIDE AUX CONSULTATIONS

Lors du développement du guide de pratique clinique, les praticiens avaient émis le souhait de disposer d'un outil interactif pour les aider à aborder avec leurs patients les questions relatives à la santé sexuelle et pour pouvoir ensuite les accompagner – ainsi qu'éventuellement leur(s) partenaire(s) – à travers le parcours diagnostique et thérapeutique. Sans un bon support de communication pour ce type de consultations, ce guide risquait purement et simplement de rester lettre morte. Le KCE a donc développé un outil interactif qui s'adresse aux prestataires de soins de première ligne et a été conçu pour être d'un usage pratique et convivial pendant la consultation (www.ist.kce.be).

En particulier, l'outil offre aux praticiens différentes pistes pour ouvrir le dialogue avec leurs patients sur les questions liées à la santé sexuelle, de façon adaptée et professionnelle. A cette fin, l'outil propose quelques exemples de déclarations liminaires et de questions appropriées pour les différentes catégories de patients à risque de contracter des IST. Pour être complet et réellement utile, l'outil couvre également la prise en charge d'autres IST dont le risque de transmission est tout aussi élevé, particulièrement pour les personnes ayant des comportements sexuels à haut risque, à savoir l'infection à *Chlamydia*, la syphilis, le VIH et les hépatites A, B et C.

L'outil propose également de nombreux liens utiles vers d'autres sources d'information pertinentes, telles que les sites Internet d'associations spécialisées dans la santé sexuelle comme O'YES (anciennement SIDA'SOS) et Sensoa, les sociétés scientifiques de médecine générale (SSMG, Domus Medica) et d'autres sites utiles tant pour les professionnels que pour les patients.

DISSEMINATION DES RECOMMANDATIONS

Le guide de pratique clinique complet peut être consulté et téléchargé sur le site web du KCE (<https://kce.fgov.be/>). Rédigé en anglais, il est assorti d'une synthèse disponible respectivement en français et en néerlandais. Le guide sera aussi publié sur le site d'Ebpracticenet, le portail belge qui rassemble tous les guides

validés par le Cebam et d'autres documents basés sur les données probantes à l'usage des prestataires de soins de première ligne.

La diffusion de ces recommandations est cruciale pour l'harmonisation des pratiques sur le terrain. Leur publication dans une revue médicale belge devrait encore faciliter leur dissémination auprès du public cible.

Remerciements : Nous sommes reconnaissants aux membres du GDG qui ont contribué à l'élaboration de ce guide de pratique clinique. Les membres du GDG autres que les auteurs sont Anja Desomer (KCE), Serena Carville (NGC), Clare Jones (NGC), Sedina Lewis (NGC), Mark Perry (NGC), Sam Cordyn (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen), Tine Cornelissen (Domus Medica), Tania Crucitti (Institut de Médecine Tropicale (IMT)), Céline Danhier (O'YES), Irith De Baetselier (Institut de Médecine Tropicale (IMT)), Anne-Sophie De Cannière (vzw Pasop), Wouter Dhaeze (Agentschap zorg en gezondheid), Els Dufraimont (Imelda Ziekenhuis), Chris Kenyon (Institut de Médecine Tropicale (IMT)), Elizaveta Padalko (UZ Gent), Sandra Van den Eynde (Sensoa) et Nicole Dekker (Domus Medica, UA Ebpracticenet).

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vanden Berghe W, Crucitti T, De Baetselier I. (Consulté le 15/01/20). Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen, 2002-2016. Tussentijds rapport Brussels: Sciensano; 2018. [Internet]. <https://www.sciensano.be/nl/biblio/surveillance-van-soa-2016tussentijdsrapport>
2. Bignell C, Fitzgerald M, Guideline Development Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011. *Int J STD AIDS*. 2011;22(10):541-7.
3. Kidd S, Workowski KA. Management of Gonorrhoea in Adolescents and Adults in the United States. *Clin Infect Dis*. 2015;61 Suppl 8:S785-801.
4. Frieden TR, Jaffe HW, Cono J, Richards CL, Iademarco MF. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Center for Surveillance, Epidemiology, and Laboratory Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2015. *MMWR* 64.
5. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y *et al*. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):719-25.
6. Andrews JC, Schunemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA *et al*. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):726-35.
7. Jespers V, Stordeur S, Desomer A, Carville S JC, Lewis S, Perry M *et al*. Diagnosis and management of gonorrhoea and syphilis. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 310. D/2019/10.273/21. Available at <https://kce.fgov.be/en/diagnosis-and-management-of-gonorrhoea-and-syphilis>. 2019.

Travail reçu le 26 mars 2020 ; accepté dans sa version définitive le 18 juin 2020.

CORRESPONDANCE

S. STORDEUR

Belgian Health Care Knowledge Centre
Boulevard du Jardin Botanique, 55 - 1000 Bruxelles
E-mail : sabine.stordeur@kce.fgov.be