

# Approche du dépistage des infections transmissibles sexuellement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Patrick O'Byrne NP PhD FAAN Paul MacPherson MD PhD FRCPC Lauren Orser RN MScN

## Résumé

**Objectif** Présenter un guide à l'intention des professionnels des soins primaires sur le dépistage approprié des infections transmissibles sexuellement (ITS) chez des patients qui s'identifient comme des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

**Sources de l'information** Les lignes directrices canadiennes sur le dépistage des ITS et des infections entériques et par des protozoaires; les lignes directrices ontariennes sur le dépistage du VIH et du mpox; et les lignes directrices américaines sur le dépistage des ITS.

**Message principal** Dans toutes les régions du Canada, les taux des infections bactériennes, entériques, par protozoaires et systémiques, y compris le VIH et la mpox, qui sont transmissibles sexuellement, ont augmenté de manière constante chez les HSH cisgenres et transgenres. Même si elles présentent souvent des tableaux cliniques semblables, ces infections ont diverses périodes d'incubation et requièrent des méthodes de dépistage différentes, et leur présence doit être effectivement exclue afin d'orienter le diagnostic et le traitement chez des patients qui s'identifient comme des HSH et ont des symptômes de divers problèmes de santé. Par ailleurs, les renseignements et les recommandations cliniques se trouvent souvent dans de multiples lignes directrices plutôt que dans une seule source, ce qui complique encore davantage ces rencontres cliniques. Ce document fournit une consolidation des données probantes et des recommandations sur le dépistage des ITS chez les HSH.

**Conclusion** Les approches de dépistage des ITS devraient être rigoureuses, et fondées sur les facteurs de risque signalés par le patient et sur la présentation clinique. Lorsqu'un risque d'ITS est cerné, mais que les résultats des analyses en laboratoire sont négatifs, il faudrait aussi expliquer aux HSH les recommandations entourant la répétition des tests, de même que les services de prévention du VIH, comme la prophylaxie préexposition.

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) sont une importante préoccupation de santé publique au Canada. Les mesures primaires et secondaires de prévention des ITS sont essentielles pour aider à réduire l'incidence et la prévalence des ITS, et les médecins de familles et d'autres professionnels des soins primaires ont un rôle central à jouer dans la prestation de tels soins<sup>1</sup>. Parmi les groupes de patients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sont touchés par des taux disproportionnellement élevés d'ITS<sup>2</sup>. En tant que cliniciens qui se spécialisent dans les ITS et les autres maladies infectieuses et qui dispensent des services à des HSH, nous avons été témoins de la complexité grandissante des diagnostics d'ITS dans cette population, de même que des complications qui peuvent survenir lorsque

## Points de repère du rédacteur

- ▶ Les infections transmissibles sexuellement (ITS) deviennent de plus en plus difficiles à différencier en se fondant sur le tableau clinique, ce qui peut entraîner les éventuelles séquelles d'une infection, ou d'un diagnostic passé inaperçu ou retardé, chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- ▶ Les médecins de famille et d'autres professionnels des soins primaires offrent des services essentiels pour le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des ITS. Par conséquent, ils devraient être au courant des diverses présentations cliniques et des approches de dépistage accessibles, pour exclure ou confirmer des diagnostics potentiels d'ITS chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- ▶ Dans le contexte de la prise en charge des ITS, les médecins de famille devraient aussi connaître les recommandations sur la prévention des ITS, y compris la répétition des tests et la prophylaxie préexposition au VIH.

les infections passent inaperçues et que le traitement est retardé. Dans cet article, nous présentons un aperçu de diverses présentations cliniques et périodes d'incubation des ITS courantes, y compris le VIH, dont on sait qu'elles affectent les HSH.

## Description du cas

Un homme de 34 ans demande de passer des tests de dépistage des ITS. Il signale qu'il a une légère diarrhée depuis 5 jours, accompagnée de crampes et d'une sensation d'évacuation incomplète. Il a observé un peu de sang lorsqu'il s'essuyait. Ces symptômes ont commencé 2 jours après son plus récent contact sexuel, qui s'est produit lors d'une visite à Ottawa (Ontario). Le patient ajoute qu'il se sent fébrile depuis quelques jours. Autrement, les autres bilans systémiques sont normaux, et le patient n'a pas d'antécédents médicaux pertinents.

Le contact sexuel le plus récent du patient était avec un homme qui avait révélé être séropositif au VIH, mais sans charge virale détectable. Le patient ne sait rien d'autre à propos de ce partenaire. Durant cette rencontre, il y a eu un contact sexuel oral, notamment oral-génital et oral-anal (rapport actif et réceptif) et sexuel anal réceptif. Ils n'ont pas utilisé de condom. Le patient indique que son avant-dernier contact sexuel avec un homme différent s'était produit 10 jours avant l'apparition des symptômes sous forme de sexe anal réceptif.

À l'examen, la marge de l'anus du patient est érythémateuse. Il n'y a pas de lésions, d'écoulements, de sang, de papules, de pustules, d'ulcères ou de chancres. L'examen rectal digital ne révèle pas de masses, de sensibilité ou de sang. Les constatations à l'examen de la peau, de l'oropharynx, des ganglions lymphatiques cervicaux, des organes génitaux et des ganglions lymphatiques inguinaux sont sans particularités. Le patient a une proctocolite qui justifie le dépistage d'infections, comme il est indiqué dans le **Tableau 1** pour déterminer la cause de ses symptômes<sup>1,3-8</sup>.

## Sources de l'information

Nous avons passé en revue les lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada<sup>1,8</sup>, des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis<sup>3</sup>, du ministère de la Santé de l'Ontario<sup>4</sup>, de Santé Canada<sup>5,6</sup> et de Santé publique Ontario<sup>7,9</sup>.

## Message principal

**Dépistage de la gonorrhée et de la chlamydia.** Entre 2011 et 2019, les taux de gonorrhée et des infections à chlamydia au Canada ont connu une hausse de 171 % et de 26 % respectivement<sup>10</sup>, suivie par une baisse, en 2020, probablement en raison d'un moins grand nombre de dépistages durant la pandémie de la COVID-19<sup>10</sup>, plutôt que d'une diminution de la transmission. Lors d'un

dépistage de la gonorrhée et de la chlamydia, il faut se rappeler que la plupart des infections sont situées dans le pharynx et le rectum. Dans une étude effectuée à Ottawa, on a constaté que 70 % des cas de gonorrhée et 65 % des cas d'infections à chlamydia étaient exclusivement extragénitaux<sup>11</sup>. Si les cliniciens ne prescrivent qu'une analyse d'urine, il s'ensuivra que 3 cas de gonorrhée seront dépistés, mais que 7 cas passeront inaperçus<sup>11</sup>.

Le dépistage de la gonorrhée et de la chlamydia devrait se faire au moyen d'un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), qui exclut ces infections si les résultats sont négatifs. Chez les HSH cisgenres, l'analyse de spécimens de la première miction est recommandée<sup>9</sup>. Chez les HSH transgenres ayant des organes génitaux internes (p. ex. vagin, néovagin, trou devant), l'analyse d'urine n'est pas inférieure à la collecte de prélèvements, par l'intéressé ou par un clinicien<sup>9</sup>. S'ils sont symptomatiques, les HSH devraient subir un examen physique, et les spécimens devraient être prélevés par le clinicien. Les prélèvements aux sites extragénitaux (pharynx et rectum) sont indiqués chez tous les HSH<sup>1,3,9</sup>. Si on leur donne les instructions appropriées, les patients peuvent procéder eux-mêmes aux prélèvements pharyngiens et rectaux, et la sensibilité des résultats est équivalente à celle obtenue avec des spécimens prélevés par un clinicien<sup>12</sup>. Les spécimens rectaux qui révèlent la présence de la bactérie chlamydia devraient aussi faire l'objet d'un test d'amplification en chaîne de la polymérase (PCR) pour exclure les cas de lymphogranulomatose vénérienne. Le sous-typage de la chlamydia devrait aussi être effectué si les patients présentent des symptômes évocateurs<sup>1</sup>, y compris des ulcérations génitales ou des bubons inguinaux. Les patients dont les prélèvements analysés par PCR révèlent la présence de gonorrhée devraient être rappelés pour un nouveau test par culture, qui peut être fait au moment du traitement. En raison des taux à la hausse de gonorrhée résistante aux médicaments observés internationalement<sup>13</sup>, il est prudent de recueillir des spécimens aux fins de culture et d'obtenir des données sur la sensibilité antimicrobienne. Les patients traités devraient revenir après 4 à 7 jours pour un autre test par culture, pour confirmer la guérison. Les CDC américains suggèrent de dépister la gonorrhée et la chlamydia chez les HSH tous les 3 à 6 mois<sup>3</sup>.

**Dépistage de la syphilis.** Entre 2011 et 2019, l'incidence de la syphilis infectieuse a augmenté de 389 % au Canada, et ces hausses se sont poursuivies durant la pandémie de la COVID-19 malgré le moins grand nombre de dépistages<sup>10</sup>. De manière constante, les nouveaux diagnostics étaient posés chez des hommes gais, bisexuels et d'autres HSH, bien qu'au cours des dernières années, les taux aient augmenté chez ceux qui s'identifient comme des hommes et des femmes hétérosexuels, d'où des hausses correspondantes recensées dans les infections congénitales<sup>14</sup>.

**Tableau 1. Éléments à prendre en compte dans les diagnostics différentiels du patient décrits dans la présentation du cas**

INFECTION	SYMPTÔMES, PÉRIODE D'INCUBATION ET MODE DE TRANSMISSION
Gonorrhée <sup>1,3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle peut infecter toute membrane muqueuse, y compris du tractus génital, du pharynx et du rectum</li> <li>• L'urétrite peut être asymptomatique, mais elle se présente habituellement avec une dysurie et un écoulement purulent</li> <li>• Le pharynx peut servir de réservoir et est typiquement asymptomatique; la gonorrhée cause rarement une pharyngite</li> <li>• Les infections rectales peuvent être asymptomatiques, mais peuvent causer une inflammation localisée avec ténésmes, de même qu'un inconfort et un écoulement au rectum; un léger saignement est possible</li> <li>• Période d'incubation : 2–7 jours (fourchette : 1–14 jours)</li> <li>• Transmission : contact direct avec un exsudat infectieux</li> </ul>
Chlamydia <sup>1,3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle peut infecter toute membrane muqueuse, y compris du tractus génital, du pharynx et du rectum</li> <li>• L'urétrite peut être asymptomatique, mais elle se présente habituellement avec une dysurie et un écoulement mucoïde clair</li> <li>• Le pharynx peut servir de réservoir et est presque toujours asymptomatique</li> <li>• Les infections rectales sont souvent asymptomatiques, mais peuvent causer une inflammation localisée, de même qu'un inconfort et un écoulement au rectum</li> <li>• Le sérotype L (lymphogranulomatose vénérienne) peut causer des symptômes rectaux prononcés, y compris de la douleur, des ténésmes, des saignements et un écoulement important; il peut aussi y avoir des douleurs au bas de l'abdomen et du dos en raison de l'inflammation des ganglions lymphatiques pelviens</li> <li>• Période d'incubation : 5–14 jours (fourchette : 1–6 semaines)</li> <li>• Transmission : contact direct avec un exsudat infectieux</li> </ul>
Syphilis <sup>1,3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle peut causer initialement un chancre (un ulcère superficiel, durci et habituellement indolore); il peut y avoir de l'œdème autour des chancres; une douleur est possible</li> <li>• Les chancres apparaissent au site du contact sexuel et de l'inoculation : pénis, scrotum, lèvres, cavité buccale, région périanale ou rectum</li> <li>• Les chancres rectaux pourraient être difficiles à voir, mais pourraient correspondre à un léger saignement rectal et à des ténésmes</li> <li>• Période d'incubation : 3 semaines (fourchette : 3–90 jours)</li> <li>• Transmission : contact direct avec des lésions infectieuses</li> </ul>
Virus de l'herpès simplex <sup>1,3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il cause des cloques douloureuses et localisées qui se rompent, laissant des ulcères très sensibles, un érythème tout autour et possiblement de l'œdème</li> <li>• Les premiers épisodes d'apparition de l'herpès simplex peuvent causer de la fièvre</li> <li>• Il se manifeste habituellement sur le pénis, le scrotum, le haut des cuisses et la région périanale</li> <li>• Les lésions rectales seront difficiles à voir, mais elles peuvent causer des ténésmes, des saignements et de la diarrhée</li> <li>• Période d'incubation : 6–8 jours (fourchette : 1–26 jours)</li> <li>• Transmission : contact direct avec des lésions infectieuses</li> </ul>
VIH <sup>1,3,4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'infection aiguë au VIH cause souvent des symptômes semblables à ceux de la mononucléose</li> <li>• Les symptômes de la séroconversion peuvent inclure de la fièvre, des frissons, l'enflure des ganglions lymphatiques, des douleurs abdominales, un mal de gorge, de la diarrhée et des éruptions cutanées</li> <li>• Période d'incubation : 2–6 semaines</li> <li>• Transmission : contact direct avec des liquides corporels infectieux</li> </ul>
Mpox <sup>5</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les symptômes peuvent varier de grappes localisées de lésions ulcérées durcies à des grappes réparties de manière diffuse, qui peuvent être douloureuses</li> <li>• Les lésions rectales de la mpox peuvent causer de la douleur, un écoulement et des saignements au rectum; la fièvre est courante dans une infection à la mpox, de même qu'une lymphadénopathie</li> <li>• Période d'incubation : 3–21 jours</li> <li>• Transmission : contact direct avec des lésions, des surfaces muqueuses ou des vecteurs passifs infectieux</li> </ul>
Shigellose (infection entérique <sup>6,7</sup> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle cause une infection dans le côlon rectosigmoïde, entraînant de la fièvre, des crampes abdominales et une diarrhée mucoïde sanguinolente</li> <li>• Période d'incubation : 2 jours (fourchette : 1–7 jours)</li> <li>• Transmission : contact oral-anal et oral-périnéal</li> </ul>
<i>Escherichia coli</i> , campylobactériose, salmonellose ou yersiniose (infections entériques) <sup>7,8</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des infections impossibles à distinguer sur le plan clinique qui causent divers degrés de douleurs abdominales, de diarrhée (avec ou sans présence de sang ou de mucus) et, possiblement, de la fièvre</li> <li>• Périodes d'incubation : varient de 1–7 jours</li> <li>• Transmission : contact oral-anal et oral-périnéal</li> </ul>
Cryptosporidiose, cyclosporoze ou giardase (infections par protozoaires) <sup>7,8</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée, anorexie, crampes abdominales, ballonnements et malaise</li> <li>• Période d'incubation : 7–14 jours</li> <li>• Transmission : contact oral-anal et oral-périnéal</li> </ul>

Le dépistage est principalement effectué par analyses sanguines. Les patients porteurs d'un chancre peuvent se présenter avant la séroconversion et recevoir des résultats de tests sanguins négatifs (la sensibilité est de 75 % au stade primaire)<sup>15</sup>. Dans de tels cas, le dépistage devrait être répété après 2 à 4 semaines pour exclure l'infection. S'il y a suspicion clinique d'une syphilis, un traitement empirique au moyen de 2,4 millions d'unités de pénicilline G benthazine par voie intramusculaire ne devrait pas être retardé jusqu'à l'obtention des résultats; on peut prescrire aux patients allergiques aux  $\beta$ -lactamines des comprimés de 100 mg de doxycycline par voie orale, pris 2 fois par jour pendant 14 jours<sup>1</sup>. Les patients qui ont une syphilis secondaire (symptômes systémiques comme une éruption cutanée, une lymphadénopathie et de la fièvre) auront des résultats de test positifs dès le départ. Les cliniciens ne devraient pas oublier qu'une fois qu'un patient a reçu des résultats de test positifs, ces résultats du dépistage de la syphilis demeurent positifs à vie. Par conséquent, la sérologie cerner les infections antérieures. Les nouvelles infections et la réponse au traitement se fondent sur le titre des anticorps à la suite d'un test rapide de la réagine plasmatique<sup>1,3,15</sup>. Les personnes qui sont des contacts de celle qui vient de recevoir un diagnostic de syphilis infectieuse devraient recevoir dans l'immédiat un traitement empirique et subir un test sérologique (quel que soit le temps écoulé depuis leurs contacts sexuels), test qui est repris 4 semaines après le contact en cause si les résultats sont négatifs<sup>1,3,15</sup>. Même s'il n'est pas systématiquement accessible, le dépistage de la syphilis implique une analyse des spécimens de lésions (p. ex. immunofluorescence directe, PCR), qui peut cerner certaines infections primaires avant la séroconversion<sup>1,3</sup>, mais ces techniques ne peuvent être utilisées que si des lésions sont présentes<sup>3,15</sup>. L'interprétation des résultats du dépistage de la syphilis peut être facilitée en consultant une publication par 2 des auteurs de cet article (P.O.B. et P.M.) dans le *BMJ*<sup>15</sup>. Même si aucune donnée probante précise n'étaye les recommandations sur le dépistage, les lignes directrices canadiennes conseillent aux HSH qui sont actifs sur le plan sexuel avec plus de 1 partenaire de subir un dépistage de la syphilis tous les 3 à 6 mois<sup>1,3</sup>.

**Dépistage du virus de l'herpès simplex (HSV).** Le virus de l'herpès simplex, bien qu'il soit souvent transmis sexuellement, n'est pas une infection à signalement obligatoire dans toutes les provinces et les territoires<sup>1</sup> et, par conséquent, les données sur son incidence et sa prévalence ne sont pas disponibles. À l'aide de données de 2009 à 2011, des chercheurs ont estimé la prévalence du HSV chez les adultes canadiens comme étant de 13,6 %<sup>16</sup>.

Les tests de dépistage du HSV sont utilisés pour confirmer ou exclure un diagnostic chez des patients

porteurs de lésions anogénitales évocatrices. Le plus souvent, le HSV est identifié par un TAAN ou une culture virale<sup>1,3</sup>. Un prélèvement devrait être fait sur une lésion active (cloques ou ulcères débridés). La sensibilité du test par culture varie selon la durée de l'infection et le genre de lésions échantillonnées, allant de 94 % pour les cloques à 87 % pour les lésions pustuleuses et à 70 % pour les ulcères<sup>1</sup>. Il est moins probable que les prélèvements sur des lésions en guérison ou sèches produisent des résultats positifs. On utilise de plus en plus le TAAN pour le diagnostic, et sa sensibilité et sa spécificité se situent à 100 %<sup>1</sup>. Les analyses sanguines ne jouent aucun rôle dans le diagnostic du HSV.

**Dépistage du VIH.** Le taux de diagnostics du VIH au Canada est demeuré assez stable entre 2011 et 2020, et les HSH continuent de représenter près de la moitié des infections incidentes<sup>17</sup>. Dans le cas des HSH, ceux qui ont des facteurs de risque continus d'acquérir le VIH devraient se voir offrir une prophylaxie préexposition (PPRE) (**Tableau 2**)<sup>18</sup>. Dans une étude effectuée au Kenya et en Ouganda portant sur des couples homme et femme sérodiscordants sur le plan du VIH, l'offre d'une PPRE aux partenaires non infectés était corrélée à une réduction de 96 % de l'incidence du VIH<sup>19</sup>; les données probantes cumulatives indiquent que cette réduction pourrait être supérieure à 99 %. Une étude réalisée à Ottawa fait valoir que le recours à la PPRE pourrait aider à freiner le nombre et le taux de nouveaux diagnostics à l'échelle de la population<sup>20</sup>.

Chez les patients qui consultent après une exposition connue ou possible au VIH, le dépistage devrait être fait au moment de la visite et répété 3 semaines et 6 semaines après l'exposition<sup>4</sup>. Ceux qui consultent dans les 72 heures suivant l'exposition devraient être dirigés vers un département d'urgence local pour envisager la possibilité d'une prophylaxie postexposition (PPE). Le test de quatrième génération qui détecte l'antigène et les anticorps peut confirmer les nouvelles infections aussi rapidement qu'après 17 jours suivant l'acquisition et exclure une infection après 6 semaines<sup>4</sup>. Les tests de détection des anticorps de troisième génération, y compris les tests au point de service, ont une période fenêtre de 12 semaines<sup>4</sup>. Les patients qui présentent des symptômes de séroconversion (p. ex. semblables à la mononucléose) ou une infection chronique (p. ex. perte pondérale chronique, lymphadénopathie non douloureuse persistante, muguet récurrent) devraient aussi subir un dépistage<sup>1,3,4</sup>. Les lignes directrices ontariennes recommandent un dépistage annuel pour les HSH, même s'ils signalent utiliser constamment des mesures de réduction des risques, parce que des échecs dans la protection peuvent se produire<sup>4</sup>. Un test de dépistage du VIH est recommandé tous les 3 mois pour les HSH qui signalent des rapports sexuels sans condom récurrents avec plus de 1 partenaire.

**Tableau 2. Recommandations sur la prophylaxie préexposition au VIH**

ÉTAPE	APPROCHE
Évaluations de référence	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamnèse et examen : signes et symptômes de séroconversion au VIH et usage de médicaments</li> <li>Analyses sanguines : VIH, syphilis, virus de l'hépatite B (et virus de l'hépatite C, si indiqué), et taux de <math>\beta</math>-hCG (si indiqué), taux de créatinine</li> <li>TAAN de l'urine : gonorrhée, chlamydia</li> <li>TAAN extragénital : oropharynx, rectum</li> </ul>
Évaluations à 1 mois	Dépistage du VIH, taux de créatinine
Prescription initiale <sup>18</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>200 mg d'emtricitabine et 300 mg de furamate de ténofovir disoproxil par jour pris par voie orale pendant 30 jours (pour les hommes, les femmes et les personnes transgenres)</li> <li>Ou :</li> <li>200 mg d'emtricitabine et 25 mg de furamate de ténofovir disoproxil par jour pris par voie orale pendant 30 jours (pour les HSH seulement)</li> </ul>
Surveillance tous les 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamnèse et examen : signes et symptômes de séroconversion au VIH et usage de médicaments</li> <li>Analyses sanguines : VIH, syphilis, taux de créatinine</li> <li>TAAN de l'urine : gonorrhée, chlamydia</li> <li>TAAN extragénital : oropharynx, rectum</li> </ul>
Prescription sur une base continue <sup>18</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>200 mg d'emtricitabine et 300 mg de furamate de ténofovir disoproxil par jour pris par voie orale pendant 90 jours (pour les hommes, les femmes et les personnes transgenres)</li> <li>Ou :</li> <li>200 mg d'emtricitabine et 25 mg de furamate de ténofovir disoproxil par jour pris par voie orale pendant 90 jours (pour les HSH seulement)</li> </ul>

hCG—gonadotrophine chorionique humaine, HSH—hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, TAAN—test d'amplification des acides nucléiques.

En 2020, Santé Canada a approuvé l'autotest du VIH<sup>21</sup>. On peut se procurer des autotests auprès du fabricant ou d'une pharmacie, et en obtenir gratuitement auprès de GetaKit (<https://getakit.ca/fr>), un projet dirigé par 2 des auteurs de cet article (P.O.B. et L.O.), à l'Université d'Ottawa, qui offre de tels autotests aux personnes présentant des facteurs de risque dans toutes les régions de l'Ontario<sup>22</sup>. En 2023, Santé Canada a approuvé un test de dépistage combiné de la syphilis et du VIH au point de service, dont la sensibilité se situe à 76,7 % et la spécificité à 99,8 % dans l'ensemble<sup>23-25</sup>. La sensibilité de ce dispositif au point de service pour la syphilis baisse à 28,4 % chez les personnes dont les résultats d'un test rapide de la réagine plasmatique sont non réactifs, ce qui signifie que ce test ne peut pas exclure des infections précoces ou tardives<sup>25</sup>. De plus, ce test n'est qu'un dépistage et ne peut pas être utilisé chez des personnes qui ont eu des infections antérieures par la syphilis, parce que ces anticorps persistent après une première infection. Ce test peut être utile dans les milieux de proximité ou si le suivi est difficile, mais les limites du rendement de ce dispositif atténuent son utilité en milieux cliniques et pourraient donner un faux sentiment de sécurité à des personnes à risque plus élevé. Les tests sérologiques devraient toujours être utilisés de concert avec ce dispositif au point de service.

**Dépistage de la mpox.** En mai 2022, une flambée mondiale de la mpox s'est produite, et plus de 1500 diagnostics ont été posés au Canada depuis; 1255 (83 %) de ces infections ont été signalées en Ontario et au Québec<sup>26</sup>. Presque tous les cas impliquaient des HSH

et, de manière singulière, cette flambée était liée à une transmission sexuelle<sup>5,26</sup>.

Chez les patients porteurs d'une éruption ou de lésions cutanées, un prélèvement direct de ces lésions, du liquide qu'elles contiennent ou d'autres matières (croûte, gale) est recommandé<sup>27</sup>. Compte tenu de la forte concentration virale dans ces spécimens et de la sensibilité d'environ 90 % du test<sup>27</sup>, d'autres méthodes de dépistage de la mpox ne sont pas indiquées en présence de lésions. Pour les lésions dans la cavité buccale, la gorge ou le rectum, des prélèvements dans le nasopharynx et le rectum sont recommandés. Pour les patients chez qui une mpox est soupçonnée (p. ex. contacts, symptômes avant-coureurs) sans que les lésions soient évidentes, et pour les patients chez qui il est impossible d'obtenir des spécimens appropriés des lésions cutanées, un prélèvement nasopharyngé ou de la gorge et une analyse sanguine sont recommandés<sup>27</sup>. Même si ces tests ont une sensibilité moins grande que celle des prélèvements des lésions (p. ex. 60 à 70 % pour le test nasopharyngé, 40 à 50 % pour le test sanguin)<sup>27</sup>, ils peuvent aider à identifier les patients ayant une infection asymptomatique de la mpox.

**Dépistage des bactéries entériques et des protozoaires.** Des flambées d'infections à la *Shigella* (shigellose) ont été rapportées chez des HSH, et environ 50 % des bactéries isolées avaient une résistance aux antibiotiques, et un nombre croissant d'entre elles étaient considérablement résistantes aux traitements<sup>28,29</sup>. Si les antibiotiques peuvent réduire la durée et la sévérité des symptômes, la shigellose se résorbe habituellement sans traitement

en 5 à 7 jours<sup>6,28,29</sup>. Les antibiotiques sont habituellement recommandés seulement pour les formes graves de la maladie, y compris la bactériémie. La principale méthode de dépistage de la *Shigella* et des autres bactéries entériques (**Tableau 1**)<sup>1,3-8</sup> est la culture des selles à partir de spécimens prélevés par le patient<sup>29</sup>. On remet aux patients un flacon contenant un médium de transport des selles et on leur explique d'ajouter des selles fraîches dans la fiole. Un test de résistance aux antibiotiques est effectué sur les spécimens qui ont reçu des résultats positifs<sup>28</sup>, et il est important d'assurer une couverture thérapeutique adéquate si un traitement est indiqué.

Les espèces *Giardia* sont des protozoaires entériques transmis par des aliments et de l'eau contaminés, et par contact anal-oral<sup>8,30</sup>. Au nombre des symptômes figurent la diarrhée avec stéatorrhée, des crampes et des ballonnements abdominaux, des flatulences, de la nausée et une sensation de malaise<sup>8,30</sup>. Les espèces *Cryptosporidium* peuvent causer de la diarrhée, d'éparse à abondante, accompagnée de nausée et de douleurs abdominales causées par des crampes<sup>8</sup>. Le dépistage des protozoaires intestinaux se fait par examen microscopique direct, quoique le TAAN devienne de plus en plus courant. Les patients reçoivent des flacons contenant un médium de transport des œufs et des parasites, et des instructions leur sont données d'ajouter des selles fraîches dans les contenants. Dans les milieux à faible prévalence, au moins 2 ou 3 échantillons devraient être prélevés<sup>31</sup>.

Pour toutes les infections entériques, les tests ne sont indiqués qu'en présence de symptômes.

## Résolution du cas

Les résultats des tests de laboratoire ont été reçus et confirment un diagnostic d'infection à chlamydia rectale, non de type lymphogranulomatose vénérienne, et de shigellose. Les résultats étaient négatifs dans le test de la gonorrhée rectale, de la chlamydie pharyngée et de la gonorrhée; dans la sérologie pour le VIH, la syphilis et la mpox; dans le PCR pour le HSV et la mpox rectale; et dans l'analyse des échantillons de selles pour les bactéries entériques et les protozoaires. Le patient a été traité pour une chlamydie rectale avec 100 mg de doxycycline 2 fois par jour pendant 7 jours, et il a reçu des conseils sur l'hydratation et la surveillance des symptômes de shigellose. Le patient a commencé une PPrE et on lui a conseillé de continuer la surveillance conformément aux lignes directrices<sup>18</sup>. On lui a aussi offert une PPE à la doxycycline, qui consiste en une seule dose de 200 mg, prise préférablement dans les 24 heures suivant le rapport sexuel, mais moins de 72 heures après; 2 études américaines<sup>32,33</sup> ont démontré que cette intervention réduisait le risque d'infection à chlamydia et de syphilis d'environ 70 %, et que ses effets sur la gonorrhée étaient variables, possiblement en raison des variations locales dans la résistance. Les CDC des

États-Unis recommandent une PPrE à la doxycycline pour les HSH qui ont reçu un diagnostic d'ITS au cours des 12 mois précédents<sup>34</sup>. Les **Tableaux 3 et 4** présentent un résumé des recommandations<sup>1,3-7,15,18,27,33</sup>.

## Conclusion

Au cours des dernières années, nous avons été témoins de progrès dans le traitement et la prévention du VIH. La prophylaxie préexposition, qui est efficace à plus de 99 % dans la prévention d'une infection par le VIH si elle est suivie comme prescrite<sup>35,36</sup>, a permis aux HSH d'explorer la sexualité sans le port d'un condom<sup>37</sup>. Par ailleurs, de ce fait, nous pouvons anticiper une augmentation d'autres ITS, y compris des proctites infectieuses. Les cliniciens devraient être à l'affût de signes et de symptômes compatibles, et garder à l'esprit les ITS récemment identifiées, de même que les infections plus courantes. Les cliniciens ne devraient pas oublier que de nombreuses ITS peuvent être asymptomatiques et qu'un dépistage sur tous les sites anatomiques (tractus génital, pharynx, rectum)<sup>11</sup> est recommandé tous les 3 à 6 mois chez les HSH qui sont sexuellement actifs avec plus de 1 partenaire<sup>1,3</sup>. Enfin, un traitement empirique devrait être offert aux HSH qui sont les contacts sexuels de personnes ayant reçu un diagnostic d'ITS et à ceux qui ont des manifestations cliniques compatibles, et il faudrait envisager une PPE à la doxycycline pour les HSH qui ont un diagnostic d'ITS.

**Patrick O'Byrne** est infirmier praticien et professeur à l'École des sciences infirmières de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa (Ontario). Le **D<sup>r</sup> Paul MacPherson** est infectiologue à Ottawa, professeur agrégé et directeur de la recherche clinique en santé des hommes gais au Département de médecine de l'Université d'Ottawa. **Lauren Orser** est infirmière autorisée et candidate au doctorat à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

### Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à la revue et à l'interprétation de la littérature scientifique, ainsi qu'à la préparation du manuscrit aux fins de soumission.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Correspondance

**D<sup>r</sup> Patrick O'Byrne**; courriel [pjobyrne@uottawa.ca](mailto:pjobyrne@uottawa.ca)

### Références

- Agence de la santé publique du Canada. *Infections transmissibles sexuellement et par le sang : Guides à l'intention des professionnels de la santé*. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2023. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes.html>. Réf. du 9 août 2023.
- Guadamuz TE, Friedman MS, Marshal MP, Herrick AL, Lim SH, Wei C et coll. Health, sexual health, and syndemics: toward a better approach to STI and HIV preventive interventions for men who have sex with men (MSM) in the United States. Dans : Aral So, Fenton KA, Lipshutz JA, rédacteurs. *The new public health and STD/HIV prevention*. New York, NY: Springer; 2013. p. 251-72.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I et coll. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* 2021;70(4):1-187.
- Lignes directrices ontariennes à l'intention des prestataires de soins qui offrent le dépistage du VIH. Toronto, ON: Réseau ontarien de traitement du VIH, ministère de la Santé de l'Ontario; 2023. Accessible à : <https://hivtestingontario.ca/wp-content/uploads/2023/03/Ontario-HIV-Testing-Guidelines-for-Providers-FR.pdf>. Réf. du 9 août 2023.
- Santé Canada. *Mpox (variole simienne) : pour les professionnels de la santé*. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2023. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/mpox/professionnels-sante.html>. Réf. du 9 août 2023.
- Santé Canada. *Pour les professionnels de la santé : Shigellose (Shigella)*. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2020. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/shigella/professionnels-sante.html>. Réf. du 16 août 2023.

**Tableau 3. Comment et quand dépister des infections sexuellement transmissibles chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes?**

INFECTION	MÉTHODE DE DÉPISTAGE	MOMENT DU DÉPISTAGE	CONSIDÉRATIONS
Gonorrhée ou chlamydia <sup>1,3</sup>	• Première miction	Moment présent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilité : 97 %–100 %</li> <li>• Utiliser le TAAAN</li> <li>• Sensibilité : 96 %–100 %</li> <li>• Le test peut être fait immédiatement après l'exposition</li> </ul>
	• Prélèvements : -Pharynx -Organes génitaux internes, trous devant, néovagins -Rectum	Moment présent	
Syphilis <sup>1,3,15</sup>	• Sérologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moment présent</li> <li>• ≥4 semaines après une potentielle exposition</li> <li>• Répéter tous les 3 mois si le risque est constant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TIE, avec ou sans RRP et TP-PA</li> <li>• Sensibilité : -75 % pour une infection primaire -98–100 % pour une infection secondaire</li> </ul>
	• IFD ou test PCR	Au moment présent s'il y a des lésions	
Virus de l'herpès simplex <sup>1,3</sup>	Prélèvements	Moment présent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilité : -94 % pour les cloques -87 % pour les lésions pustuleuses -70 % pour les ulcères</li> <li>• La sensibilité diminue avec le temps écoulé entre l'apparition et la collecte du spécimen</li> </ul>
VIH <sup>1,4</sup>	Sérologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moment présent</li> <li>• ≥6 semaines après une potentielle exposition</li> <li>• Répéter tous les 3 mois si le risque est constant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage de l'antigène et des anticorps de quatrième génération</li> <li>• Sensibilité : 99,9 %</li> </ul>
Mpox <sup>5,27</sup>	• Prélèvements -Lésions -Pharynx -Rectum	Au moment présent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilité : -85–90 % pour les lésions -60–70 % pour le pharynx -40–50 % pour la sérologie</li> <li>• Les prélèvements dans le pharynx se font seulement s'il s'agit d'un contact asymptomatique ou si les lésions ne peuvent pas faire l'objet d'un prélèvement</li> </ul>
	• Sérologie	Au moment présent	
Bactéries entériques et protozoaires <sup>6,7</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culture pour des organismes entériques</li> <li>• Dépistage des œufs et des parasites de protozoaires</li> </ul>	Au moment présent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne dépister qu'en présence de symptômes</li> <li>• 2-3 spécimens pour le dépistage d'œufs et de parasite sont nécessaires dans les milieux à faible prévalence</li> </ul>

IFD—immunofluorescence directe, TIE—test immunoenzymatique, TAAAN—test d'amplification des acides nucléiques, PCR—test d'amplification en chaîne de la polymérase, RRP—test rapide de la réagine plasmatique, TP-PA—test d'immunoagglutination passive pour le *Treponema pallidum*.

**Tableau 4. Stratégies de prévention des infections (en plus du port du condom) chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes**

INFECTION	STRATÉGIES DE PRÉVENTION
Gonorrhée ou chlamydia <sup>3,33</sup>	PPE à la doxycycline
Syphilis <sup>3,33</sup>	PPE à la doxycycline
Virus de l'herpès simplex <sup>1</sup>	Thérapie suppressive chez les personnes ayant une infection diagnostiquée et >6 épisodes par année
VIH <sup>18</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPrE</li> <li>• PPE (doit idéalement être amorcée dans les 24 heures suivant l'exposition et à un maximum de 72 heures après l'exposition)</li> </ul>
Mpox <sup>5</sup>	Vaccination
Bactéries entériques et protozoaires <sup>6,7</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dignes dentaires</li> <li>• Hygiène des mains</li> </ul>

PPE—prophylaxie postexposition, PPrE—prophylaxie préexposition.

7. Santé publique Ontario. *Maladies entériques et d'origine alimentaire*. Toronto, ON: Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé; 2019. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/diseases-and-conditions/infectious-diseases/enteric-foodborne-diseases>. Réf. du 9 août 2023.
8. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013 – Les infections transmises par les aliments ou l'eau*. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2013. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/rapport-administrateur-chef-sante-publique-etat-sante-publique-canada-2013-maladies-infectieuses-menace-perpetuelle/les-infections-transmises-par-les-aliments-ou-eau-des-menaces-invisibles.html>. Réf. du 9 août 2023.
9. Santé publique Ontario. *Labstrat: Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae–nucleic acid amplification testing*. Toronto, ON: gouvernement de l'Ontario; 2022. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/Lab/lab-sd-005-chlamydia-gonorrhoeae-sensitivity-specificity.pdf>. Réf. du 9 août 2023.
10. Agence de la santé publique du Canada. *Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada: 2020 (infographie)*. Ottawa, ON: gouvernement of Canada; 2023. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/chlamydia-gonorrhoe-syphilis-infectieuse-canada-2020-infographie.html>. Réf. du 9 août 2023.
11. Friedman DS, O'Byrne P. Extragenital testing increases case detection of gonorrhoea and chlamydia: the impact of implementing nucleic acid amplification testing. *Can Commun Dis Rep* 2020;46(9):285-91.
12. Orser L, Tran V, O'Byrne P, Kroch A, Bonnetsmueller M, Hasso M et coll. Testing for extragenital *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis*: at-home pharyngeal and rectal self-swabs are non-inferior to those completed in healthcare settings. *PLoS One* 2024;19(5):e0302785.
13. Bodie M, Gale-Rowe M, Alexandre S, Auguste U, Tomas K, Martin I. Addressing the rising rates of gonorrhoea and drug-resistant gonorrhoea: there is no time like the present. *Can Commun Dis Rep* 2019;45(2-3):54-62.
14. Aho J, Lybeck C, Tetteh A, Issa C, Kouyoumdjian F, Wong J et coll. Rising syphilis rates in Canada, 2011-2020. *Can Commun Dis Rep* 2022;48(2-3):52-60.
15. O'Byrne P, MacPherson P. Syphilis. *BMJ* 2019;365:14159. Erratum dans : *BMJ* 2019;366:14746.
16. Rotermann M, Langlois KA, Severini A, Totten S. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* and herpes simplex virus type 2: results from the 2009 to 2011 Canadian Health Measures Survey. *Health Rep* 2013;24(4):10-5.
17. Agence de la santé publique du Canada. *Le VIH au Canada, Rapport de Surveillance en date du 31 décembre 2020*. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2023. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-canada-rapport-surveillance-date-31-decembre-2020.html>. Réf. du 9 août 2023.
18. Tan DHS, Hull MW, Yoong D, Tremblay C, O'Byrne P, Thomas R et coll. Canadian guideline on HIV pre-exposure prophylaxis and nonoccupational postexposure prophylaxis. *CMAJ* 2017;189(47):E1448-58. Erratum dans : *CMAJ* 2018;190(25):E782.
19. Baeten JM, Heffron R, Kidoguchi L, Mugo NR, Katabira E, Bukusi EA et coll. Integrated delivery of antiretroviral treatment and pre-exposure prophylaxis to HIV-1-serodiscordant couples: a prospective implementation study in Kenya and Uganda. *PLoS Med* 2016;13(8):e1002099.
20. Kroch A, O'Byrne P, Orser L, MacPherson P, O'Brien K, Light L et coll. Increased PrEP uptake and PrEP-RN coincide with decreased HIV diagnoses in men who have sex with men in Ottawa, Canada. *Can Commun Dis Rep* 2023;49(6):274-81.
21. Bresge A. Canada approves first HIV self-test in long-awaited move to reduce screening barriers. *Canadian Press* du 3 nov. 2020. Accessible à : <https://www.ctvnews.ca/health/canada-approves-first-hiv-self-test-in-long-awaited-move-to-reduce-screening-barriers-1.5172396>. Réf. du 17 juin 2024.
22. O'Byrne P, Musten A, Orser L, Inamdar G, Grayson MO, Jones C et coll. At-home HIV self-testing during COVID: implementing the Getakit project in Ottawa. *Can J Public Health* 2021;112(4):587-94. Publ. en ligne du 17 mai 2021.
23. *Biolytical Laboratories Inc. receives Health Canada authorization for its INSTI® Multiplex HIV-1/2 syphilis antibody test* [communiqué]. Richmond, C.-B.: Biolytical Laboratories; 2023. Accessible à : <https://biolytical.com/biolytical-laboratories-inc-receives-health-canada-authorization-for-its-insti-multiplex-hiv-1-2-syphilis-antibody-test/#:~:text=Richmond%2C%20B.C.%2C%20March%2027%2C,entry%20into%20the%20Canadian%20market>. Réf. du 17 juin 2024.
24. *Insti Multiplex: HIV-1/2 syphilis antibody test* [monographie du produit]. Richmond, C.-B.: Biolytical Laboratories; 2021. Accessible à : <https://www.insti.com/wp-content/uploads/2021/10/51-1143-L-IFU-Multiplex-INSTI-One-EN-11x25.5.pdf>. Réf. du 9 août 2023.
25. Singh AE, Ives N, Gratrix J, Vetland C, Ferron L, Crawford M et coll. Sensitivity and specificity of two investigational Point of care tests for Syphilis and HIV (PoSH study) for the diagnosis and treatment of infectious syphilis in Canada: a cross-sectional study. *Clin Microbiol Infect* 2023;29(7):940.e1-7. Publ. en ligne du 2 mars 2023.
26. *Mise à jour sur l'épidémiologie de mpxv (variole simienne)*. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2023. Accessible à : <https://sante-infobase.canada.ca/mpox/>. Réf. du 15 août 2023.
27. Santé publique Ontario. *Monkeypox virus*. Toronto, ON: gouvernement de l'Ontario; 2022. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/en/Laboratory-Services/Test-Information-Index/Monkeypox-Virus>. Réf. du 15 août 2023.
28. Santé publique Ontario. *Surveillance report: Shigella antimicrobial resistance*. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/S/2023/shigella-antimicrobial-resistance.pdf>. Réf. du 16 août 2023.
29. *Clinical overview of shigellosis*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2024. Accessible à : <https://www.cdc.gov/shigella/hcp/clinical-overview>. Réf. du 17 juin 2024.
30. Kucik CJ, Martin GL, Sortor BV. Common intestinal parasites. *Am Fam Physician* 2004;69(5):1161-8.
31. Branda JA, Lin TYD, Rosenberg ES, Halpern EF, Ferraro MJ. A rational approach to the stool ova and parasite examination. *Clin Infect Dis* 2006;42(7):972-8. Publ. en ligne du 27 févr. 2006.
32. Molina JM, Charreau I, Chidiac C, Pialoux G, Cua E, Delaugerre C et coll. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. *Lancet Infect Dis* 2018;18(3):308-17. Publ. en ligne du 8 déc. 2017.
33. Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC, Cohen S, Grabow C, Brown CE et coll. Postexposure doxycycline to prevent bacterially sexually transmitted infections. *N Engl J Med* 2023;388(14):1296-306.
34. Bachmann LH, Barbee LA, Chan P, Reno H, Workowski KA, Hoover K et coll. CDC clinical guidelines on the use of doxycycline postexposure prophylaxis for bacterial sexually transmitted infection prevention, United States, 2024. *MMWR Recomm Rep* 2024;73(2):1-8.
35. Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu A, Rivet Amico K, Mehrotra M et coll. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. *Lancet Infect Dis* 2014;14(9):820-9. Publ. en ligne du 22 juill. 2014.
36. Grulich AE, Guy R, Amin J, Jin F, Selvey C, Holden J et coll. Population-level effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW prospective cohort study. *Lancet HIV* 2018;5(11):e629-37. Publ. en ligne du 17 oct. 2018.
37. Razmjou S, Charest M, O'Byrne P, MacPherson P. Pre-exposure prophylaxis among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Ottawa: a real world view with benefits beyond HIV risk reduction. *Int J Sex Health* 2021;34(1):105-17.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2024;70:449-55 (ang), e89-96 (fr).

DOI: 10.46747/cfp.700708e89

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the July/August 2024 issue on page 449.