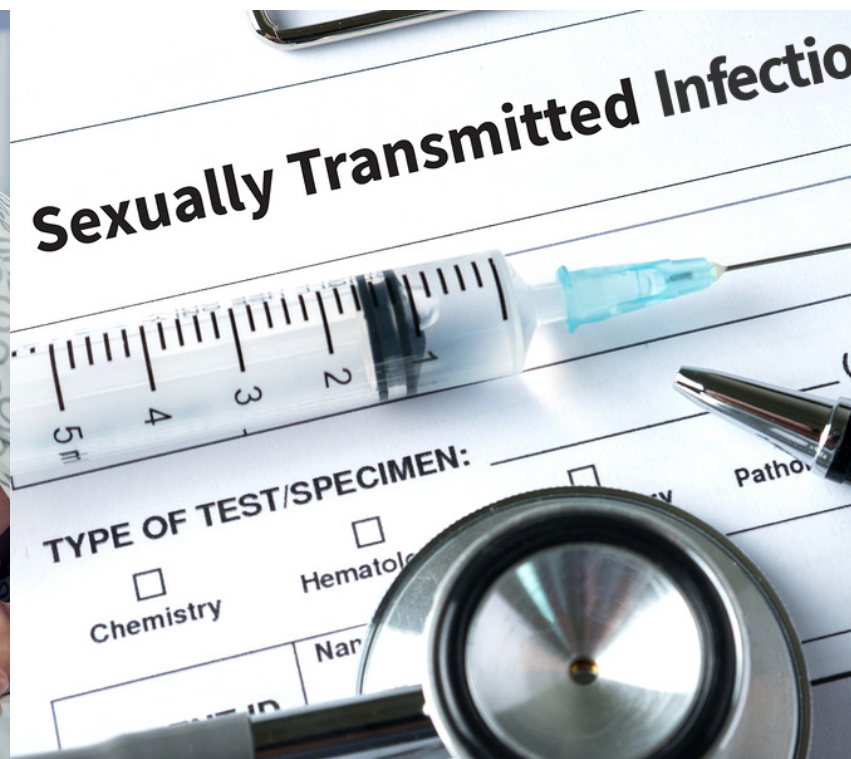


SYNTHÈSE

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE LA GONORRHÉE ET DE LA SYPHILIS



SYNTHÈSE

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE LA GONORRHÉE ET DE LA SYPHILIS

VICKY JESPERS, SABINE STORDEUR, ANJA DESOMER, SERENA CARVILLE, CLARE JONES, SEDINA LEWIS, MARK PERRY, SAM CORDYN, TINE CORNELISSEN, TANIA CRUCITTI, CELINE DANHIER, IRITH DE BAETSELIER, ANNE-SOPHIE DE CANNIÈRE, WOUTER DHAENZE, ELS DUFRAIMONT, CHRIS KENYON, AGNES LIBOIS, SAPHIA MOKRANE, ELIZAVETA PADALKO, SANDRA VAN DEN EYNDE, WIM VANDEN BERGHE, THIERRY VAN DER SCHUEREN, NICOLE DEKKER



■ PRÉFACE

Depuis le début du 21^e siècle, le nombre de nouveaux diagnostics d'infections sexuellement transmissibles ou IST augmente de façon préoccupante partout dans le monde, avec en tête du peloton la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis. Ces infections – qui restent souvent longtemps silencieuses – peuvent entraîner de graves complications, des problèmes d'infertilité et des fausses-couches. Elles peuvent être traitées par antibiotiques, mais les résistances croissantes les rendent de plus en plus difficiles à contrôler. C'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) insiste pour que chaque pays se dote de recommandations de bonne pratique, mette en place un monitoring de la résistance aux antibiotiques et prenne en compte les profils de résistance locaux lors de l'élaboration de ses directives thérapeutiques.

En 2019, le KCE a publié des recommandations destinées aux prestataires de première ligne pour le diagnostic et le traitement de la gonorrhée et de la syphilis (rapport KCE 310), complétées par un outil en ligne gratuit pour la prise en charge plus générale des IST dans les soins de première ligne (<https://www.sti.kce.be/fr/>). Des recommandations concernant la chlamydia ont par ailleurs été développées au sein d'Evikey, le réseau belge d'*Evidence-Based Practice* (EBP).

Depuis lors, la place de l'azithromycine – un antibiotique qui jouait jusqu'ici un rôle important dans le traitement de la gonorrhée – se trouve toutefois remise en cause, suite à la très forte progression de la résistance du gonocoque à cette molécule, que ce soit en Belgique ou ailleurs dans le monde.

En raison de cette résistance croissante, le KCE a décidé de mettre à jour la directive formulée en 2019, comme le préconise d'ailleurs aussi l'OMS. Dans ce cadre, un nouvel avis a été élaboré pour le traitement de la gonorrhée sur la base de données de littérature récentes, et en concertation avec des experts cliniques.

Vous trouverez dans le rapport que vous avez sous les yeux la version actualisée complète de cette directive, qui comprend le nouvel avis mais aussi les éléments antérieurs qui restent d'application. L'outil en ligne pour la prise en charge des IST en général (<https://www.sti.kce.be/fr/>) a également été adapté. Nous espérons ainsi pouvoir continuer à soutenir une prise en charge adaptée et efficiente des IST dans les soins de première ligne.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint

Marijke EYSEN
Directeur Général a.i.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	6
1.1	NÉCESSITÉ DE METTRE À JOUR CE GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE	6
1.2	CONTEXTE	6
1.3	SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES EN BELGIQUE	8
1.4	OBJECTIFS ET CHAMP D'APPLICATION DU GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE	8
2	MÉTHODOLOGIE	9
2.1	LE GROUPE DE DÉVELOPPEMENT DES GUIDELINES (<i>GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP</i>) ..	9
2.2	QUESTIONS DE RECHERCHE CLINIQUE	9
2.3	MÉTHODOLOGIE	10
2.4	REVUE EXTERNE PAR DES EXPERTS ET CONSULTATION DES PARTIES CONCERNÉES	11
2.5	VALIDATION FINALE	11
3	RECOMMANDATIONS CLINIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA GONORRHÉE	11
3.1	DIAGNOSTIC DE LA GONORRHÉE	11
3.1.1	Recommandations : Qui faut-il tester pour la gonorrhée	11
3.1.2	Recommandations : Quels tests diagnostiques pour la gonorrhée	13
3.1.3	Diagnostic de la gonorrhée : Avis de bonne pratique	16
3.2	TRAITEMENT DE LA GONORRHÉE	16
3.2.1	Recommandations : Informations et conseils au patient au sujet de la gonorrhée	16
3.2.2	Recommandations : Tests et surveillance de la résistance de la gonorrhée aux médicaments	17
3.2.3	Recommandations : Instauration d'un traitement de la gonorrhée	18
3.2.4	Quand faut-il orienter le patient vers la seconde ligne : Avis de bonne pratique	19



3.2.5	Recommandations : Traitement de la gonorrhée chez les femmes et les hommes, incluant les jeunes.....	19
3.2.6	Traitement de la gonorrhée : Avis de bonne pratique.....	20
3.2.7	Recommandations : Traitement de la gonorrhée chez les femmes enceintes.....	20
3.2.8	Traitement de la gonorrhée chez les femmes enceintes : Avis de bonne pratique.....	20
3.2.9	Traitement des patients allergiques aux céphalosporines : Avis de bonne pratique.....	21
3.2.10	Recommandations : Traitement des co-infections gonorrhée-chlamydia.....	21
3.3	TEST DE CONTRÔLE DE LA GUÉRISON ET FRÉQUENCE DES TESTS DE DÉPISTAGE DE LA GONORRHÉE	22
3.3.1	Recommandations : Quand effectuer un test de contrôle de la guérison.....	22
3.3.2	Recommandations : Fréquence des tests de dépistage de la gonorrhée	23
3.4	PAS DE DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE LA GONORRHÉE	23
4	RECOMMANDATIONS CLINIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA SYPHILIS.....	24
4.1	DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS	24
4.1.1	Recommandations : Qui faut-il tester pour la syphilis.....	24
4.1.2	Recommandations : Quel échantillon prélever pour le diagnostic de la syphilis	26
4.1.3	Recommandations : Quel test utiliser pour le diagnostic de la syphilis	26
4.1.4	Tests diagnostiques pour la syphilis : Avis de bonne pratique	28
4.2	TRAITEMENT DE LA SYPHILIS	28
4.2.1	Recommandations : Informations et conseils au patient au sujet de la syphilis.....	28
4.2.2	Recommandations : Instauration d'un traitement de la syphilis	28
4.2.3	Reconnaissance des symptômes de la syphilis : Avis de bonne pratique	29
4.2.4	Quand faut-il orienter le patient vers la seconde ligne : Avis de bonne pratique	29
4.2.5	Recommandations : Traitement des femmes et des hommes, incluant les adolescents (sauf les femmes enceintes).....	30



4.2.6	Traitement de la syphilis : Avis de bonne pratique	31
4.3	RECOMMANDATIONS POUR LE SUIVI ET LA FRÉQUENCE DES TESTS DE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS	31
4.3.1	Recommandations : Suivi d'un patient ayant été traité pour la syphilis.....	31
4.3.2	Fréquence des tests de dépistage de la syphilis : Avis de bonne pratique	32
4.4	PAS DE DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE LA SYPHILIS	32
5	MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS.....	33
5.1	UTILISATION PAR D'AUTRES INSTANCES PUBLIQUES	33
5.2	DÉVELOPPEMENT D'UNE APPLICATION EN LIGNE SUR LES IST	33
5.3	PUBLICATION SUR LE RÉSEAU EBPRACTICENET	33
6	RÉVISION DES RECOMMANDATIONS	33

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Évolution par sexe des cas de gonorrhée, de syphilis et d'infections à chlamydia rapportés pour 100.000 habitants (Belgique, 2002-2016)	7
Figure 2 – Évolution de la sérologie de la syphilis dans le temps	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Force des recommandations selon le système GRADE	10
--	----



LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATION	DÉFINITION
AGREE	Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique
BAPCOC	Commission belge de coordination de la politique Antibiotiques
BPG	Benzathine pénicilline G
CDC	Centre de prévention et de lutte contre les maladies (Centers for Disease Control and Prevention)
CEBAM	Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Gradation de l'appréciation, de la rédaction et de l'évaluation des recommandations)
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IM	Intramusculaire
IMT	Institut de Médecine Tropicale
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
IST	Infection(s) sexuellement transmissible(s)
IUSTI	Union internationale de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles
NGC	National Guideline Centre (Centre National des Recommandations, UK)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	Réaction en chaîne par polymérase (Polymerase chain reaction)
PICO	Problème–Intervention–Comparateur–Résultats (Participants–Interventions–Comparator–Outcomes)
RPR	Test rapide de la réagine plasmatique
SDA	Amplification par déplacement de brin
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
Test POC	Test hors laboratoire (Point of Care)
TMA	Amplification par transcription
VBOV	Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (Organisation professionnelle flamande des sages-femmes)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



1 INTRODUCTION

1.1 Nécessité de mettre à jour ce guide de pratique clinique

Face à la résistance croissante de la gonorrhée à l'azithromycine, une mise à jour de ce guide de pratique clinique^a était devenue nécessaire. Les données de surveillance du Centre National de Référence pour la gonorrhée mettent en effet au jour une progression constante de la résistance à l'azithromycine, qui est passée de 0,2% en 2013 à 18,6% en 2021.

La Commission Belge de Coordination de la Politique Antibiotique (BAPCOC) s'est penchée sur ce problème de résistance et a publié sa directive en la matière en novembre 2022.

Conformément à la déclaration de bonne pratique contenue dans le guideline 2019 du KCE et à la recommandation de l'OMS d'affiner les directives relatives au traitement sur la base de données de surveillance – récentes et contrôlées sur le plan de la qualité – de la résistance des gonocoques aux antimicrobiens, avec arrêt du recours à un agent antimicrobien dès le moment où le taux d'échec thérapeutique et/ou de résistance aux antimicrobiens atteint 5%, il a été décidé de mettre à jour ce guide de pratique clinique.

1.2 Contexte

Le nombre de nouveaux diagnostics d'infections sexuellement transmissibles (IST) augmente dans des proportions inquiétantes en Belgique comme dans le reste du monde (Figure 1).^{1,2} Nos chiffres sont pourtant sous-estimés, car le diagnostic est sous-optimal, la déclaration insuffisante et le suivi des patients trop limité. L'infection à *Chlamydia trachomatis* représente la moitié des nouvelles infections ; 50% d'entre elles se manifestent chez des personnes de moins de 25 ans. La gonorrhée et la syphilis suivent, aux deuxième et troisième places. Ces deux infections s'observent plutôt chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).^{1,3} Si nous voulons enrayer cette tendance, il est urgent de détecter précocement ces infections et de traiter efficacement le patient et son/sa partenaire afin de stopper la transmission de l'infection et de limiter les conséquences pour leur santé.¹

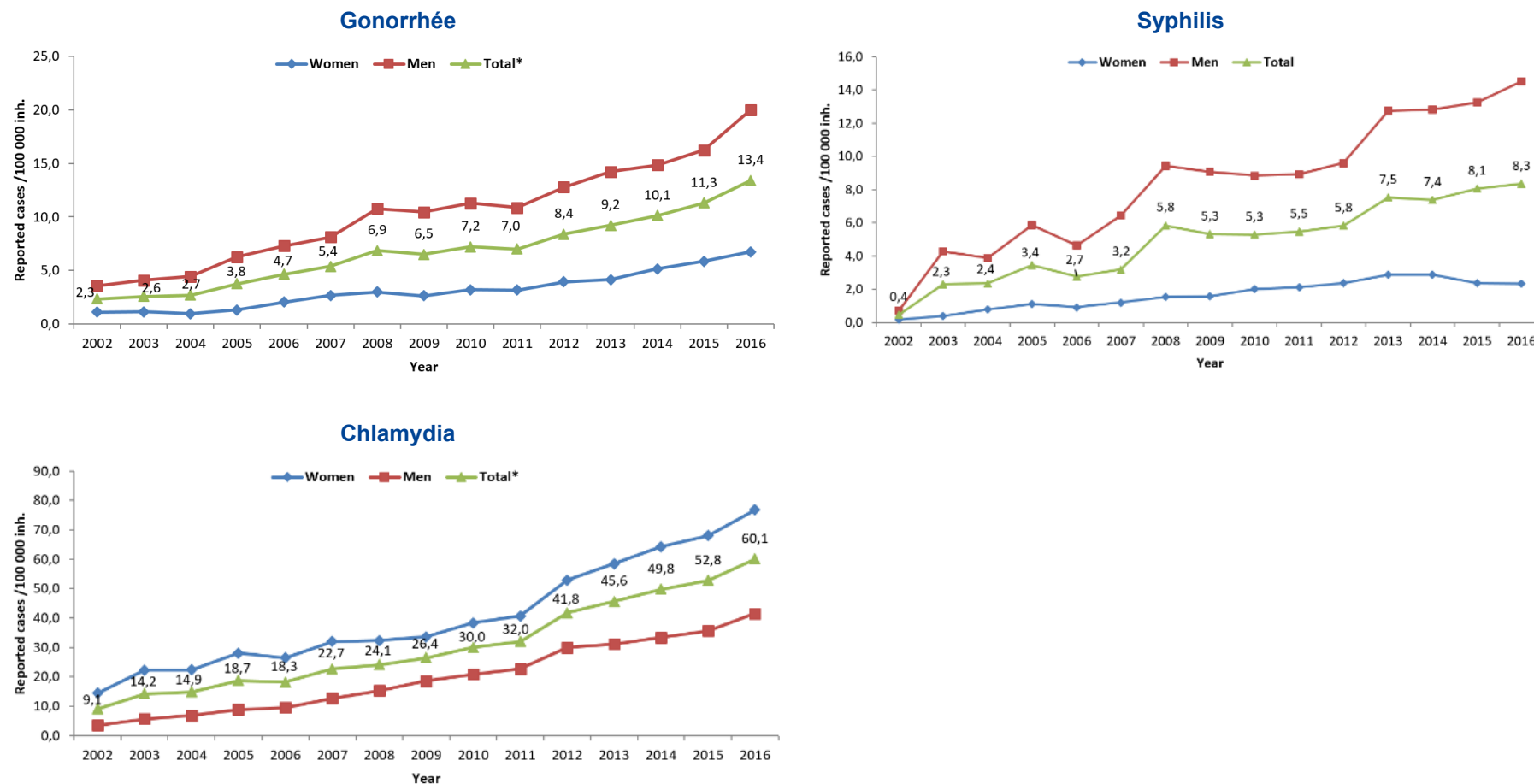
Certaines IST sont dues à une bactérie, d'autres à un virus ou à un parasite. Leurs symptômes sont variables, de même que les modalités de leur dépistage ou de leur traitement. Quoi qu'il en soit, leur prise en charge doit reposer sur des preuves scientifiques fiables. Ce n'est que de cette manière que l'on évitera l'usage inadéquat des moyens disponibles et les traitements inadaptés. Ainsi, des tests diagnostiques utilisés à mauvais escient (trop fréquemment chez des patients à faible risque ou trop peu souvent chez des patients à haut risque) conduisent à des traitements erronés. Ceux-ci peuvent aggraver une résistance aux antibiotiques, accroître le risque de propagation ou de récurrence des infections, causer des problèmes de stérilité, et finalement générer des coûts superflus.

Pour l'instant, il n'existe pas de guide de pratique national relatif à la prise en charge des IST qui soit basé sur des données probantes. En dehors des guidelines internationaux – qui ne sont pas nécessairement adaptés au contexte belge – on recense dans notre pays 5 guides de pratique clinique, mais ceux-ci sont basés sur un consensus d'experts. Il s'agit d'un outil pratique développé par Domus Medica pour les consultations IST en médecine générale, accompagné d'une fiche synoptique (en néerlandais),⁴ d'un guide pour les consultations médicales avec des patients travailleurs du sexe (en néerlandais),⁵ d'un guide de pratique clinique pour la gonorrhée et la syphilis (en néerlandais)^{6,7} et des recommandations sur le bon usage des antibiotiques (en néerlandais et en français).⁸ L'absence de recommandations nationales a amené certains hôpitaux à mettre au point eux-mêmes des tests de diagnostic et à utiliser des questionnaires sur la santé sexuelle qui se basent sur des guides de pratique clinique néerlandais, européens ou autres.⁹⁻¹³ Il est donc devenu indispensable de développer un guide de pratique belge sur la prise en charge des IST, non seulement pour s'attaquer aux problèmes susmentionnés, mais aussi pour faire face aux nouveaux défis que sont la résistance du gonocoque aux antibiotiques,¹ 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 (malgré l'existence d'un bon diagnostic par TAAN).

^a <https://www.kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/diagnose-en-aanpak-van-gonorroee-en-syfilis>



Figure 1 – Évolution par sexe des cas de gonorrhée, de syphilis et d'infections à chlamydia rapportés pour 100.000 habitants (Belgique, 2002-2016)



Source : Vanden Berghe et al. Sciensano 2018² *y compris les cas pour lesquels aucun sexe n'est mentionné ; 'Men' désigne des hommes hétérosexuels et des HSH



1.3 Surveillance des maladies infectieuses en Belgique

L'évolution des maladies infectieuses est suivie, au niveau régional, au moyen des registres de notification obligatoire et, à l'échelon national, par Sciensano (précédemment Institut scientifique de Santé publique, ISP)^b. Sciensano rédige chaque année deux rapports sur l'évolution des IST en Belgique. L'un se base sur les données de laboratoire récoltées par le réseau des laboratoires vigies de microbiologie et du Centre National de Référence pour les IST^c attaché à l'Institut des Maladies Tropicales (qui étudie la résistance aux antibiotiques dans la gonorrhée et suit tous les cas sérologiques positifs de syphilis). L'autre se base sur les données cliniques recueillies par le réseau sentinelle de cliniciens et par celui des médecins généralistes vigies.^{d, 14} Ces sources de surveillance sont complémentaires et livrent une bonne idée de l'épidémiologie des IST en Belgique.

1.4 Objectifs et champ d'application du guide de pratique clinique

Ce guide de pratique clinique formule des recommandations fondées sur les preuves pour le diagnostic et le traitement des patients atteints de **gonorrhée et de syphilis** en Belgique, **les deux IST les plus courantes dans notre pays après l'infection à *Chlamydia trachomatis***. Son objectif majeur est d'informer les médecins généralistes au sujet des « bonnes pratiques » en matière de prise en charge de ces 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 en concertation avec des experts et des stakeholders. Il couvre :

- Les **prestataires de première ligne**, plus précisément le premier contact avec le patient à risque ou atteint d'IST ;

- Les **tests** diagnostiques **ciblés (opportunistes)** chez les personnes asymptomatiques et symptomatiques ;
- La **population concernée** est définie comme les **hommes et femmes** (enceintes ou pas) **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.

Au-delà de ce guide de pratique clinique développé par le KCE, un autre guide de pratique clinique **sur la prise en charge de l'infection à *Chlamydia trachomatis***, IST la plus répandue, sera élaboré par le *Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn* (Groupe de travail sur l'élaboration de recommandations dédiées à la première ligne) et sera également mis à disposition sur le site Web d'Ebpracticenet (<https://www.ebpnet.be>). Ce guide constituera une nouvelle version du guide de pratique flamand publié en 2004 et destiné aux médecins généralistes.¹⁵ Dans une phase ultérieure, le KCE développera dans le courant de 2019 un **outil interactif en ligne** gratuit en vue d'aider le médecin généraliste à évoquer le dépistage des IST en consultation de santé sexuelle, à choisir le test diagnostique le plus adéquat, à prescrire le traitement le mieux adapté et à proposer un suivi aux patients et à leurs partenaires. Cet outil englobera les présentes recommandations du KCE et celles sur les infections à Chlamydia, et comprendra également des conseils sur la prise en charge d'autres IST.

Ce guide de pratique clinique est également important pour les **autorités de santé** dans la mesure où il vient compléter le plan VIH 2014-2019^e et le futur plan qui formulera des recommandations sur les tests et l'accessibilité aux soins. Il reprend d'ailleurs certaines recommandations du plan VIH, comme l'élaboration d'une stratégie nationale de dépistage applicable au VIH et aux IST en général (action 37 du plan VIH), et une amélioration du dépistage opportuniste par les généralistes et les spécialistes (action 38).

^b <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/infection-sexuellement-transmissible-ist/role>

^c <https://www.itg.be/N/laboratoria>

^d <https://www.sciensano.be/fr/projets/reseau-de-medecins-generalistes-vigies>

^e <http://www.breach-hiv.be/media/docs/HIVPlan/NationalPlanFrench.pdf>



2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Le Groupe de Développement des Guidelines (*Guideline Development Group*)

Ce guide de pratique clinique est le fruit d'une collaboration entre médecins généralistes et spécialistes en maladies infectieuses, microbiologistes, associations professionnelles et de patients, ainsi que le *National Guideline Centre* (NGC) britannique et le KCE. Les noms des participants à ce groupe de développement des guidelines (*Guideline Development Group*, GDG) se trouvent dans le colophon. Le KCE porte seul la responsabilité de la rédaction finale du rapport, des conclusions et des recommandations.

2.2 Questions de recherche clinique

La question initiale du projet était : « Comment les recommandations déjà formulées sur les IST peuvent-elles être implémentées dans le contexte belge avec ses groupes-cibles spécifiques ? » Une analyse de la littérature (Medline) a permis d'identifier des guidelines de grande qualité : des guidelines généraux sur les IST, des guidelines spécifiques sur l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la syphilis et la gonorrhée, et des guidelines pour les consultations IST et le traitement des partenaires. Le 30 juin 2017, une réunion de cadrage (*scoping meeting*)^f a eu lieu et il a été décidé de se centrer sur le diagnostic et le traitement des IST en première ligne. Trois questions générales et neuf sous-questions ont été formulées :

- i. **Quelle prise en charge pour les patients porteurs de gonorrhée et de syphilis ?**
 1. Quels sont le tableau clinique, le diagnostic, le traitement (y compris le suivi), et le schéma de répétition des tests pour la gonorrhée et la syphilis ?

- ii. **Quel contenu et quelles étapes cliniques pour les consultations IST en première ligne ?**
 2. Comment proposer des tests opportunistes de dépistage d'une IST ?
 3. Quelles sont les questions à poser pour identifier les risques et déterminer les tests à réaliser ?
 4. Quels sont les tests à réaliser au sein d'un groupe à risques prédéfini ?
 5. Quels sont le ou les sites de prélèvement et les tests pour quelle IST ?
- iii. **Quel traitement pour le(s) partenaire(s) ?**
 6. Quelles sont les mesures à prendre lors du traitement d'un(e) partenaire ?
 7. Comment identifier les contacts (partenaires) du patient ?
 8. Jusqu'où remonter dans le temps ?
 9. Comment informer (notification) et traiter les partenaires ?

Des questions de recherche spécifiques et des PICO ont été établis pour la **première question générale**. Elles se trouvent dans le rapport scientifique (chapitre 2.3, tableau 6). Le *Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn* suit la même approche pour le guide de pratique clinique sur l'infection à *Chlamydia trachomatis* (cf. le point 1.3).

Les **deuxième et troisième questions générales** seront également abordées dans le guide de pratique clinique sur l'infection à *Chlamydia trachomatis* ainsi que dans l'outil interactif qui sera développé par le KCE dans le suivi de ce guide de pratique clinique (voir plus haut). Cet outil interactif en ligne sera disponible dans le courant de 2019. **Par conséquent, seule la 1^{re} question de recherche sera traitée dans le présent guide de pratique clinique** (encadré 1).

^f Faisaient partie de ce groupe: des représentants d'associations de patients (par exemple, l'asbl GHAPRO, Sida Sol ASBL, la Plateforme Prévention SIDA, Sensoa) et d'associations professionnelles de médecins généralistes et de sages-femmes

(telles que Domus Medica, la SSMG, la VBOV), des épidémiologistes et des scientifiques issus d'hôpitaux, d'universités ou d'instituts scientifiques (par exemple, Sciensano, l'IMT, le CHU Saint-Pierre à Bruxelles)



Encadré 1 – Que contient le présent rapport ?

Ce qui s'y trouve

Le lecteur trouvera dans ce rapport sur la **gonorrhée** et la **syphilis** les recommandations cliniques sur 'les sujets à tester', le 'diagnostic', le 'traitement' et le 'suivi'. Un outil électronique destiné aux généralistes est présenté dans [un rapport de suivi du KCE](#). Les nouvelles recommandations thérapeutiques sont déjà intégrées à l'outil d'aide à la consultation médicale, disponible via le lien <https://www.sti.kce.be/fr/treatment-FR.html>.

Ce qui ne s'y trouve pas

Les recommandations cliniques sur la prise en charge de l'infection à *Chlamydia trachomatis* sont traitées dans le guide de pratique rédigé par le *Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn* disponible via Ebpracticenet (<https://www.ebpracticenet.be/fr/Pages/default.aspx>); on peut également obtenir ce guide sur le site web du KCE (<https://kce.fgov.be/fr/publications>).

Remarque importante

Le dépistage opportuniste (ciblé) des IST doit se focaliser sur les patients présentant les risques les plus élevés ou sur les catégories de population présentant le plus grand nombre d'infections (sur la base de données épidémiologiques). La réalisation ou pas d'un dépistage des IST doit faire partie du processus décisionnel entre le patient et le prestataire de soins. Les recommandations peuvent être mises en œuvre dans le cadre de la promotion de la santé sexuelle en première ligne.

2.3 Méthodologie

Nous avons identifié des guides de pratique clinique de grande qualité (AGREE). Des questions cliniques ont été élaborées et les critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis en collaboration avec les membres du GDG. La méthode ADAPTE a été utilisée lorsque l'on disposait de guides de pratique récents et de bonne qualité, conformes à la définition du PICO. Une recherche documentaire supplémentaire a été effectuée pour mettre à jour les données probantes extraites de ces guides de pratique et pour répondre à des questions de recherche non couvertes par les guidelines (p. ex. tests diagnostiques combinés pour la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis*).

Nous avons suivi la méthode GRADE (Tableau 1) pour déterminer le niveau de preuve et la force de chaque recommandation. On trouvera de plus amples détails sur notre méthodologie dans le rapport scientifique (Chapitre 2). Les présentes recommandations n'ont pas fait l'objet d'une analyse formelle du rapport coût-efficacité.

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 souhaitables (<i>il est probable que l'intervention ne doive pas être mise en pratique</i>).

Source : 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.



2.4 Revue externe par des experts et consultation des parties concernées

Les recommandations du GDG ont été commentées par des organisations impliquées dans la recherche sur la santé sexuelle et par des citoyens, des patients et des prestataires de soins intervenant dans les soins de santé sexuelle ou dans la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST (cf. le colophon). Leurs arguments et leurs remarques ont été incorporés à la version définitive des recommandations.

2.5 Validation finale

Dans le cadre des procédures du KCE, la publication a été précédée d'une validation scientifique du rapport. Son contenu scientifique a d'abord été évalué par deux médecins externes (cf. le colophon). Ensuite, la méthodologie a été validée à l'aide de la check-list AGREE II. Le CEBAM (Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine) a présidé ce volet du processus de validation.

3 RECOMMANDATIONS CLINIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA GONORRHÉE

Les détails des données probantes et de l'analyse critique de la littérature sur laquelle les recommandations ont été fondées se trouvent dans le rapport scientifique et les annexes.

3.1 Diagnostic de la gonorrhée

3.1.1 *Recommandations : Qui faut-il tester pour la gonorrhée*

La gonorrhée est, après les infections à chlamydia, l'IST la plus fréquente en Belgique et elle est en pleine recrudescence : 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 ans. **La gonorrhée se rencontre principalement chez les HSH, entre 20 et 39 ans.**²

Suite à une analyse critique des groupes de personnes à tester pour la gonorrhée, le GDG a défini les patients ou groupes à risque accru d'infection gonorrhéique. Les aspects mis en balance ont été les suivants :

- en principe, les mineurs sont autonomes pour décider d'interventions médicales à faible risque¹⁶ telles qu'un test diagnostique de dépistage des IST. Ce qui importe ici toutefois, c'est qu'ils doivent avoir la capacité juridique d'accepter le test diagnostique ;
- les relations monogames en série s'observent fréquemment chez les adolescents, mais aussi dans les relations hétérosexuelles avec, comme conséquence, des contacts sexuels non protégés avec un nouveau partenaire (au statut sérologique inconnu) ;
- le fœtus d'une femme enceinte peut être protégé en répétant le test au troisième trimestre de la grossesse ;
- la notification au partenaire est difficile et loin d'être optimale. Une nouvelle application en ligne a été mise en place pour la Belgique⁹.

⁹

<https://www.partneralert.be>



Chez qui faut-il rechercher une gonorrhée	Force de la recommandation	Niveau de preuve
A. Chez les patients porteurs de symptômes pouvant évoquer une gonorrhée. B. Chez les patients asymptomatiques présentant un comportement sexuel à haut risque ou à risque accru de gonorrhée : 1. Les travailleurs du sexe, tous sexes confondus ; 2. Les HSH présentant un comportement à haut risque : • contacts sexuels non protégés lors de relations non exclusivement monogames ; • prise de la « prophylaxie pré-exposition » (PrEP) contre le VIH ; • diagnostic récent de chlamydia, de VIH ou de syphilis. 3. a) Le patient ou partenaire sexuel originaire d'un pays à risque ou s'y rendant : • les régions où le risque de gonorrhée est le plus élevé selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) sont l'Afrique, la partie occidentale de l'Océan Pacifique et l'Amérique du Nord et du Sud. b) Le patient ou partenaire sexuel originaire d'un pays où la gonorrhée multirésistante est présente, ou s'y rendant : • pays d'Asie du Sud-Est et d'Extrême-Orient 4. Les hétérosexuels ayant des contacts sexuels oraux, anaux ou vaginaux non protégés lors de relations non exclusivement monogames : • avec plusieurs partenaires en même temps ; • avec plusieurs partenaires sur une brève période ; • avec un partenaire appartenant à l'un des groupes 1, 2 ou 3 mentionnés ci-dessus ; • chez qui une IST a été diagnostiquée au cours de l'année écoulée ; • avec des partenaires dans un cadre anonyme. 5. Les adolescents et les jeunes jusqu'à 29 ans : a. qui veulent cesser d'utiliser un condom avec leur partenaire (intention discutée lors d'une consultation de santé sexuelle) ; b. qui ont des contacts sexuels oraux, anaux ou vaginaux non protégés lors de relations non exclusivement monogames avec : - o plusieurs partenaires à la fois ; - o plusieurs partenaires sur une brève période ; - o un partenaire appartenant à l'un des groupes 1, 2 ou 3 mentionnés ci-dessus.	Faible Faible	Très bas Très bas
C. Chez toute femme enceinte au premier trimestre ou lors de la première consultation prénatale si elle ou son partenaire appartient aux groupes 1 à 5 (cf. supra). Chez les femmes enceintes présentant un comportement sexuel à haut risque ou un risque accru de gonorrhée identifié comme ci-dessus : répétez le test au troisième trimestre.	Faible	Très bas

**D. Recherchez également une gonorrhée :**

- chez le bébé né alors que sa mère était porteuse d'une infection active ;
- chez la patiente ayant subi une interruption de grossesse ;
- chez le patient dont le ou la partenaire sexuel(le) présente une gonorrhée présumée ou avérée ;
- chez tous les patients chez qui une IST, dont le VIH, a été diagnostiquée récemment ;
- chez les patients chez qui on vient de diagnostiquer une hépatite B ou C, peut-être contractée par contact sexuel.

Faible

Très bas

3.1.2 Recommandations : Quels tests diagnostiques pour la gonorrhée

Le diagnostic de la gonorrhée non compliquée se pose en détectant la bactérie *N. gonorrhoeae* dans des sécrétions génitales, rectales ou pharyngées au moyen, principalement, de TAAN (test d'amplification des acides nucléiques), dont les plateformes SDA, TMA et PCR^h. Celles-ci sont utilisées par la plupart des laboratoires belges et constituent des tests diagnostiques de sensibilité et de spécificité élevées qui peuvent être pratiqués sur un large éventail d'échantillons, notamment d'urine et de prélèvements vulvovaginaux, cervicaux et urétraux.

Le montant remboursé sur le coût d'un dépistage de la gonorrhée par TAAN s'élève à 12,5 euros. Pour l'instant, le remboursement du nombre de tests de dépistage de la gonorrhée n'est pas limité en Belgique. La combinaison, le même jour, d'une culture de gonocoques en vue de déterminer leur sensibilité aux antibiotiques, n'est toutefois pas acceptée par l'INAMI.

Or, cette méthode est le seul moyen qu'a le laboratoire de référence de l'IMT pour la gonorrhée d'assurer le suivi de la résistance dans le cadre de la surveillance.

La gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis* sont les deux IST bactériennes les plus courantes et elles sont souvent concomitantes. C'est pourquoi, dans la pratique, on réalise fréquemment des tests diagnostiques combinés par TAAN ciblant les pathogènes concernés. Le remboursement n'y est toutefois pas encore adapté. Un test ciblant l'infection à *Chlamydia trachomatis* n'est remboursé que deux fois par an et uniquement pour les jeunes de moins de 21 ans ou lorsque le patient est symptomatique. Sinon, le coût à supporter par le patient s'élève à environ 30 euros.

^h SDA: amplification par déplacement de brin ; TMA : amplification par transcription ; PCR : réaction en chaîne par polymérase



3.1.2.1 Recommandations : Tests diagnostiques chez les hommes

Tant les échantillons urinaires qu'urétraux se prêtent aux TAAN. Le GDG relève que tant les patients masculins que 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.

L'analyse de plusieurs échantillons coûte cher. On peut l'éviter en groupant les échantillons d'un patient (*pooling*) pour en diminuer le nombre. C'est surtout quand les tests doivent être répétés tous les 3 à 6 mois (chez les personnes à comportement sexuel à haut risque) que cela pourrait être plus avantageux pour le patient. Le *pooling* des échantillons oropharyngés, urinaires/urétraux et rectaux font encore l'objet de recherches. Cependant, le *pooling* en laboratoire a été tout récemment étudié en Belgique chez des HSH, mais l'étude était trop petite pour que l'on puisse en tirer des conclusions probantes.¹⁷

Tests diagnostiques de la gonorrhée chez l'homme	Force de la 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. ○ 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 : faible (SDA), modéré (TMA) et élevé (PCR). Rectal et pharyngé : très faible (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 ¹⁸	Forte	Rectal : faible à modéré Pharyngé : très faible

¹⁸ Quand une gonorrhée est suspectée chez un patient 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 (cf. aussi le point 3.2.2 sur la surveillance). TAAN : test d'amplification des acides nucléiques ; SDA : amplification par déplacement de brin ; TMA : amplification par transcription ; PCR : réaction en chaîne par polymérase.



3.1.2.2 Recommandations : Tests diagnostiques chez les femmes

Bien que les échantillons vaginaux obtiennent une sensibilité plus grande que les échantillons d'urine, ces derniers peuvent être acceptables selon le GDG quand le prélèvement d'échantillons vaginaux fait face à des résistances, pour des raisons culturelles par exemple. Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé de données probantes pour les frottis pharyngés ; pour les frottis rectaux chez les femmes, les données probantes sont limitées. Nous avons suivi dès lors le guide de l'IUSTI qui recommande l'utilisation de frottis oropharyngés chez les femmes pratiquant le sexe oral réceptif et les frottis rectaux chez celles pratiquant le sexe anal réceptif, même si ces tests n'ont pas de label CE pour ces sites.⁹

Concernant la réalisation de tests combinés gonorrhée-chlamydia sur un seul échantillon avec une seule plateforme, le GDG a formulé des remarques similaires à celles faites pour les hommes. Il n'y a pas de preuves concernant le *pooling* des échantillons chez les femmes au comportement sexuel à risque en comparaison avec les HSH.

Tests diagnostiques de la gonorrhée chez les femmes	Force de la 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 : contact sexuel vaginal réceptif : (autoprélèvement 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 : faible à modéré (autoprélévés) ; modéré à élevé (prélévés par le médecin). Échantillons endocervicaux : faible à modéré. Échantillon d'urine : très faible (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
Recommandation pour la recherche Il est nécessaire de poursuivre la recherche sur le <i>pooling</i> des échantillons urinaires, vaginaux, pharyngés et anorectaux chez les femmes au comportement sexuel à haut risque.		

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



3.1.3 Diagnostic de la gonorrhée : Avis de bonne pratique

Les experts du GDG ont formulé les avis suivants pour une bonne pratique clinique.

Diagnostic de la gonorrhée : avis de bonne pratique

Idéalement, il doit s'écouler 1 heure entre la miction donnant lieu au prélèvement et la miction précédente.

Le prélèvement d'urine au premier jet est préféré au prélèvement à mi-jet, tant pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* que pour la gonorrhée.

Les écouvillons servant à prélever les échantillons destinés au TAAN chlamydia-gonorrhée et à la culture de dépistage de la gonorrhée doivent être en matière synthétique. Les autres matériaux (ouate, bois par exemple) peuvent influencer le test (CDC, 2014).¹⁸

Le prélèvement urétral servant à diagnostiquer l'infection à *Chlamydia trachomatis*/la gonorrhée est invasif ; en effet, il exige l'introduction d'un écouvillon sur une longueur de 2-3 cm dans l'urètre masculin, suivie de deux ou trois rotations pour recueillir assez de cellules.¹⁸ Les échantillons d'urine sont moins invasifs et sont préférés aux échantillons urétraux.

Lors du prélèvement d'un frottis oropharyngé par le clinicien, utilisez une spatule en bois pour maintenir la langue en place. Puis, avec un écouvillon stérile, prélevez un échantillon sur le rhinopharynx postérieur et les amygdales, sans toucher les côtés latéraux de la bouche.¹⁸

TAAN : test d'amplification des acides nucléiques

3.2 Traitement de la gonorrhée

3.2.1 Recommandations : Informations et conseils au patient au sujet de la gonorrhée

L'avis du GDG rejoint les recommandations de l'IUSTI et du CDC.^{9, 12}

Informations et conseils au patient au sujet de la gonorrhée	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Conseillez aux patients 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.	Faible	Très bas
Chez toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de gonorrhée, recherchez aussi d'autres IST, dont l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , la syphilis et le VIH.	Faible	Très bas
Donnez aux patients (et à leurs partenaires sexuels) des informations sur leur infection, avec des détails sur sa transmission, sa prévention et ses complications. Les informations orales doivent être complétées par des documents écrits ou vidéo tels que des liens vers des sites Web scientifiques ou vers des organisations s'occupant d'IST, des prospectus ou des dépliants.	Faible	Très bas



On trouvera des informations utiles pour les patients sur les sites Internet belges suivants :

- <https://www.sensoa.be/> (en néerlandais) ;
- <http://www.alias-bru.be/> (pour les travailleurs du sexe masculins ; en néerlandais, en français et en anglais) ;
- <https://domusmedica.be/richtlijnen/steekkaarten-implementatiemateriaal> (en néerlandais) conseils sur les tests VIH en Flandre – Hermetic : HIV European Research on Mathematical Modelling & Experimentation of HIV Testing In hidden Communities ; <https://www.medischcentrumhuisartsen.be/documents/focus/agenda/downloads.xml?loc=&lang=nl> (en néerlandais) ;
- <https://domusmedica.be/richtlijnen/themadossiers/themadossier-seksueel-overdraagbare-infecties> (en néerlandais) ;
- Plateforme numérique anonyme permettant d'informer les partenaires sexuels d'un diagnostic d'IST : <https://www.partneralert.be> (en néerlandais et en français) ;
- Vaccination de l'adulte contre l'hépatite B : Conseil Supérieur de la Santé : <https://www.health.belgium.be/fr/avis-8816-vaccination-de-ladulte-contre-lhepatite-b-fiche> ; <https://www.health.belgium.be/en/node/20219> ;
- Vaccination contre l'hépatite B chez les adolescents : <https://www.health.belgium.be/fr/avis-8809-vaccination-contre-lhepatite-b-enfants-fiche> ;
- <https://depistage.be/> (en français) ;
- <https://www.o-yes.be/> (en français) ;
- <http://www.hivsam.be/fr/>: Le HIV-SAM Project soutient la prévention du VIH et stimule les soins de santé sexuelle chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne (SAM) en Flandre.

3.2.2 *Recommandations : Tests et surveillance de la résistance de la gonorrhée aux médicaments*

L'azithromycine et la ceftriaxone étaient les traitements de choix de la gonorrhée. L'OMS pointe toutefois l'apparition de gonocoques résistants rebelles contre lesquels ces antibiotiques n'agissent plus. En Belgique, c'est le service « Infections liées aux soins et antibiorésistance » de l'organisme public Sciensano qui surveille dans les établissements de soins, surtout les hôpitaux et les maisons de repos, l'usage des antibiotiques et la résistance des bactéries.

Il collecte ainsi des données nationales sur les infections liées aux soins et sur la résistance aux antibiotiques. S'agissant de la gonorrhée, on constatait en Belgique un taux de résistance à l'azithromycine de 18,6% et un taux de résistance à la ceftriaxone de 0,4% en 2021. Pour 2022, ces chiffres étaient de 33,6% et 0% respectivement.

Ces chiffres reposent sur des déterminations de la résistance établies par le centre belge de référence sur les gonorrhées pour lesquelles une culture de *N. gonorrhoeae* doit être réalisée. Le GDG recommande dès lors ce qui suit sur la surveillance de la résistance des gonocoques aux antimicrobiens.¹⁹



Recherche et surveillance des gonorrhées résistantes	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Face à une gonorrhée présumée ou avérée postérieure à un voyage en Asie du Sud-est ou en Extrême-Orient (présomption de gonorrhée résistante ^u), prenez les mesures suivantes (si cela n'a pas encore été fait) : - recueil d'une anamnèse détaillée sur le voyage pour repérer le lieu supposé (pays, région) où l'infection a été contractée ; - prélèvement d'échantillons sur tous les sites anatomiques potentiellement infectés en vue d'un test par culture et d'un TAAN.	Faible	Très bas
En cas de forte suspicion de gonorrhée symptomatique, prélevez des échantillons en vue d'un TAAN et d'une culture, et ce avant le début du traitement.	Faible	Très bas
Avant le début du traitement Lors d'une consultation consécutive à un TAAN positif pour la gonorrhée, prélevez un échantillon en vue d'une culture (si cela n'a pas encore été fait). Cet échantillon est nécessaire avant le début du traitement pour les besoins de la surveillance de la résistance de la gonorrhée en Belgique.	Faible	Très bas

^uLes données sur la résistance de la gonorrhée aux antibiotiques peuvent être consultées dans le rapport scientifique

3.2.3 Recommandations : Instauration d'un traitement de la gonorrhée

Instauration d'un traitement de la gonorrhée	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Entamez un traitement dans les cas suivants : - culture ou TAAN positif pour la gonorrhée quel que soit le site ; - sans attendre le résultat : - pour des raisons épidémiologiques : - partenaire récent(e) avec gonorrhée avérée ; - mère d'un nouveau-né avec gonorrhée avérée ; - présence de symptômes et après prélèvement d'échantillons en vue de tests de laboratoire : - écoulement urétral purulent chez les hommes ; - proctite chez les HSH ; - cervicite mucopurulente chez les femmes ; - quand le suivi ne peut pas être garanti et après prélèvement d'échantillons en vue de tests de laboratoire.	Faible	Très bas

TAAN : test d'amplification des acides nucléiques



3.2.4 Quand faut-il orienter le patient vers la seconde ligne : Avis de bonne pratique

S'il faut référer un patient vers la seconde ligne, la meilleure option consiste à l'adresser à un collègue ayant une connaissance approfondie de la gonorrhée et donnant des consultations dans une clinique des IST ou du VIH. Le patient et la gravité de ses symptômes doivent être pris en compte. Par exemple, une femme enceinte sera adressée plus rapidement.

Orientation vers la seconde ligne pour une gonorrhée : Avis de bonne pratique

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.

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

£ Il y a gonorrhée compliquée en cas d'infection génitale ascendante, donc en cas d'épididymo-orchite et de (suspicion de) salpingite aiguë (pelvic inflammatory disease (PID)), d'infection gonococcique disséminée, de conjonctivite gonococcique chez l'adulte, d'arthrite et de syndrome d'arthrite-dermatite. Cette définition est également employée dans les recommandations de l'IUSTI et des CDC^{9, 12}

3.2.5 Recommandations : Traitement de la gonorrhée chez les femmes et les hommes, incluant les jeunes

Pour le traitement de la gonorrhée non compliquée de l'urètre, du col de l'utérus, du rectum et du pharynx, les membres du GDG se sont accordés pour passer d'une bithérapie (ceftriaxone et azithromycine) à une monothérapie à base de ceftriaxone en raison de l'augmentation de la résistance à l'azithromycine. Les membres du GDG ont convenu d'augmenter la dose de ceftriaxone, désormais en monothérapie, de 500 mg à 1 g, pour les hommes et les femmes, y compris les adolescents.

Traitement de la gonorrhée chez les femmes et les hommes, incluant les jeunes	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Le traitement de première intention de la gonorrhée non compliquée de l'urètre, du col utérin, du rectum et du pharynx chez les femmes non gravides et les hommes sexuellement actifs, jeunes compris, est recommandé comme suit : Monothérapie : En une fois : 1 g de ceftriaxone IM (intramusculaire)	Faible	Très bas



3.2.6 Traitement de la gonorrhée : Avis de bonne pratique

Traitement de la gonorrhée : Avis de bonne pratique

Le choix du traitement de la gonorrhée est guidé par les données belges sur la résistance.

3.2.7 Recommandations : Traitement de la gonorrhée chez les femmes enceintes

Pour le traitement de la gonorrhée non compliquée de l'urètre, du col de l'utérus, du rectum et du pharynx, les membres du GDG se sont accordés pour passer d'une bithérapie (ceftriaxone et azithromycine) à une monothérapie à base de ceftriaxone en raison de l'augmentation de la résistance à l'azithromycine. Les membres du GDG ont convenu d'augmenter la dose de ceftriaxone, désormais en monothérapie, de 500 mg à 1 g, pour les femmes enceintes.

Traitement de la gonorrhée chez la femme enceinte	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Le traitement recommandé en première intention dans la gonorrhée non compliquée de l'urètre, du col de l'utérus, du rectum et du pharynx chez la femme enceinte est le suivant : Monothérapie : En une fois : 1 g de ceftriaxone IM (intramusculaire)	Faible	Très bas

3.2.8 Traitement de la gonorrhée chez les femmes enceintes : Avis de bonne pratique

Traitement de la gonorrhée chez les femmes enceintes : avis de bonne pratique

Le choix du traitement de la gonorrhée est guidé par les données belges sur la résistance.

Le diagnostic de gonorrhée doit être communiqué au gynécologue afin qu'il puisse suivre les effets secondaires du traitement et les complications de l'infection pour la mère et le fœtus ou le nouveau-né.

Les femmes enceintes souffrant de gonorrhée doivent être traitées sans délai et subir un test 4 semaines après le traitement pour vérifier si elles sont guéries.

Les femmes enceintes souffrant de gonorrhée doivent subir un nouveau test au troisième trimestre de la grossesse pour prévenir les complications postnatales chez la mère et une infection chez le nouveau-né.



3.2.9 Traitement des patients allergiques aux céphalosporines : Avis de bonne pratique

En raison de la complexité de l'allergie aux céphalosporines et de l'importance du traitement, la GDG recommande d'orienter ces patients vers la seconde ligne.

Traitement de la gonorrhée chez les patients allergiques aux céphalosporines : avis de bonne pratique

Orientez vers la seconde ligne les patients atteints de gonorrhée de l'urètre, du col de l'utérus, du rectum ou du pharynx et allergiques à la pénicilline ou aux céphalosporines afin qu'ils reçoivent un traitement adapté.

3.2.10 Recommandations : Traitement des co-infections gonorrhée-chlamydia

Traitement d'une co-infection associant la gonorrhée et l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Co-infection non compliquée gonorrhée et chlamydia : Hommes et femmes non enceintes, y compris les adolescents Ceftriaxone 1 g IM en une dose <u>ET</u> doxycycline 100 mg par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours Femmes enceintes et allaitantes Ceftriaxone 1 g IM en une seule dose <u>ET</u> azithromycine 1 g par voie orale en une seule dose Personnes allergiques à la pénicilline / à la céphalosporine Renvoi à la deuxième ligne pour le traitement le plus approprié Co-infection gonorrhée et lymphogranulome vénérien infection à chlamydia : Hommes et femmes non enceintes, y compris les adolescents Ceftriaxone 1 g IM en une dose <u>ET</u> doxycycline 100 mg par voie orale deux fois par jour pendant 21 jours. Femmes enceintes et allaitantes Renvoi à la deuxième ligne pour le traitement le plus approprié Personnes allergiques à la pénicilline / à la céphalosporine Renvoi à la deuxième ligne pour le traitement le plus approprié	Faible	Très bas



3.3 Test de contrôle de la guérison et fréquence des tests de dépistage de la gonorrhée

3.3.1 Recommandations : Quand effectuer un test de contrôle de la guérison

On effectue un test de contrôle de la guérison pour vérifier que l'infection a disparu et/ou détecter l'émergence d'une résistance. Cela peut être utile au patient chez qui les symptômes persistent, et à la santé publique. Il peut mettre en évidence des modifications du degré de résistance aux antibiotiques et fournir des informations sur l'antibiothérapie appropriée.

Test de contrôle de la guérison de la gonorrhée	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Un test de contrôle de la guérison peut être effectué (à titre facultatif) chez les patients atteints de gonorrhée afin de confirmer l'éradication de l'infection et de détecter l'émergence d'une résistance. Un test de contrôle de la guérison doit être effectué : • en cas de suspicion d'échec du traitement ; • pour un traitement qui s'écarte des recommandations actuelles ; • chez la femme enceinte.	Faible	Très bas
Schéma du test de contrôle de la guérison : Si les symptômes persistent : mise en culture du gonocoque avec déterminations de la sensibilité aux antibiotiques de tous les sites anatomiques pertinents 3-7 jours après la fin du traitement. Si le gonocoque ne peut pas être cultivé : effectuer un TAAN 14 jours après la fin du traitement. S'il n'y a pas de symptômes : TAAN 4 semaines après la fin du traitement. Si le TAAN est positif : culture avec déterminations de la sensibilité de tous les sites anatomiques pertinents avant orientation vers la seconde ligne pour la poursuite du traitement.	Faible	Très bas



3.3.2 Recommandations : Fréquence des tests de dépistage de la gonorrhée

La répétition ou pas du dépistage de la gonorrhée et des IST en général doit faire partie du processus de prise de décision par le patient et le prestataire des soins, et elle doit être axée sur les patients au comportement sexuel à risque connu ou appartenant à un groupe présentant le plus grand nombre d'infections.

Fréquence des tests de dépistage de la gonorrhée	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Répétez le test tous les 3 à 12 mois (comme pour d'autres IST) chez les patients asymptomatiques présentant un comportement sexuel à haut risque ou un risque accru de gonorrhée :		
1. travailleurs du sexe, tous sexes confondus ;	Faible	Très bas
2. HSH au comportement sexuel à haut risque : • contacts sexuels non protégés lors de relations non exclusivement monogames ; • prenant une PrEP contre le VIH ; • chez qui on a diagnostiqué récemment le VIH ; • chez qui une IST a été diagnostiquée dans le passé ;	Faible	Très bas
3. adolescents et jeunes de 29 ans maximum ayant des contacts sexuels oraux, anaux ou vaginaux non protégés lors de relations non exclusivement monogames ;	Faible	Très bas
4. patients hétérosexuels ayant des contacts sexuels oraux, anaux ou vaginaux non protégés lors de relations non exclusivement monogames.	Faible	Très bas

3.4 Pas de déclaration obligatoire de la gonorrhée

La déclaration des infections gonorrhéiques n'est plus obligatoire en Belgique, que ce soit à Bruxelles, en Wallonie ou en Flandre.



4 RECOMMANDATIONS CLINIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA SYPHILIS

Les détails des données probantes et de l'analyse critique de la littérature sur laquelle les recommandations ont été fondées se trouvent dans le rapport scientifique et les annexes.

4.1 Diagnostic de la syphilis

4.1.1 Recommandations : Qui faut-il tester pour la syphilis

La syphilis est une IST grave consécutive à une contamination par la bactérie *Treponema pallidum*. Comme la gonorrhée, elle a connu une recrudescence en Belgique pendant la même période 2002-2016, passant de 46 déclarations en 2002 (0,4/100.000 habitants) à 943 en 2016 (8,3/100.000 habitants). La syphilis s'observe principalement chez les HSH entre 20 et 59 ans.

Pour déterminer les personnes courant le risque de contracter la syphilis, le GDG a tenu compte des guides de pratique clinique identifiés pour cette maladie infectieuse^{11, 20-23} et du rapport du KCE sur les tests diagnostiques prénataux.²¹ Il a été également tenu compte de la prévalence de la syphilis en Belgique.² Comme pour la gonorrhée, les experts ont relevé que la notification au partenaire est difficile et ne se déroule pas de façon optimale.

Chez qui faut-il rechercher une syphilis	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Chez toutes les femmes enceintes au premier trimestre ou lors de la première consultation prénatale. Chez les femmes enceintes présentant un comportement sexuel à haut risque ou un risque accru de syphilis tel qu'identifié ci-dessous : répétez le test au troisième trimestre, indépendamment du résultat du premier test.	Forte	Modéré
Chez les patients présentant des symptômes probables de syphilis (cf. 'avis de bonne pratique' pour obtenir une liste des symptômes).	Faible	Très bas
Chez les patients asymptomatiques présentant un comportement sexuel à haut risque ou un risque accru de syphilis : 1. travailleurs du sexe, tous sexes confondus ; 2. HSH à comportement à haut risque : • contacts sexuels non protégés (y compris le baiser profond prolongé) lors de relations non exclusivement monogames ; • prenant une PrEP contre le VIH ; • chez qui on a diagnostiqué récemment le VIH ; • chez qui une syphilis a été diagnostiquée dans le passé ;	Faible	Très bas



3. patient ou partenaire sexuel originaire d'un pays à forte prévalence de la syphilis ou s'y rendant ou en revenant. Voyez la carte de l'OMS (https://www.who.int/gho/sti/en/). Les pays où la prévalence est supérieure à 1 % sont les suivants : • Afrique subsaharienne : Mauritanie, Mali, Sénégal, Guinée, Liberia, Côte d'Ivoire, Ghana, Togo, Gabon, Tchad, Soudan, Érythrée, Éthiopie, République Centrafricaine, Sud-Soudan, Somalie, Kenya, Gabon, République Démocratique du Congo, Rwanda, Ouganda, Tanzanie, Zambie, Mozambique, Namibie, Botswana, Afrique du Sud, Madagascar, Zimbabwe ; • Pays d'Afrique du Nord : Maroc, Algérie ; • Indonésie et Papouasie-Nouvelle-Guinée ; • Amérique du Sud et centrale : Venezuela, Colombie, République Dominicaine, Argentine, Paraguay ; • Roumanie et Mongolie ; 4. patient hétérosexuel ayant des contacts sexuels oraux, anaux ou vaginaux non protégés lors de relations non exclusivement monogames : • avec plusieurs partenaires en même temps ; • avec plusieurs partenaires sur une courte période ; • avec un partenaire appartenant aux groupes 1, 2 ou 3 mentionnés ci-dessus ; • chez qui une IST, y compris le VIH, a été diagnostiquée au cours de l'année écoulée ; • avec des partenaires dans un cadre anonyme ; 5. adolescents et jeunes de 29 ans maximum ayant des contacts sexuels oraux, anaux ou vaginaux non protégés lors de relations monogames : • en cas de diagnostic de chlamydia, de gonorrhée ou de VIH ; • avec un partenaire appartenant aux groupes 1, 2, 3 ou 4 mentionnés ci-dessus.		
Recherchez la syphilis : • chez un nouveau-né/bébé ou chez la mère si la syphilis a été diagnostiquée chez l'un des deux ; • en cas d'interruption de grossesse ; • en cas de syphilis présumée ou avérée chez le partenaire sexuel ; • chez tous les patients chez qui une IST, y compris le VIH, a été diagnostiquée récemment ; • chez les patients chez qui on vient de diagnostiquer une hépatite B ou C, peut-être contractée par contact sexuel.	Faible	Très bas



4.1.2 Recommandations : Quel échantillon prélever pour le diagnostic de la syphilis

La syphilis connaît trois stades aux symptômes spécifiques. Au stade primaire apparaît un ulcère (appelé classiquement chancre de la syphilis) où la bactérie peut être détectée par un test par PCR. Après ce stade initial, on prélève toujours du sang pour poser un diagnostic fondé sur des tests sérologiques.

Quel échantillon prélever pour le diagnostic de la syphilis	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Les tests sérologiques constituent la clef de voûte du diagnostic : prélevez du sang veineux pour les réaliser.	Forte	Elevé
En présence d'un chancre (lymphadénopathie simple indolore, à base indurée, ± locale, à bords nets, contenant un sérum clair et sans formation de vésicules) et en fonction des procédures du laboratoire local : prélevez un échantillon sur tout ulcère anogénital ou oral suspect pour test PCR.	Faible	Elevé

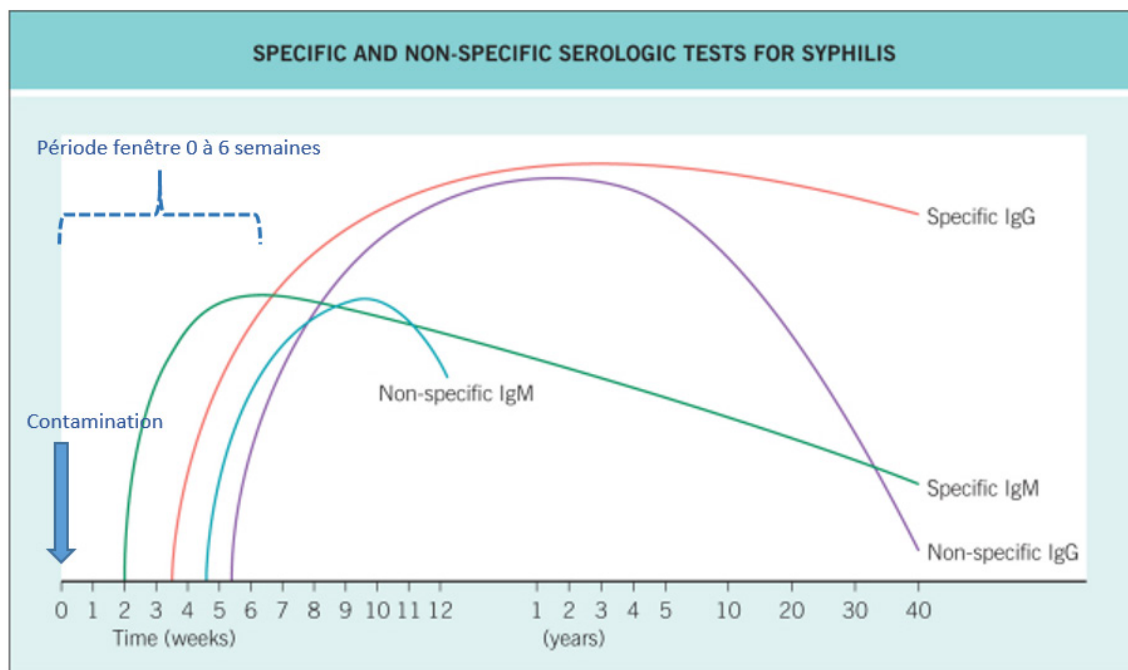
PCR: Réaction en chaîne par polymérase

4.1.3 Recommandations : Quel test utiliser pour le diagnostic de la syphilis

Le résultat d'un seul test ne suffit pas pour poser le diagnostic sérologique de *Treponema pallidum*. Le laboratoire utilise un algorithme de tests sérologiques tréponémiques et non tréponémiques pour constater une infection active (primaire, secondaire ou tertiaire) et en déterminer le stade. Le résultat final (positif, négatif) est appliqué à plus d'un test et réalisé sur un seul et même échantillon. Chaque laboratoire doit indiquer clairement la combinaison de tests qu'il utilise.

Les résultats des tests ne sont pas faciles à interpréter ni pour les microbiologistes ni pour le médecin, notamment parce que l'infection ne se rencontre pas beaucoup en première ligne. C'est pourquoi il est important que les deux parties communiquent clairement l'une avec l'autre. En effet, un diagnostic correct et le suivi de la syphilis reposent sur des informations cliniques et sérologiques (Figure 2). On trouvera des explications plus détaillées sur la combinaison des tests sérologiques dans le rapport et dans le guide de pratique clinique de l'IUSTI.¹¹

L'OMS et les recommandations européennes déconseillent le recours aux tests hors laboratoire (*point-of-care tests*, PoC) dans des contextes à faible prévalence, comme la Belgique. En effet, leurs performances sont médiocres et, dans notre pays, il n'y a pas de problème d'accès à des tests de laboratoire de grande qualité.²⁴ L'usage d'un test PoC exige un contrôle constant assuré par un laboratoire de référence avec, entre autres, une surveillance externe de la qualité.²⁵

**Figure 2 – Évolution de la sérologie de la syphilis dans le temps**

Source : communication personnelle du Professeur Henry de Vries

Quels sont les tests à utiliser pour le diagnostic de la syphilis	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Eu égard aux preuves scientifiques actuelles, nous déconseillons de proposer des tests PoC pour diagnostiquer la syphilis en première ligne.	Forte	Bas



4.1.4 Tests diagnostiques pour la syphilis : Avis de bonne pratique

Tests diagnostiques pour la syphilis : avis de bonne pratique

Comme le diagnostic définitif est posé sur la base du tableau clinique ET des résultats de laboratoire :

- donnez au laboratoire toutes les informations pertinentes concernant l'histoire de la maladie du patient et le diagnostic clinique (symptômes, stade de l'infection, infection antérieure, statut VIH, grossesse et comportement à risque) ;

Analysez CHAQUE résultat positif :

- après l'envoi des échantillons au laboratoire, il se peut que les résultats se fassent attendre 3 à 7 jours. Vérifiez que l'algorithme de tests choisi par le laboratoire est suivi dans son intégralité (donc que tous les tests diagnostiques, y compris ceux à antigène tréponémique et à antigène non tréponémique, sont réalisés). Concertez-vous éventuellement avec le laboratoire ;
- si les résultats sont difficiles à interpréter, demandez des explications à un collègue ayant des connaissances sur la syphilis et/ou adressez le patient à la seconde ligne.

4.2 Traitement de la syphilis

4.2.1 Recommandations : Informations et conseils au patient au sujet de la syphilis

Informations et conseils au patient au sujet de la syphilis	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Conseillez aux patients porteurs d'un stade précoce de syphilis infectieuse de s'abstenir de rapports sexuels jusqu'à une semaine après le début du traitement.	Forte	Bas
Donnez aux patients (et à leurs partenaires sexuels) des informations sur leur infection, dont des détails sur sa transmission, sa prévention et ses complications. Les informations orales doivent être complétées par des documents écrits ou vidéo tels que des liens vers des sites Web scientifiques ou vers des organisations s'occupant d'IST, des prospectus ou des dépliants.	Forte	Bas
Chez toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de syphilis, recherchez aussi d'autres IST, dont le VIH.	Forte	Bas

4.2.2 Recommandations : Instauration d'un traitement de la syphilis

Instauration d'un traitement de la syphilis	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Un traitement doit être instauré dans les cas suivants : • syphilis active ; • tests sérologiques positifs conjugués aux données cliniques ; • pour des raisons épidémiologiques : envisagez le traitement épidémiologique immédiat des partenaires sexuels passés et présents, surtout pour les femmes enceintes.	Forte	Bas



4.2.3 Reconnaissance des symptômes de la syphilis : Avis de bonne pratique

Le GDG souligne que la syphilis ne se rencontre pas fréquemment en première ligne et que ses symptômes peuvent de ce fait passer inaperçus. En effet, l'ulcère qui en est caractéristique (chancre), peut aussi être caché dans une cavité anatomique, par exemple dans le vagin, l'anus ou la gorge.

Reconnaissance des symptômes de la syphilis : avis de bonne pratique

Les symptômes pouvant suggérer une syphilis

- Considérez comme syphilitique, jusqu'à preuve du contraire, tout ulcère (anogénital) ressemblant à un chancre.
- Ulcère syphilitique anogénital ou oral primaire (chancre)
 - Lymphadénopathie régionale
 - Un seul ulcère indolore, induré à la base, aux bords nets, avec sérum clair et sans formation de vésicules
 - Atypique, multiple, douloureux, profond, impossible à distinguer d'un herpès
- Syphilis secondaire symptomatique
 - Éruption cutanée non prurigineuse (roséole, syphilis papulaire)
 - Lésions cutanéomuqueuses — *condylomata lata*
 - Fièvre, lymphadénopathie généralisée, hépatite, splénomégalie, périostite, arthrite et glomérulonéphrite
 - Méningite, paralysie des nerfs crâniens
 - Anomalies auditives et oculaires telles qu'uvéïte, rétinite, otite et œdème papillaire
- Syphilis tertiaire symptomatique
 - Syphilis gommeuse : nodules/plaques d'ulcère (peau, muqueuses, viscères)
 - Neurosyphilis précoce ou tardive : apoplexie, myélite, méningite, paralysie des nerfs crâniens, parésie générale, tabès, cécité soudaine inexplicée, surdité soudaine inexplicée
 - Syphilis cardiovasculaire : insuffisance aortique, sténose ostiale des coronaires, anévrisme aortique (principalement thoracique)

4.2.4 Quand faut-il orienter le patient vers la seconde ligne : Avis de bonne pratique

Orientation vers la seconde ligne dans la syphilis : avis de bonne pratique

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

- grossesse (orientez aussi vers le gynécologue) ;
- tableau clinique de syphilis symptomatique tardive^b ;
- symptômes neurologiques ou suspicion de neurosyphilis ;
- suspicion de syphilis oculaire ;
- symptômes cardiovasculaires ;
- complications.

**Sur la base des résultats sérologiques, après le début du traitement, en cas :**

- d'interprétation difficile des tests sérologiques, ce qui peut influencer la durée du traitement ;
- de réinfections.

^μ Orientez le patient vers un spécialiste ou un collègue ayant des connaissances sur la syphilis, en fonction du type de symptômes ou de certaines caractéristiques (par exemple, grossesse). £ Affections gingivales, maladie cardiovasculaire, ophtalmies, affections neurologiques

4.2.5 Recommandations : Traitement des femmes et des hommes, incluant les adolescents (sauf les femmes enceintes)

Le traitement de base de la syphilis comprend deux injections de benzathine pénicilline G (BPG) au même moment, par exemple dans les fesses droite et gauche.

Si le généraliste ne dispose pas de ces médicaments, il faut prendre contact avec un établissement spécialisé dans le traitement des IST afin qu'un traitement puisse être entamé le jour même. Les problèmes d'approvisionnement en BPG surviennent régulièrement dans le monde et, en Belgique aussi, on importe la BPG de l'étranger. Son remboursement est limité à 6 x 1,2 million d'unités par an au maximum (3 traitements dans la syphilis précoce, 1 dans la forme tardive).

Traitement de la syphilis chez la femme et chez l'homme, incluant les adolescents mais à l'exception des femmes enceintes	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Syphilis précoce Donnez le traitement suivant aux adultes et aux adolescents atteints de syphilis précoce (primaire, secondaire et latente précoce jusqu'à 1 an), dont les patients positifs pour le VIH : • premier choix : 2,4 millions d'unités de BPG en une fois par IM, le 1^{er} jour ; • deuxième choix : 100 mg de doxycycline par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours (attention à la photosensibilisation).	Forte Forte	Bas Très bas
Syphilis tardive Donnez le traitement suivant aux adultes et aux adolescents atteints de syphilis tardive (> 1 an), dont les patients positifs pour le VIH : • premier choix : 2,4 millions d'unités de BPG par semaine, par IM, pendant 3 semaines de suite (1^{er} jour, 8^e jour, 15^e jour) ; • deuxième choix : 100 mg de doxycycline par voie orale, deux fois par jour pendant 28 jours (attention à la photosensibilisation).	Forte Forte	Bas Très bas
En cas d'allergie à la pénicilline • en cas de doute, évaluez d'abord le risque d'anaphylaxie. Utilisez des traitements de substitution (comme la doxycycline) chez les patients ayant des antécédents d'allergie induite par les IgE. • adressez ces patients en vue de tests cutanés pour confirmer l'allergie et envisager une désensibilisation à la pénicilline.	Forte Faible	Très bas Elevé



4.2.6 Traitement de la syphilis : Avis de bonne pratique

Le traitement de la syphilis : avis de bonne pratique

Administrez 2,4 millions d'unités de BPG en deux injections de 1,2 million d'unités en des endroits différents (chaque fesse, par exemple) et remplacez une partie du solvant par un volume identique d'une solution de lidocaïne à 1% afin d'atténuer la douleur due à l'injection. Vérifiez d'abord si le solvant ne contient pas déjà de la lidocaïne. Conseillez au patient de marcher 30 minutes afin de favoriser l'absorption du médicament par le muscle.

Avertissez les patients du risque de phototoxicité lié à la doxycycline et conseillez-leur d'éviter autant que possible de s'exposer au soleil. Conseillez aussi l'usage d'une crème solaire à facteur de protection élevé (SPF) offrant une bonne protection contre les rayonnements UVB et UVA. Le port de vêtements protecteurs et d'une coiffe est également important.

Comment prendre la doxycycline ?

- Prendre les comprimés pendant le repas avec un grand verre d'eau
- Ne pas s'allonger pendant l'heure qui suit la prise des comprimés

Ces mesures de précaution sont importantes en raison des problèmes digestifs potentiels (ulcères œsophagiens surtout).

4.3 Recommandations pour le suivi et la fréquence des tests de dépistage de la syphilis

Les recommandations suivantes sont conformes aux recommandations européennes de l'IUSTI et au guide de pratique britannique sur la syphilis.^{11, 22}

4.3.1 Recommandations : Suivi d'un patient ayant été traité pour la syphilis

Suivi d'un patient ayant été traité pour la syphilis	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Si la sérologie était positive avant le début du traitement	Forte	Très bas
1. Un suivi clinique et sérologique (RPR non tréponémique) est indiqué : • dans la syphilis précoce : à 3 et 6 mois ; • dans la syphilis tardive : à 3, 6 et 12 mois.		
2. Il est recommandé d'orienter le patient vers la seconde ligne : • quand on constate une récurrence de signes ou de symptômes ; • quand le titre RPR non tréponémique n'a PAS diminué de quatre fois en 6 mois à compter du 1^{er} jour du traitement d'une syphilis précoce (primaire, secondaire et latente précoce < 1 an) ; • quand le titre RPR non tréponémique n'a PAS diminué de quatre fois en 12 mois à compter du 1^{er} jour du traitement d'une syphilis tardive (> 1 an).	Forte	Très bas



Si la sérologie ou la PCR était négative avant le début du traitement et que le patient était probablement infecté :		
1. patients symptomatiques ou traités pour une syphilis et présentant un ou plusieurs ulcères : - deux semaines après l'apparition de l'ulcère, réalisez éventuellement des tests sérologiques pour poser un diagnostic d'exclusion ; - répétez les tests sérologiques 6 semaines après l'apparition de l'ulcère afin d'exclure ce diagnostic ;	Faible	Très bas
2. patients asymptomatiques exposés à la syphilis par le biais d'un contact sexuel : - répétez les tests sérologiques après 6 semaines (dans tous les cas), et (facultativement) 12 semaines après le traitement suivant les procédures du laboratoire.	Faible	Très bas

RPR : test Rapide de la Réagine Plasmatique ; PCR : réaction en chaîne par polymérase

4.3.2 Fréquence des tests de dépistage de la syphilis : Avis de bonne pratique

Fréquence des tests de dépistage de la syphilis : avis de bonne pratique

Répétez le test tous les 3 à 12 mois (comme dans d'autres IST) chez les patients asymptomatiques présentant un comportement sexuel à haut risque ou un risque accru de syphilis :

- travailleurs du sexe, tous sexes confondus ;
- HSH présentant un comportement sexuel à haut risque :
 - contacts sexuels non protégés (y compris les baisers) lors de relations non exclusivement monogames
 - prenant une PrEP
 - chez qui on a récemment diagnostiqué un VIH
 - chez qui on a diagnostiqué une syphilis dans le passé

Un résultat négatif servira de point de comparaison pour les tests futurs.

4.4 Pas de déclaration obligatoire de la syphilis

Les infections syphilitiques ne doivent plus être notifiées en Belgique, que ce soit à Bruxelles, en Wallonie ou en Flandre.



5 MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

5.1 Utilisation par d'autres instances publiques

Notre étude a révélé que la nomenclature et le remboursement des tests diagnostiques TAAN et, plus spécifiquement, des tests combinés avec culture axée sur l'infection à Chlamydia trachomatis et la gonorrhée dans le cadre de la résistance médicamenteuse et de la surveillance, posent problème. Ce constat a débouché sur un certain nombre de recommandations stratégiques adressées à l'INAMI (*cf. infra*).

Le **Groupe de travail intercabinets (GTI)**, qui coordonne les actions des pouvoirs publics en matière d'IST et de VIH et auquel participent différents cabinets ministériels, constitue un important facteur favorisant en vue de la mise en œuvre de nos recommandations.

Par ailleurs, la *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid* travaille sur une **application en ligne de notification au partenaire** (partneralert.be). Elle tiendra compte du présent guide de pratique clinique du KCE.

La Commission belge de coordination de la politique Antibiotiques (BAPCOC) est intéressée par l'intégration de nos recommandations sur le traitement dans son guide de première ligne. Celui-ci est conforme à sa « Note de politique pour la législature 2014-2019 » (<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/plan-strategique-bapcoc-2014-2019>).

5.2 Développement d'une application en ligne sur les IST

Le KCE a développé [une application en ligne](#) gratuite pour favoriser une approche adéquate du dépistage des IST dans le cadre d'une consultation de première ligne portant sur la santé sexuelle. Cet outil est basé sur les directives actuelles et reprend également des conseils pour l'approche à privilégier pour d'autres IST.

5.3 Publication sur le réseau Ebpracticenet

Le présent guide de pratique clinique sera aussi publié sur le site d'Ebpracticenet (<https://www.ebpnet.be/fr/Pages/default.aspx>), 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.

6 RÉVISION DES RECOMMANDATIONS

Vu l'évolution rapide des données probantes, il faudrait dans l'idéal revoir ce guide de pratique clinique tous les cinq ans. L'outil en ligne devra également être actualisé lors de chacune de ces mises à jour.



■ RECOMMANDATIONSⁱ

Aux prestataires de soins, aux associations professionnelles et associations scientifiques des prestataires de soins intervenant dans les soins dispensés aux patients atteints d'IST

- Diffuser ces recommandations et veiller à leur mise en œuvre.

Aux prestataires de soins et aux laboratoires concernés par les IST

- Enregistrer et déclarer chaque IST, selon les exigences des entités fédérées.
- Assurer une communication fluide entre les parties :
 - les médecins devraient communiquer au laboratoire les informations cliniques sur la base desquelles une infection est suspectée. C'est particulièrement crucial dans le diagnostic de la syphilis ;
 - les laboratoires devraient communiquer les résultats au généraliste sous une forme compréhensible, incluant le stade de la maladie dans le cas de la syphilis et la localisation anatomique exacte du test positif dans la syphilis et la gonorrhée, et les accompagner de directives sur le test de contrôle de la guérison.

À la BAPCOC (Commission belge de coordination de la politique Antibiotiques)

- Intégrer ces recommandations dans le guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire pour ce qui est des parties consacrées à la gonorrhée et à la syphilis.

À l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)

- Réexaminer les codes de nomenclature concernant le diagnostic de la gonorrhée et des infections à chlamydia et envisager :
 - de rembourser le TAAN combiné gonorrhée/chlamydia ;
 - de ne baser le remboursement de ce test combiné ni sur sa fréquence ni sur l'âge.
- Envisager, en plus d'un code de nomenclature pour une culture destinée au diagnostic de la gonorrhée, un code supplémentaire pour une culture destinée à la surveillance de la résistance aux antibiotiques chez les patients symptomatiques.

ⁱ Le KCE porte seul la responsabilité des recommandations.

**À Sciensano**

- Développer davantage la mission de surveillance des IST pour obtenir un système performant d'enregistrement et de surveillance.

Au Ministre de la Santé publique et à l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé

- Pour une bonne application des lignes directrices, veillez à ce que les antibiotiques recommandés soient disponibles en Belgique.



■ RÉFÉRENCES

1. 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 5 June 2015. MMWR 64
2. Vanden Berghe W, Crucitti T, De Baetselier I. Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen, 2002-2016. Tussentijds rapport Brussels: Sciensano; 2018. Available from: <https://www.sciensano.be/nl/biblio/surveillance-van-soa2016tussentijdsrapport>
3. Verbrugge R, Moreels S, Crucitti T, Van Beckhoven D, Sasse A, Van Casteren V, et al. Annual STI report. Sciensano. 2013.
4. Smets K. Seksueel overdraagbare infecties aanpak in de huisartsenpraktijk. Antwerp: Domus Medica vzw; 2017. Available from: <https://domusmedica.be/richtlijnen/themadossiers/themadossier-seksueel-overdraagbare-infecties>
5. GHAPRO. Leidraad voor medische consultaties bij sekswerkers. Antwerp: Ghapro vzw; 2014. Available from: http://www.ghapro.be/nl/documents/201403LEIDRAAD-1_000.pdf
6. Agentschap Zorg en Gezondheid. Richtlijn infectieziekten Vlaanderen - gonorroe. 2017. Available from: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/richtlijn-gonorroe>
7. Agentschap Zorg en Gezondheid. Richtlijn infectieziektebestrijding Vlaanderen - syfilis. 2017. Available from: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/richtlijn-syfilis>
8. BAPCOC. Recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier 2017 Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC); 2017. Available from: http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/bapcoc_guidelineshospi_2017_sbimc-bvikm_nl_v1.pdf; <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/recommandations-de-traitements-anti-infectieux-en-milieu-hospitalier-2017-integral>
9. Bignell C, Unemo M. 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. Int J STD AIDS. 2013;24(2):85-92.



10. Ghanem KG. Management of Adult Syphilis: Key Questions to Inform the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Clin Infect Dis. 2015;61 Suppl 8:S818-36.
11. Janier M, Hegyi V, Dupin N, Unemo M, Tiplica GS, Potocnik M, et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28(12):1581-93.
12. Kidd S, Workowski KA. Management of Gonorrhea in Adolescents and Adults in the United States. Clin Infect Dis. 2015;61 Suppl 8:S785-801.
13. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Seksueel Overdraagbare Aandoeningen - Multidisciplinaire Richtlijn (Herziening 2018). Utrecht: 2018. Available from: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/multidisciplinaire_richtlijn_soa_herziening_2018.pdf
14. Muyldermans G, Ducoffre G, Leroy M, Dupont Y, Quolin S, et al. Surveillance of Infectious Diseases by the Sentinel Laboratory Network in Belgium: 30 Years of Continuous Improvement. PLoS One. 2016;11(8):e0160429.
15. Verhoeven V, Avonts D, Peremans L, Ieven M, Coenen S. Actieve opsporing van Chlamydia trachomatis in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu. 2004;33(4):182-98.
16. Vansweevelt T. De persoonlijkheidsrechten van minderjarigen en grenzen van het ouderlijk gezag: toestemming van de minderjarige in een medische behandeling. In: HEYVAERT A., KRUIHOF R., VANSWEEVELT T., editors. Juridische aspecten van de geneeskunde. Antwerpen: Kluwer Rechtswetenschappen; 1989. p. 272-6.
17. De Baetselier I, Osbak KK, Smet H, Kenyon CR, Crucitti T. Take three, test one: a cross-sectional study to evaluate the molecular detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in pooled pharyngeal, anorectal and urine samples versus single-site testing among men who have sex with men in Belgium. Acta Clin Belg. 2018:1-5.
18. Papp JR, Schachter J, Gaydos CA, Van Der Pol B. Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae - 2014. MMWR 63
19. World Health Organisation. WHO Guidelines for the Treatment of Neisseria gonorrhoeae Geneva. : 2016. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/gonorrhoea-treatment-guidelines/en/>
20. Cantor AG, Pappas M, Daeges M, Nelson HD. Screening for syphilis: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA. 2016;315(21):2328-37.
21. Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari M, Carville S, Dworzynski K, et al. What are the recommended clinical assessment and screening tests during pregnancy? Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015. KCE Reports 248 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_248_assessments_and_test_during_pregnancy_Report_0.pdf
22. Kingston M, French P, Higgins S, McQuillan O, Sukthankar A, Stott C, et al. UK national guidelines on the management of syphilis 2015. Int J STD AIDS. 2016;27(6):421-46.
23. World Health Organisation. Syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: WHO; 2017. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-ANC-screenandtrat-guidelines/en/>
24. Gaydos CA, Cartwright CP, Colaninno P, Welsch J, Holden J, Ho SY, et al. Performance of the Abbott RealTime CT/NG for detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. Journal of Clinical Microbiology. 2010;48(9):3236-43.
25. Gaydos CA, Van Der Pol B, Jett-Goheen M, Barnes M, Quinn N, Clark C, et al. Performance of the Cepheid CT/NG Xpert Rapid PCR Test for Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. J Clin Microbiol. 2013;51(6):1666-72.



Titre :	Diagnostic et prise en charge de la gonorrhée et de la syphilis – Synthèse
Auteurs :	Vicky Jaspers (KCE), Sabine Stordeur (KCE), 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 (SIDA'SOS), 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)), Agnès Libois (Hôpital Saint-Pierre, Bruxelles), Saphia Mokrane (ULB, UA Ebpracticenet), Elizaveta Padalko (UZ Gent), Sandra Van den Eynde (Sensoa), Wim Vanden Berghe (Sciensano), Thierry Van der Schueren (SSMG), Nicole Dekker (Domus Medica, UA Ebpracticenet)
Facilitateur de projet :	Els Van Bruystegem (KCE)
Superviseur senior :	Sabine Stordeur (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Vicky Jaspers (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Karin Rondia (KCE)
Relecture de la synthèse :	Justien Cornelis (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Leen Verleye (KCE)
Experts externes :	An De Sutter (BAPCOC), Régine Goemaes (Ebpracticenet, VBOV), Jasna Loos (Institut de Médecine Tropicale (IMT)), Yannick Manigard (Hôpital Saint-Pierre, Bruxelles), Tom Platteau (Institut de Médecine Tropicale (IMT))
Stakeholders :	Fabian Colle (ASBL Alias), Jessika Deblonde (Sciensano), Valérie Delpierre (Espace P Namur), Edwinne Deprez (SidaSol), Eline De Zutter (AZ Glorieux Ronse, UZ Gent), Pieter Geentjens (RIZIV – INAMI), Joelle Konings (Zorg en Gezondheid), Lies Lambrecht (vzw Pasop), France Laurent (CHU Ambroise Paré), Maureen Louhenapessy (Plateforme Prévention Sida), Lazare Manirankunda (Institut de Médecine Tropicale (IMT)), Catherine Matagne (Plannings Aimer (ULB) et CPF (Ixelles)), Christophe Moeremans (Fédération Laïque des Centres de Planning Familial), Christiana Nöstlinger (Institut de Médecine Tropicale (IMT)), Winggo Pang (Sensoa and CHU Brugmann), Katleen Peleman (Ghapro vzw), Camelia Rossi (Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-Borinage), Karen Smets (Domus Medica), Sarah Swannet (Domus Medica), Ive Talboom (Studentengezondheidscentrum KU Leuven), Ine Vanden Bussche (Dokters van de wereld), Walli Van Doren (RIZIV – INAMI), Heleen Van Mieghem (vzw Ghapro), Kristien Wouters (Helpcenter ITG)
Validateurs externes :	Charles Cazanave (Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique, CHU Bordeaux, France), Henry de Vries (University of Amsterdam, Amsterdam Public Health Service STD clinic and the National Centre for Infectious diseases control)
Évaluateurs CEBAM :	2019: Dirk Ramaekers, Martine Goossens, Annelies Van Raemdonck, 2023: Patrick Vankrunkelsven, Trudy Bekkering, Gerlinde Lenaerts



Remerciements :	An Crepel (BCFI – CBIP), Agnes Cuyas (NGC), Nicolas Fairon (KCE), Virginie Maes (Sciensano), Romain Mahieu (Direction de la Santé, COCOM), Carole Schirvel (Cellule de surveillance des maladies infectieuses, AVIQ), Jørgen Skov Jensen (IUSTI), Irm Vinck (KCE)
Intérêts déclarés :	Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Nicole Dekker (Soins de 1^{ère} ligne pour Chlamydia et VIH) Titulaire de droits de propriété intellectuelle (brevet, promoteur d'un produit, copyrights, marques déposées, etc.) : Christiana Nöstlinger (Conseil de 1^{ère} ligne pour le screening du VIH – Steekkaart), Sandra Van den Eynde (Produits Sensoa, p.ex. Praat over seks – methodiek) Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Sarah Swannet (Guideline de 1^{ère} ligne pour VIH), Heleen Van Mieghem (Guideline pour soins de 1^{ère} ligne pour personnes vivant avec le VIH) Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Christiana Nöstlinger (PI de l'étude belge 'HERMETIC'), Elizaveta Padalko (Promoteur d'un PhD sur l'optimisation des échantillons pour le diagnostic des MST) Bourse, honoraire ou fonds pour un membre du personnel ou toute autre forme de compensation pour la conduite de la recherche visée au point précédent : Sarah Swannet (Guideline de 1^{ère} ligne pour VIH) Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Charles Cazanave (rémunération pour une communication pour le congrès GILEAD, MSD), Tania Crucitti (paiements FWO pur des participations aux congrès; paiements de la European Society for Infection Diseases in Obstetrics and Gynaecology – ESIDOG – pour des sessions de formation), France Laurent (symposium sur la vaccination de voyage), Christiana Nöstlinger (participation à des réunions européennes – EMIS, ECOC), Karen Smets (Conférences sur les MST pour Domus Medica) Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Christiana Nöstlinger (Coordinateur du projet HIV/SAM – Prévention et promotion de la santé sexuelle chez les migrants Africains Sub-Sahariens en Flandre; Subsidies de la Ministre de la Santé Publique)
Layout :	Joyce Grijseels, Ine Verhulst

**Disclaimer :**

- Les experts externes ont été consultés pendant le développement du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication : 16 septembre 2025 (3^{ème} édition ; 2^{ème} édition : 19 octobre 2023 ; 1^{ère} édition : 26 mars 2019)

Numéro de projet : 2017-09-01

Domaine : Good Clinical Practice (GCP)

MeSH : Practice Guidelines, Primary Health Care, Sexually Transmitted Diseases, *Neisseria gonorrhoea*, Syphilis, *Chlamydia trachomatis*

Classification NLM : WA 110 Prevention and control of communicable diseases. Transmission of infectious diseases

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal : D/2025/10.273/25

ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.
<https://doi.org/10.57598/R371BS>

**Comment citer ce rapport ?**

Jespers V, Stordeur S, Desomer A, Carville S, Jones C, Lewis S, Perry M, Cordyn S, Cornelissen T, Crucitti T, Danhier C, De Baetselier I, De Cannière A-S, Dhaeze W, Dufraimont E, Kenyon C, Libois A, Mokrane S, Padalko E, Van den Eynde S, Vanden Berghe W, Van der Schueren T, Dekker N. Diagnostic et prise en charge de la gonorrhée et de la syphilis – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2025. KCE Reports 371Bs. D/2025/10.273/25.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.