

Le présent guide d'usage optimal s'adresse aux cliniciens de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du clinicien qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. Les recommandations s'adressent aux personnes de 14 ans et plus¹. Elles ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consulter la section *Guides d'usage optimal du site inesss.qc.ca*.

GÉNÉRALITÉS

- ▶ Ce guide est un outil d'aide à la décision lorsque l'évaluation clinique permet d'identifier les syndromes et il porte exclusivement sur la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire (approche syndromique).
- ▶ Les analyses microbiologiques appropriées doivent être réalisées pour tous les sites exposés. La culture pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* demeure un test de choix en présence de signes ou de symptômes, en plus de faire un prélèvement pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) (détails complémentaires en [annexe](#)).

PRISE EN CHARGE

INTERVENTION AUPRÈS DE LA PERSONNE ATTEINTE

L'intervention devrait inclure :

- ▶ une évaluation clinique comprenant un examen physique, l'identification des facteurs de risque d'ITSS et la recherche des ITSS selon les facteurs de risque et les manifestations cliniques;
- ▶ une recommandation indiquant de s'abstenir d'avoir des contacts sexuels jusqu'à 7 jours après la fin d'un traitement à dose unique **OU** jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples **ET** jusqu'à la résolution des symptômes²:
 - ▷ en cas de doute quant à l'abstinence, une recommandation indiquant d'utiliser des méthodes barrières pour tout type de contact sexuel (génital, oro-génital, anal ou oro-anal);
- ▶ le soutien auprès de la personne atteinte dans sa démarche visant la notification et le traitement de ses partenaires. La [direction de santé publique](#) (DSP) régionale peut offrir du soutien dans cette démarche.

INTERVENTION AUPRÈS DES PARTENAIRES

Partenaires à joindre s'ils ont eu un contact sexuel avec la personne atteinte :

- ▶ dans les 60 jours précédant les premiers symptômes ou le prélèvement; **OU**
- ▶ pendant que la personne avait des symptômes; **OU**
- ▶ avant la fin du traitement à doses multiples ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique.

Il peut être justifié, dans certaines situations, de rechercher des partenaires sur une plus longue période.

L'intervention devrait inclure :

- ▶ une évaluation clinique comprenant l'identification des facteurs de risque d'ITSS;
- ▶ un dépistage de l'infection à laquelle la personne a potentiellement été exposée et des autres ITSS selon les facteurs de risque décelés, consulter l'outil [ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés](#);
- ▶ en l'absence de signes et de symptômes, un traitement épidémiologique sans attendre les résultats du dépistage : [algorithme décisionnel](#);
- ▶ en présence de signes ou de symptômes : une approche syndromique;
- ▶ le soutien auprès de cette personne dans sa démarche visant la notification et le traitement de ses partenaires si les résultats des analyses microbiologiques sont positifs.

Pour plus d'informations, consulter les outils [Personne exposée à une ITSS : que faire?](#) et [Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes](#).

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)

Les infections à *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* ainsi que la LGV documentées par une analyse de laboratoire doivent être déclarées par le clinicien à la [DSP](#) régionale (détails complémentaires en [annexe](#)).

GRATUITÉ DE LA MÉDICATION

Pour les personnes inscrites au régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et détentrices d'une carte d'assurance maladie, d'un carnet de réclamation ou d'une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides : inscrire sur l'ordonnance le code **K** (pour la personne atteinte) ou le code **L** (pour les partenaires). Le coût de la lidocaïne 1 % sans épinéphrine est couvert par le programme de gratuité dans le cadre du traitement d'une ITS ou d'un syndrome associé lorsqu'il est précisé sur l'ordonnance : « diluant à la ceftriaxone »

1. Si un cas d'abus sexuel est suspecté, se référer au [Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle](#).
2. En cas de non-respect de la consigne d'abstinence, consulter un collègue expérimenté pour connaître la prise en charge appropriée.

CERVICITE ET URÉTRITE

MANIFESTATIONS CLINIQUES¹

CERVICITE :

- ▶ Pertes vaginales anormales
- ▶ Saignements vaginaux intermenstruels ou post-coïtaux
- ▶ Exsudat endocervical mucopurulent ou purulent
- ▶ Ne pas confondre l'érythème associé à un ectropion avec celui associé à la cervicite

URÉTRITE :

- ▶ Brûlures mictionnelles
- ▶ Inconfort urétral
- ▶ Écoulement urétral
- ▶ La pollakiurie, l'hématurie, le ténésme vésical et la miction impérieuse sont rarement associés à une urétrite. L'identification de l'un de ces symptômes exige une évaluation plus approfondie.

ÉTIOLOGIE

- ▶ *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*
- ▶ Si les résultats des analyses sont négatifs et que les symptômes persistent, considérer la possibilité de la présence d'autres agents pathogènes, tels que *Mycoplasma genitalium* et *Trichomonas vaginalis*, et consulter un collègue expérimenté.
- ▶ Des signes et symptômes suggestifs de cervicite peuvent aussi être associés à d'autres causes, y compris aux méthodes contraceptives. En l'absence de facteur de risque d'ITSS et de signe d'atteinte inflammatoire pelvienne, il est possible d'attendre les résultats des analyses de laboratoire avant de traiter, à condition de convenir d'une façon fiable de joindre la personne et de convenir de la modalité de prescription éventuelle.

TRAITEMENT

1^{ER} CHOIX :

Ceftriaxone² 250 mg IM en dose unique

ET

Doxycycline³ 100 mg PO BID x 7 jours

2^E CHOIX :


Ceftriaxone² 250 mg IM en dose unique **OU** céfixime 800 mg PO en dose unique

ET

Azithromycine⁴ 2 g PO en dose unique

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE

À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES⁵

Cliquer [ici](#)  pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie

À UNE CÉPHALOSPORINE

Se référer à l'option de traitement ci-dessous.

Gentamicine⁶ 240 mg IM (en deux injections de 3 ml)

ET

Azithromycine⁴ 2 g PO en dose unique

SUIVI

CERVICITE :

- ▶ Investigation supplémentaire ou consultation d'un collègue expérimenté si les symptômes persistent au-delà de 48 à 72 heures ou réapparaissent après la fin du traitement.
- ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

URÉTRITE :

- ▶ La disparition des symptômes peut prendre jusqu'à 7 jours.
- ▶ Investigation supplémentaire ou consultation d'un collègue expérimenté si les symptômes persistent ou réapparaissent.
- ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.
2. Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaine 1 % sans épinéphrine.
3. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si traitement de moins de 3 semaines.
4. Si vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.
5. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.
6. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

ÉPIDIDYMITE/ORCHI-ÉPIDIDYMITE

MANIFESTATIONS CLINIQUES¹


- ▶ Douleur testiculaire progressive habituellement unilatérale²
- ▶ Sensibilité de l'épididyme ou du testicule à la palpation
- ▶ Tuméfaction palpable de l'épididyme
- ▶ Écoulement urétral
- ▶ Hydrocèle
- ▶ Érythème ou œdème du scrotum sur le côté affecté
- ▶ Fièvre

La consultation d'un collègue expérimenté et une hospitalisation devraient être envisagées si une douleur sévère ou la fièvre suggèrent un autre diagnostic (torsion testiculaire, infarctus testiculaire, abcès, fasciite nécrosante). Une forte fièvre est inhabituelle et elle suggère une infection compliquée; une évaluation plus approfondie est recommandée.

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT

<i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> chez les hommes ayant des facteurs de risque d'ITSS	Bâtonnets Gram négatif acquis par exemple lors de manipulations urologiques ou de relations sexuelles anales insertives non protégées	Une combinaison des deux étiologies précédentes
Avec facteurs de risque d'ITSS ET sans risque d'infection par bâtonnets Gram négatif	Sans facteur de risque d'ITSS ET avec risque d'infection par bâtonnets Gram négatif⁵	Avec facteurs de risque d'ITSS ET avec risque d'infection par bâtonnets Gram négatif⁵
Ceftriaxone ^{3,4} 250 mg IM en dose unique ET Doxycycline ³ 100 mg PO BID x 14 jours	Amorcer le traitement avec ciprofloxacine ^{3,6} 500 mg PO BID x 10 à 14 jours ET réévaluer dès la réception du résultat de l'antibiogramme réalisé sur la souche isolée de la culture d'urine	Ceftriaxone ^{3,4} 250 mg IM en dose unique ET Lévofloxacine ^{3,6} 500 mg PO DIE x 10 jours

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE

À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ⁷	À UNE CÉPHALOSPORINE
Cliquer ici  pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie	Se référer à l'option de traitement ci-dessous.

Consulter un collègue expérimenté.

SUIVI

- ▶ Réévaluation du diagnostic et du traitement nécessaire s'il n'y a pas d'amélioration clinique 48 à 72 heures après le début du traitement.
- ▶ Réexamen environ 1 mois après la fin du traitement afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'anomalie testiculaire persistante.
- ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.
2. Une torsion du testicule devrait être envisagée si douleur aiguë (plus fréquente chez les hommes de moins de 20 ans). Elle constitue une urgence chirurgicale.
3. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.
4. Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.
5. Des prélèvements pour la détection de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* (TAAN et culture) ainsi qu'une culture d'urine devront être effectués avant le début du traitement.
6. Il existe une mise en garde quant à l'usage des quinolones chez les moins de 18 ans. Consulter un collègue expérimenté.
7. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (AIP)

MANIFESTATIONS CLINIQUES¹

Les manifestations suivantes, associées ou non à la cervicite, suggèrent un diagnostic d'atteinte inflammatoire pelvienne :

- ▶ Dyspareunie profonde
- ▶ Fièvre
- ▶ Sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin

L'absence de détection de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* à partir des prélèvements effectués lors de l'évaluation clinique n'exclut pas le diagnostic d'une atteinte inflammatoire pelvienne.

ÉTILOGIE

Les schémas thérapeutiques doivent couvrir un large spectre d'agents pathogènes, comprenant les agents d'ITSS, en plus de tenir compte de la nature polymicrobienne des atteintes inflammatoires pelviennes.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- ▶ Ce guide présente exclusivement les traitements administrés par voies orale et intramusculaire.
- ▶ Écarter la possibilité d'une grossesse.
- ▶ Stérilet : Le retrait immédiat n'est pas requis. Une évaluation est recommandée de 48 à 72 heures à la suite de l'amorce de l'antibiothérapie. Cette dernière doit toutefois avoir commencé avant le retrait éventuel du stérilet.
- ▶ Si l'antibiothérapie est amorcée à l'hôpital, la poursuite éventuelle en ambulatoire doit permettre de compléter une durée totale de traitement de 14 jours.

Critères d'hospitalisation ou d'orientation vers un collègue expérimenté :

- ▶ Suspicion d'urgence chirurgicale (p. ex. : appendicite ou grossesse extra-utérine)
- ▶ Atteinte grave de l'état général, nausées, vomissements ou forte fièvre
- ▶ Suspicion d'abcès tubo-ovarien
- ▶ Grossesse
- ▶ Immunosuppression modérée ou grave
- ▶ Problème anticipé d'adhésion à l'antibiothérapie ambulatoire
- ▶ Intolérance à l'antibiothérapie ambulatoire
- ▶ Absence de réponse clinique après 3 jours

TRAITEMENT

Ceftriaxone^{2,3} 250 mg IM en dose unique

ET


Doxycycline^{2,4} 100 mg PO BID x 14 jours

ET

Métronidazole^{2,5} 500 mg PO BID x 14 jours

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE

À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES⁶

Cliquer [ici](#)  pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie.

À UNE CÉPHALOSPORINE

Se référer à l'option de traitement ci-dessous.

Consulter un collègue expérimenté.

SUIVI

- ▶ Les personnes devraient être suivies étroitement et subir un nouvel examen 3 jours après le début du traitement afin de vérifier l'amélioration clinique.
- ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.
2. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.
3. Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.
4. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si traitement de moins de 3 semaines.
5. En cas de nausées incapacitantes ou de vomissements, recommander l'arrêt du métronidazole et la poursuite de la doxycycline.
6. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

RECTITE

MANIFESTATIONS CLINIQUES¹

- ▶ Écoulement rectal mucopurulent
- ▶ Douleur anorectale
- ▶ Selles sanglantes
- ▶ Ténésme
- ▶ Constipation

ÉTIOLOGIE

- ▶ *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* (génotypes LGV et non LGV), *Treponema pallidum* (syphilis) et virus herpès simplex
- ▶ Maladie inflammatoire de l'intestin
- ▶ Dommage tissulaire résultant de l'insertion de corps étrangers

En présence de diarrhée et de crampes abdominales, envisager une infection par des entéropathogènes qui peuvent être transmis par voie oro-anale, tels *Shigella* sp. ou *Campylobacter* sp.

PRINCIPES DE TRAITEMENT


En plus de la recherche de *N. gonorrhoeae* par culture et TAAN et de *C. trachomatis* par TAAN au niveau rectal, il est fortement recommandé de procéder à des analyses sérologiques de la syphilis et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez toute personne présentant une rectite.

TRAITEMENT SI ÉTIOLOGIE ITSS

1^{ER} CHOIX : Ceftriaxone ² 250 mg IM en dose unique ET Doxycycline ^{3,4} 100 mg PO BID x 7 jours	2^E CHOIX : Céfixime 800 mg PO en dose unique ET Azithromycine ^{3,5} 2 g PO en dose unique ET Doxycycline ^{3,4} 100 mg PO BID x 7 jours
---	---

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE

À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES⁶

Cliquer [ici](#)  pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie.

À UNE CÉPHALOSPORINE

Se référer à l'option de traitement ci-dessous.

Gentamicine³ 240 mg IM (en deux injections de 3 ml)

ET

Azithromycine^{3,5} 2 g PO en dose unique

SUIVI

- ▶ Un suivi clinique est requis jusqu'à la résolution des symptômes.
- ▶ En présence d'un résultat positif à *C. trachomatis* avec un génotypage associé à la LGV, commencer ou poursuivre le traitement avec la doxycycline^{3,4} 100 mg PO BID pour un total de 21 jours consécutifs. Pour plus de détails, consulter l'[outil clinique sur la LGV](#) produit par le MSSS.
- ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.
2. Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.
3. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.
4. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si traitement de moins de 3 semaines.
5. Si vomissements dans l'heure suivant la prise de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.
6. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

ANTIBIORÉSISTANCE

La croissance de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux différents antibiotiques est rapide et les traitements recommandés pourraient éventuellement être modifiés selon l'évolution de la sensibilité des souches au traitement. La vigilance des praticiens s'impose. Voici un sommaire de l'antibiorésistance de *N. gonorrhoeae* au Québec. Pour plus de détails, consulter le [site web du LSPQ](#).

- ▶ La résistance aux quinolones et aux tétracyclines est bien installée.
- ▶ La résistance à l'azithromycine est en progression rapide.
- ▶ La résistance aux céphalosporines de troisième génération est en émergence.

RÉINFECTION

Afin de détecter une possible réinfection, recommander un dépistage 3 à 6 mois après le traitement de l'infection initiale à toutes les personnes infectées par *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*. Le dépistage suivant une infection documentée s'ajoute au test de contrôle préalablement effectué, si indiqué.

TESTS DE CONTRÔLE

- ▶ Lorsque les résultats des analyses de laboratoire (culture ou TAAN) révèlent la présence de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, vérifier si un test de contrôle est indiqué.

	INFECTION À <i>C. TRACHOMATIS</i>	INFECTION À <i>N. GONORRHOEAE</i>
INDICATIONS	<p>Un test de contrôle n'est pas recommandé dans les cas d'infection à <i>C. trachomatis</i>, sauf dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Persistance ou apparition de signes ou symptômes ▶ Grossesse ▶ Problème anticipé d'adhésion au traitement ▶ Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés ▶ Infection rectale à <i>C. trachomatis</i> traitée avec azithromycine ▶ Infection à <i>C. trachomatis</i> de génotype L₁₋₃ (LGV) 	<p>Un test de contrôle est recommandé dans tous les cas d'infection gonococcique, en particulier dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Persistance ou apparition de signes ou symptômes ▶ Grossesse ▶ Problème anticipé d'adhésion au traitement ▶ Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés ▶ Infection pharyngée (même si traitée avec ceftriaxone) ▶ Utilisation du schéma thérapeutique combinant la gentamicine et l'azithromycine dans le cadre d'un antécédent de réaction allergique ▶ Résistance démontrée ou sensibilité réduite¹ à l'un des antibiotiques utilisés ▶ Partenaire d'une personne chez qui une résistance ou une sensibilité réduite¹ à l'un des antibiotiques utilisés a été démontrée
PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES	<p>TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement</p>	<p>En cas d'infection pharyngée² : TAAN³ et culture effectués le plus tôt possible à partir de 2 semaines après la fin du traitement OU culture⁴ effectuée le plus tôt possible à partir de 3 jours et jusqu'à 2 semaines après la fin du traitement.</p> <p>En cas d'infection autre que pharyngée² : TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 2 semaines après la fin du traitement⁵. Si la personne présente des symptômes au moment de la visite de contrôle, procéder également à un prélèvement pour culture. Une culture effectuée le plus tôt possible à partir de 3 jours et jusqu'à 2 semaines après la fin du traitement est également envisageable.</p>

1. Seuil de sensibilité réduite à la céfixime établi à une concentration minimale inhibitrice (CMI) $\geq 0,125$ mg/L.
2. Si un rendez-vous de suivi est proposé 2 semaines après le traitement, la personne devrait être avisée de se présenter plus rapidement si persistance ou apparition de symptômes. Dans ce cas, des prélèvements pour culture devront être effectués.
3. Un TAAN effectué à partir d'un prélèvement pharyngé peut être associé à des résultats faux positifs. Pour les TAAN de contrôle positifs au site pharyngé, consulter l'annexe 4 du [guide explicatif de l'INSPQ](#) pour des détails complémentaires sur la prise en charge.
4. Un prélèvement supplémentaire pour TAAN peut être effectué à partir de 2 semaines selon le jugement du clinicien.
5. En présence d'un résultat positif au TAAN de contrôle, il est souhaitable de procéder à un prélèvement pour culture à la condition de ne pas retarder le traitement.

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES RELATIVES AUX ITSS

Lorsqu'une personne consulte, notamment pour une ITSS, pour la contraception ou dans le cas d'un examen clinique préventif, les praticiens devraient :

- Rechercher les facteurs de risque pour les ITSS et dépister selon les indications, puisque plusieurs personnes sont asymptomatiques et ignorent qu'elles sont infectées;
- Informer la personne sur les pratiques sexuelles à risques réduits et lui conseiller de les utiliser de façon constante;
- Vacciner contre les hépatites A et B et le virus du papillome humain selon les indications du [Protocole d'immunisation du Québec](#).

La prophylaxie préexposition (PPrE) peut être envisagée chez certains groupes de personnes à risque de contracter le VIH. Au besoin, consulter l'outil du MSSS : [Guide PPrE pour les professionnels de la santé du Québec](#).

Différents outils associés à l'intervention préventive relative aux ITSS sont disponibles sur le [site du MSSS](#), notamment les suivants :

- [Guide québécois de dépistage des ITSS](#)
- [ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés](#)
- [Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique - Infections à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae - Lymphogranulomatose vénérienne](#)
- [Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique - Syphilis, hépatites B et C, VIH](#)
- [Personne exposée à une ITSS : que faire?](#)
- [Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes](#)
- [Estimation du risque associé aux activités sexuelles](#)
- [Vaccination et ITSS](#)
- [Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS](#)
- [Site Internet, dépliants et brochures à l'intention des patients](#) (p. ex. [Entre caresses et baisers, une ITSS s'est fauflée... Il faut en parler](#))

RÉFÉRENCES

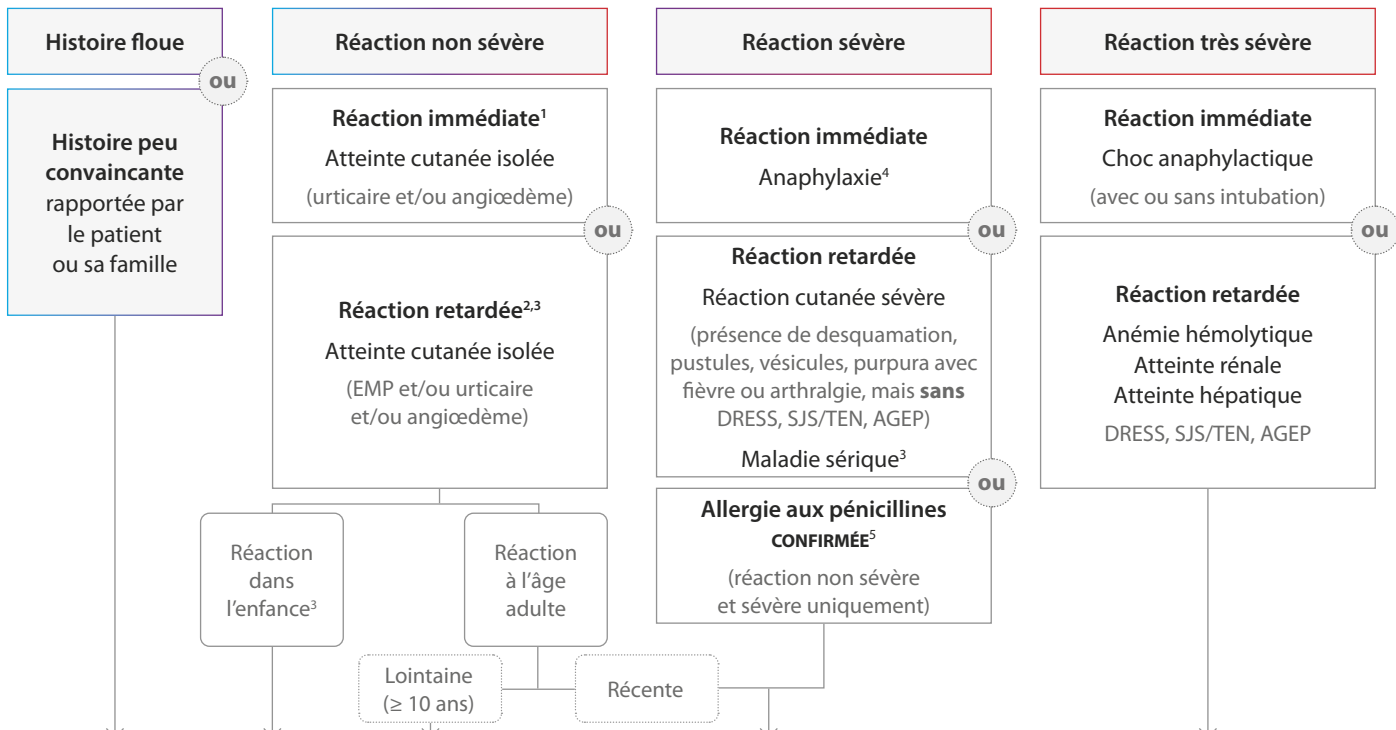
Pour consulter les références, voir le [rapport en soutien au GUO](#).



TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DES ITSS - APPROCHE SYNDROMIQUE

SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION ALLERGIQUE ANTÉRIEURE AUX ANTIBIOTIQUES DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES

ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION INITIALE



PRISE DE DÉCISION CONCERNANT LE CHOIX DE LA BÊTA-LACTAMINE ET LES CONDITIONS D'ADMINISTRATION

JE PRESCRIS DE FAÇON SÉCURITAIRE	JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE	J'ÉVITE DE PRESCRIRE
👍 Céphalosporines DIFFÉRENTES Céfixime OU Ceftriaxone selon les recommandations de traitement	📄 Céphalosporines DIFFÉRENTES Céfixime OU Ceftriaxone selon les recommandations de traitement La 1 ^{re} dose devrait toujours être administrée sous surveillance médicale. Si antécédents de réactions : <ul style="list-style-type: none"> • immédiates, un test de provocation devrait être réalisé; • retardées, le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récurrence possible dans les jours suivant l'utilisation de l'antibiotique. 	🚫 Bêta-lactamine⁶ Privilégier une autre classe d'antibiotique.
	SI UNE BÊTA-LACTAMINE⁶ NE PEUT ÊTRE ADMINISTRÉE, JE PEUX PRESCRIRE...	JE PRESCRIS
	selon la recommandation de traitement en présence d'un antécédent de réaction allergique	selon la recommandation de traitement en présence d'un antécédent de réaction allergique

1. Réaction immédiate (de type I ou IgE-médiée) : se déclare généralement en moins d'une heure suivant la prise de la **première dose** d'un antibiotique.
2. Réaction retardée (de types II, III et IV) : peut survenir à tout moment à partir d'une heure suivant l'administration de l'antibiotique.
3. Les réactions cutanées retardées et les réactions de type maladie sérique qui apparaissent chez les enfants sous antibiothérapie sont généralement non allergiques et peuvent être d'origine virale.
4. Anaphylaxie sans choc ou intubation : nécessite un niveau supplémentaire de vigilance.
5. Sans recommandations pour d'autres bêta-lactamines.
6. Pénicillines, céphalosporines et carbapénèmes.

AGEP : acute generalized exanthematous pustulosis;
DRESS : drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms;
EMP : éruption maculo-papuleuse;
SJS : Stevens-Johnson syndrome;
TEN : toxic epidermal necrolysis.

Pour plus d'information, consultez [l'outil interactif](#) et [l'outil d'aide à la décision](#).

Précision pour les TAAN positifs à *N. gonorrhoeae* au site pharyngé

- ▶ Pour les infections pharyngées à *N. gonorrhoeae* détectées par TAAN, le spécimen est acheminé au LSPQ pour confirmation. Consulter le [guide explicatif de l'INSPQ](#) pour les recommandations à propos de la prise en charge à la suite d'un résultat préliminaire positif par TAAN pour *N. gonorrhoeae* à partir d'un prélèvement pharyngé. Ces recommandations sont regroupées dans le guide de l'INSPQ sous la forme d'un algorithme de prise en charge :
 - Annexe 3 – « Algorithme clinique pour la prise en charge des infections à *N. gonorrhoeae* ; prélèvement initial »

Précision sur la maladie à déclaration obligatoire (MADO)

- ▶ Lorsque l'échantillon est acheminé au LSPQ pour une analyse de confirmation de TAAN *N. gonorrhoeae* positif, le laboratoire de microbiologie procède immédiatement à la déclaration du cas à la DSP, sur la base du résultat préliminaire.
- ▶ Le LSPQ se chargera de transmettre à la DSP le résultat final de l'analyse de confirmation; le déclarant initial n'a pas à retransmettre un nouveau formulaire, et ce, peu importe le résultat de l'analyse de confirmation.