

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 insss.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 infections transmissibles sexuellement et par le sang (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 du prélèvement pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* et *N. gonorrhoeae* par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

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;
- ▶ un traitement adéquat et un suivi de la personne atteinte;
- ▶ 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 (général, oro-général, 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 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 présence de signes ou de symptômes, une approche syndromique : consulter le [Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique](#);
- ▶ en l'absence de signes ou de symptômes, un traitement épidémiologique sans attendre les résultats du dépistage : consulter l'[Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques](#).

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*, à *N. gonorrhoeae* ainsi que la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), documentées par une analyse de laboratoire, doivent être déclarées par les cliniciens à la [DSP](#) régionale.

GRATUITÉ DE LA MÉDICATION

Pour les personnes inscrites à la Régie de l'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 valide : 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

CERVICITE ET URÉTRITE
ÉPIDIDYMITÉ/ORCHI-ÉPIDIDYMITÉ
ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE
RECTITE

Consulter les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca

MANIFESTATIONS CLINIQUES¹

CERVICITE

- ▶ Pertes vaginales inhabituelles
- ▶ Saignements vaginaux intermenstruels ou postcoïtaux
- ▶ 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.


ÉTILOGIE

- ▶ *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*.
- ▶ Si les résultats des analyses sont négatifs pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* et que les symptômes persistent, d'autres agents pathogènes, tels que *Mycoplasma genitalium* et *Trichomonas vaginalis*, devraient être recherchés en plus d'envisager d'autres causes.
- ▶ Il est possible que la cause des symptômes demeure inconnue.

TRAITEMENT

1^{ER} CHOIX	Ceftriaxone ² 500 mg IM en dose unique ET Doxycycline ³ 100 mg PO BID x 7 jours
2^E CHOIX	Ceftriaxone ² 500 mg IM en dose unique OU céfixime 800 mg PO en dose unique ET Azithromycine ⁴ 2 g PO en dose unique
GROSSESSE	Ceftriaxone ² 500 mg IM en dose unique OU céfixime 800 mg PO en dose unique ET Azithromycine ⁴ 2 g PO en dose unique <i>Amorcer le traitement, puis consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.</i>

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE⁵

À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ⁶	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.
Gentamicine ^{7,8} 240 mg IM (dose unique en deux injections de 3 ml) ET Azithromycine ⁴ 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 lidocaïne 1 % sans épinéphrine.
3. La doxycycline est contre-indiquée lors de la grossesse. Elle est compatible, au besoin, avec l'allaitement si le traitement est de moins de 3 semaines.
4. S'il y a vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.
5. En présence d'un antécédent de réaction allergique durant la grossesse ou l'allaitement, consulter un collègue expérimenté.
6. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.
7. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.
8. L'administration de la gentamicine est déconseillée durant la grossesse. Son usage devrait être réservé aux infections graves ou lorsque les agents de première intention ne peuvent pas être utilisés ou sont susceptibles d'échouer.

ÉPIDIDYMITE/ORCHI-ÉPIDIDYMITE

CERVICITE ET URÉTRITE
ÉPIDIDYMITE/ORCHI-ÉPIDIDYMITE
ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE
RECTITE

Consulter les mises à jour de ce guide à insss.qc.ca

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 PRÉSUMÉE ET TRAITEMENT

<i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> chez les personnes qui présentent des facteurs de risque d'ITSS	Bâtonnets Gram négatif acquis, par exemple, lors de manipulations urologiques ou de relations sexuelles anales insertives non protégées chez des partenaires sexuels mutuellement exclusifs	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 négatif	Avec facteurs de risque d'ITSS ET avec risque d'infection par bâtonnets Gram négatif
Ceftriaxone ^{3,4} 500 mg IM en dose unique ET Doxycycline ³ 100 mg PO BID x 14 jours	Amorcer le traitement avec Lévofloxacine ^{3,5} 500 mg PO DIE x 10 jours ET réévaluer dès la réception du résultat de l'antibiogramme réalisé sur la souche isolée de la culture d'urine	Ceftriaxone ^{3,4} 500 mg IM en dose unique ET Lévofloxacine ^{3,5} 500 mg PO DIE x 10 jours

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE

À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES⁶	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 de 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 en cas de douleur aiguë (plus fréquente chez les personnes 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. Il existe une mise en garde quant à l'usage des fluoroquinolones chez les moins de 18 ans. Consulter un collègue expérimenté pour la population pédiatrique.
6. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE

MANIFESTATIONS CLINIQUES¹

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

- ▶ Dyspareunie profonde
- ▶ Fièvre (l'absence de fièvre n'exclut pas le diagnostic d'une AIP)
- ▶ Sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin

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

ÉTIOLOGIE

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 AIP.

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

TRAITEMENT AMBULATOIRE	Ceftriaxone ^{2,3} 500 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
GROSSESSE	Consulter un collègue expérimenté. <i>Les manifestations cliniques de l'AIP peuvent parfois être confondues avec certains symptômes associés à la grossesse, p. ex. des malaises pelviens, des nausées, de légers saignements et de la fatigue. La vigilance s'impose.</i>

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE

À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ⁶	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

- ▶ 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 lors de la grossesse. Elle est compatible, au besoin, avec l'allaitement si le traitement est 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 agents entéropathogènes qui peuvent être transmis par voie oro-anales, tels *Shigella* spp. ou *Campylobacter* spp.


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 particulièrement important de procéder à des analyses sérologiques pour rechercher la syphilis et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez toute personne qui présente une rectite.

TRAITEMENT SI ÉTIOLOGIE ITSS PRÉSUMÉE

1^{ER} CHOIX	Ceftriaxone ² 500 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
GROSSESSE	Consulter un collègue expérimenté.

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE⁶

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.
Gentamicine ^{3,8} 240 mg IM (dose unique 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 doxycycline⁴ 100 mg PO BID pour un total de 21 jours consécutifs. Pour plus de détails, consulter l'[outil clinique sur la LGV](#).
- ▶ 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 lors de la grossesse. Elle est compatible, au besoin, avec l'allaitement si le traitement est de moins de 3 semaines.
5. S'il y a vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.
6. En présence d'un antécédent de réaction allergique durant la grossesse ou l'allaitement, consulter un collègue expérimenté.
7. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.
8. L'administration de la gentamicine est déconseillée durant la grossesse. Son usage devrait être réservé aux infections graves ou lorsque les agents de première intention ne peuvent pas être utilisés ou sont susceptibles d'échouer.

TESTS DE CONTRÔLE

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

	INFECTION À <i>C. TRACHOMATIS</i> ¹	INFECTION À <i>N. GONORRHOEAE</i> ¹
Indications du test de contrôle	<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 sans doxycycline► Infection à <i>C. trachomatis</i> de génotype L₁₋₃ (LGV)	Effectuer un test de contrôle dans tous les cas.
Prélèvements et analyses	TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement	TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement² Si le prélèvement est effectué dans les 3 semaines suivant le traitement, la recherche de <i>N. gonorrhoeae</i> doit se faire par culture.

1. La réalisation du test de contrôle est primordiale en présence d'une grossesse.

2. Pour les infections à *N. gonorrhoeae*, en présence d'un résultat positif au TAAN de contrôle, un prélèvement pour culture devrait être réalisé à la condition de ne pas retarder le traitement.

ANTIBIORÉSISTANCE

L'augmentation 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. Pour plus de détails, consulter le [site Web du LSPQ](#).

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.

RÉFÉRENCES

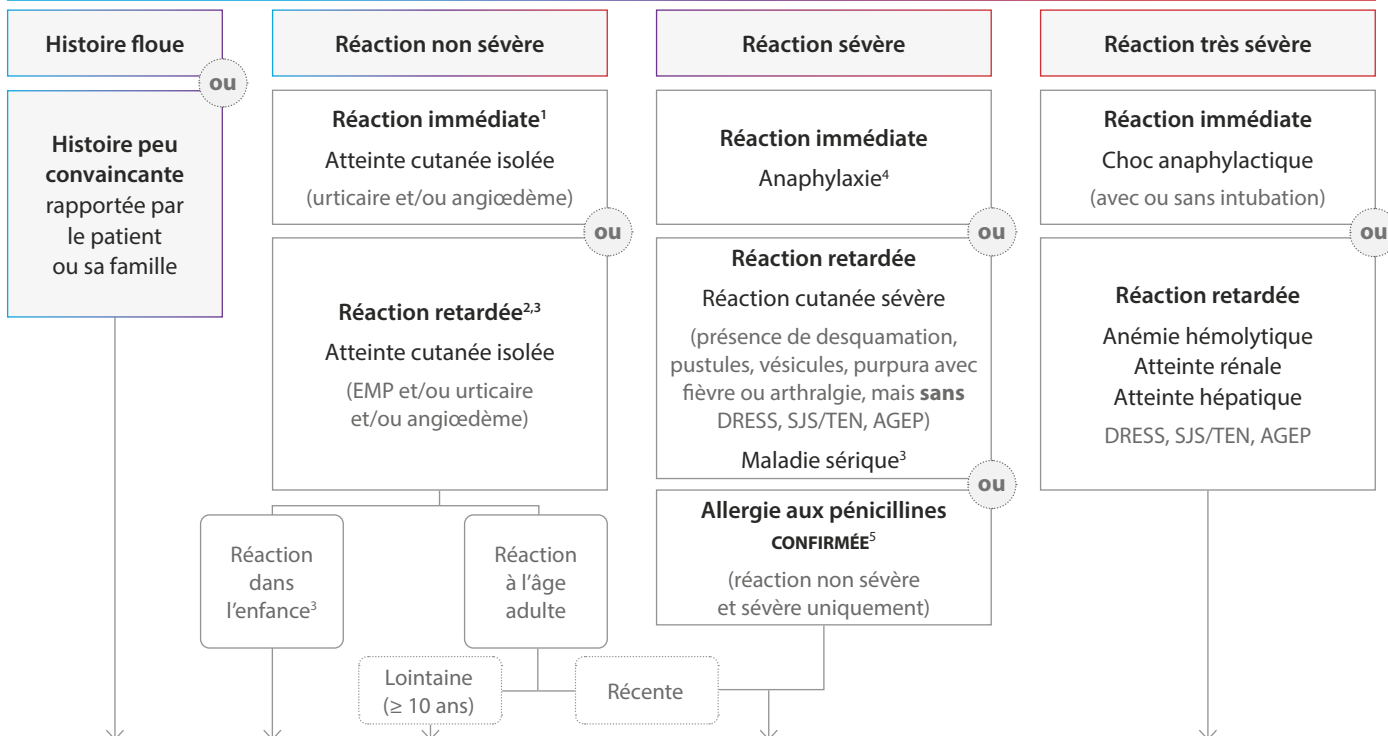
Pour consulter les références, voir le [rapport associé au GUO](#).



ANNEXE I – ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES CHEZ UNE PERSONNE QUI PRÉSENTE UN SYNDROME COMPATIBLE AVEC UNE INFECTION À *N. GONORRHOEAE*

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

ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION INITIALE



JE PRESCRIS DE FAÇON SÉCURITAIRE

Céphalosporines DIFFÉRENTES
Céfixime OU Ceftriaxone
selon les recommandations de traitement

JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE

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 :

- **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.

SI UNE BÊTA-LACTAMINE⁶ NE PEUT ÊTRE ADMINISTRÉE, JE PEUX PRESCRIRE...

selon la recommandation de traitement en présence d'un antécédent de réaction allergique

J'ÉVITE DE PRESCRIRE

Bêta-lactamine⁶
Privilégier une autre classe d'antibiotique.

JE PRESCRIS

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](#).

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

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, le virus du papillome humain et la variole simienne (mpox) selon les indications du [Protocole d'immunisation du Québec](#).

La prophylaxie préexposition (PPrE) pourrait 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](#).

La prophylaxie postexposition par la doxycycline (doxy PPE) employée pour la prévention des ITS bactériennes, notamment la gonorrhée, la syphilis et la chlamydia, pourrait être envisagée chez certains groupes de personnes à risque de contracter ces ITS.

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](#))