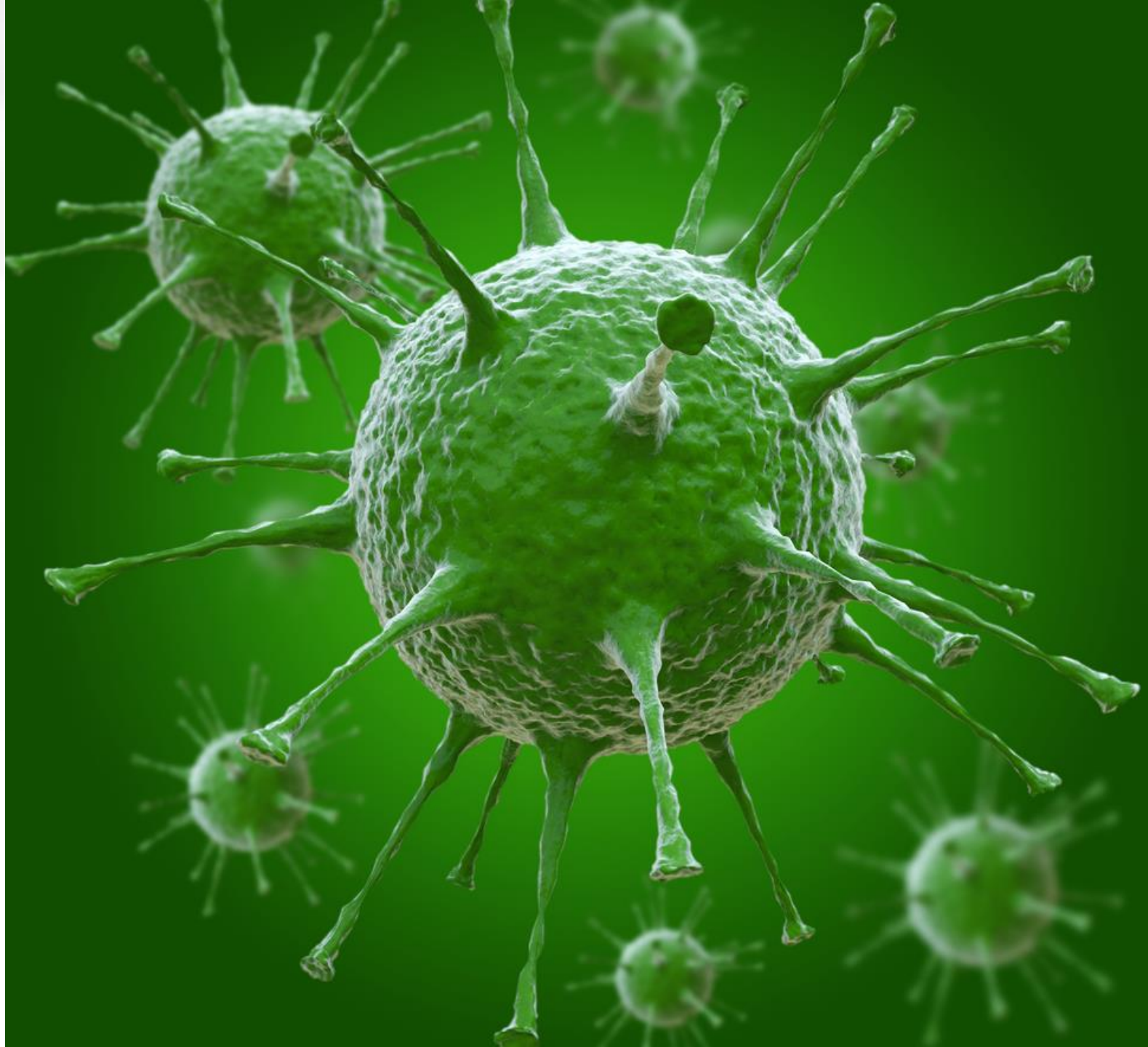


EDUPRAT

Les infections sexuellement transmissibles





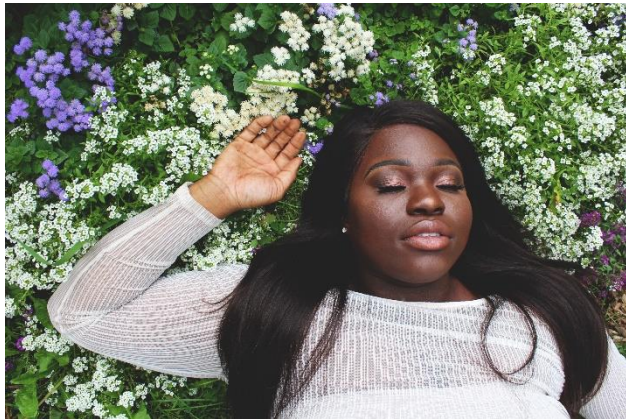
01

ERIC
30 ans



02

MARION
26 ans



03

GHISLAINE
36 ans



04

BERTRAND
30 ans



01

ERIC

30 ans

Eric, 30 ans

se présente à votre consultation pour un écoulement urétral depuis 24h

- Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) avec partenaires multiples
- Cadre commercial
- Pas de fièvre, pas de symptomatologie associée

Quels examens complémentaires demandez-vous?

- Sérologie VIH
- Sérologie VHB
- 1^{er} jet urinaire (pour PCR Gonocoque, *Chlamydiae trachomatis*)
- Prélèvement urétral, anal, pharyngé
- Sérologie syphilis
- ECBU

Quels examens complémentaires demandez-vous?

- Sérologie VIH
- Sérologie VHB
- 1^{er} jet urinaire (pour PCR Gonocoque, *Chlamydiae trachomatis*)
- Prélèvement urétral, anal, pharyngé
- Sérologie syphilis
- ECBU

Indiqué dans les textes

En pratique, difficile à réaliser d'emblée en ville

Quel traitement débutez-vous?

- Rapports sexuels protégés avant résultats définitifs
- Ceftriaxone 500 mg IM une dose
- Azithromycine 1g une dose
- Doxycycline 200 mg /j 7 jours
- Pas de traitement antibiotique avant obtention des résultats des prélèvements

Quel traitement débutez-vous?

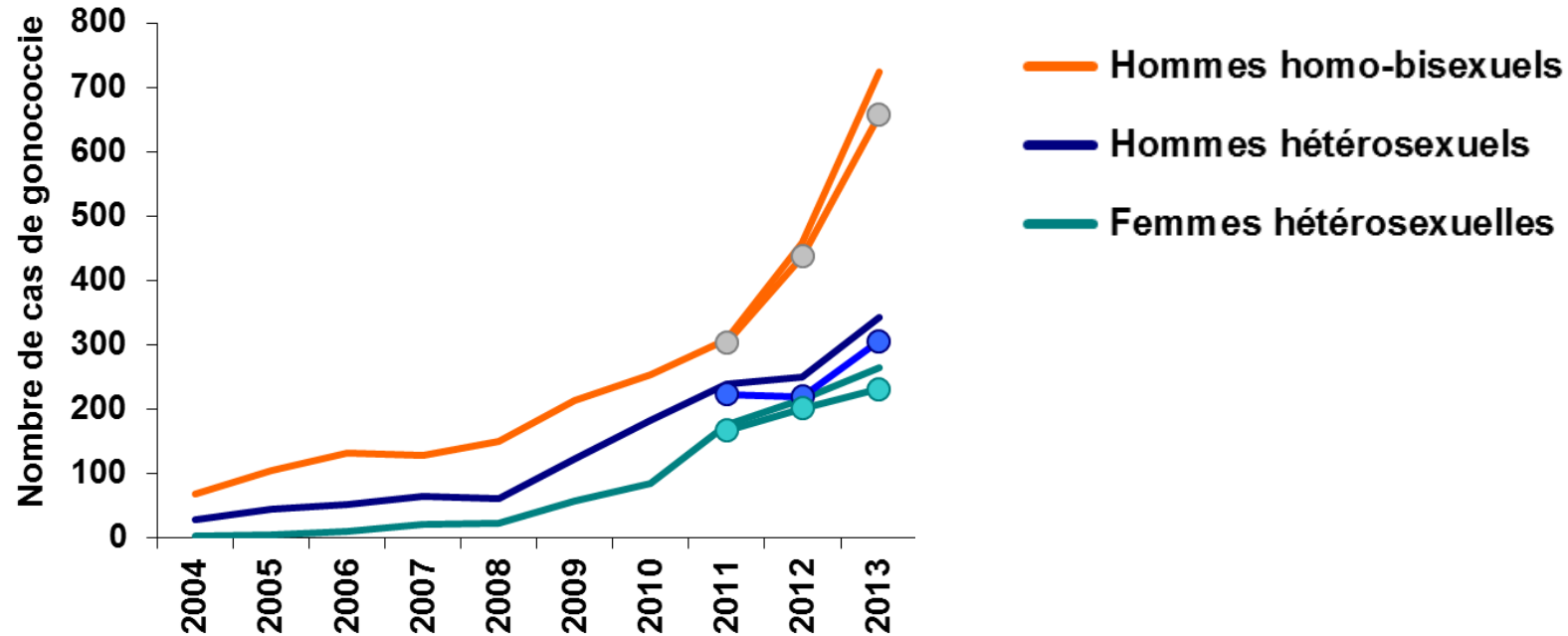
- Rapports sexuels protégés avant résultats définitifs
 - Ceftriaxone 500 mg IM une dose
 - Azithromycine 1g une dose
 - Doxycycline 200 mg /j 7 jours
 - Pas de traitement antibiotique avant obtention des résultats des prélèvements
- Positionnement de la Doxycycline
plutôt en 1^{ère} intention pour épargne de spectre

IST

↗ prévalence de toutes les IST +++

Données des réseaux de surveillance clinique/biologique et centres de dépistage CeGIDD

Concerne toutes les populations



Gonococcie

49628

infections à gonocoque biologiquement confirmés en 2016

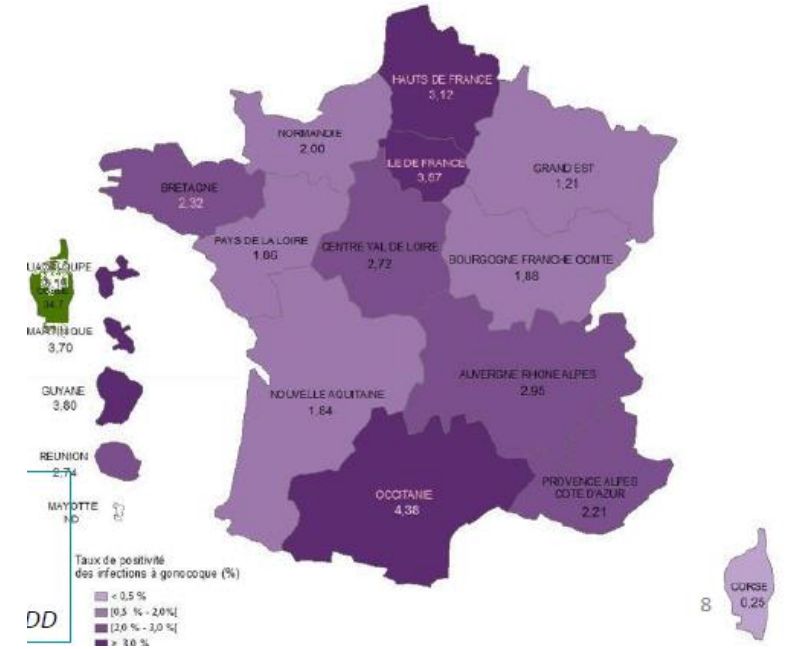
+53%

d'augmentation du nombre d'infections à gonocoque déclarées dans ResIST entre 2016 et 2018.

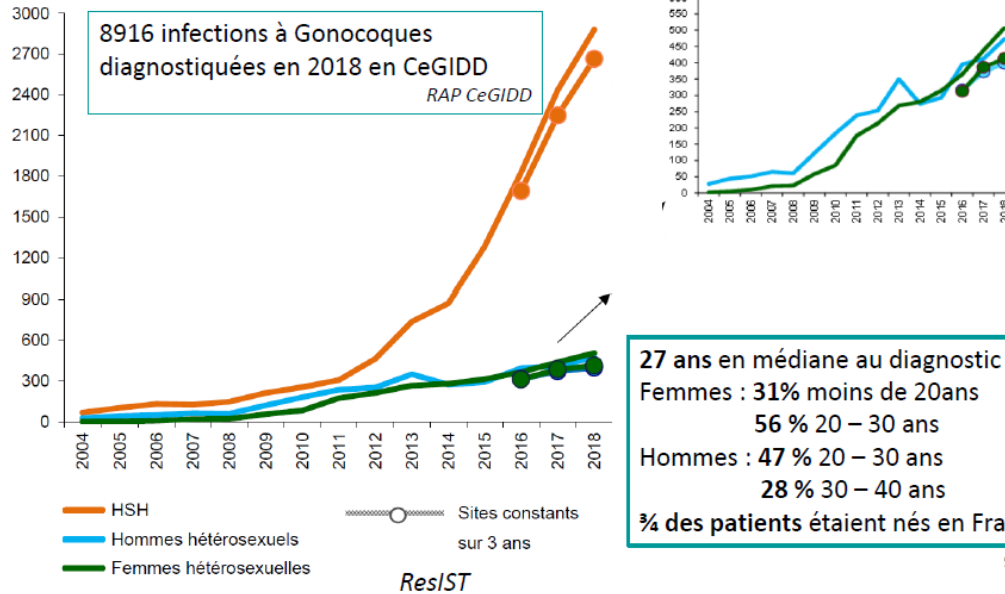
71%

des personnes diagnostiquées, dans le réseau RésIST, sont des HSH, en 2018

Taux de positivité des infections à gonocoques en CeGIDD (Données des RAP – CeGIDD France, 2018)



Evolution du nombre de gonococcies selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2004-2018



Pic chez les 20-29 ans

Gonococcie

Peut être asymptomatique dans les 2 sexes

Portage pharyngé asymptomatique fréquent



Homme

- Principal agent des urétrites
- Incubation courte : 3 à 6 jours
- Tableau clinique classique : dysurie, douleur urétrale, écoulement purulent
- Complications: orchi-,épididymite aiguë, prostatite, rétrécissement urétral, ano-rectite, conjonctivite, gonococcémie
- Diagnostic : PCR urine (1^{er} jet, urines ayant stagné dans la vessie), +/- PCR pharyngé et anale

Gonococcie

Traitement

Gonococcie non compliquée :

- C3G 500 mg IM une fois (+ traitement *Chlamydiae trachomatis*)
+ contrôle clinique de la guérison à J7
 - En cas d'allergie à la pénicilline
avec antibiogramme
 - Azithromycine 2 g en 1 fois
 - ou Gentamicine 240 mg en 1 fois
 - ou en dernier recours Ciprofloxacine 500 mg PO en 1 fois
- + contrôle clinique et biologique à J7

Gonococcie compliquée :

- bactériémie/prostatite/orchi-épididymite : C3G 1-2g IV/j 10 j

Chlamydiae trachomatis

Fréquence élevée du portage asymptomatique dans les 2 sexes

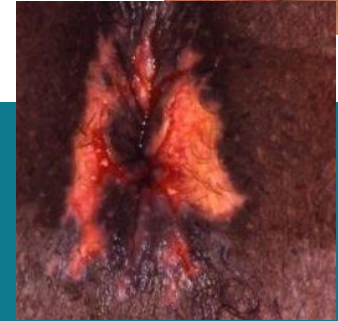


Homme

- Principal agent des **urétrites non gonococciques**
- Incubation courte : 3 à 30 jours
- Asymptomatique > 50% des cas
- Si symptomatique, dysurie, douleur urétrale, écoulement +/- purulent et intermittent
- Complications: orchi-,épididymite aiguë, prostatite, rétrécissement urétral, ano-rectite, syndrome oculo-uréthro-synovial
- Diagnostic : PCR urine (1^{er} jet, urines ayant stagné dans la vessie), +/- PCR pharyngé et anale

Chlamydiae trachomatis

Fréquence élevée du portage asymptomatique dans les 2 sexes



Photos SNFCP

Homme

- Sérotypes L1, L2, L3 impliqués dans la lymphogranulomatose vénérienne (LGV)
- HSH ~ 98%
- Y penser devant une anorectite sévère et diarrhées glairo-sanglantes, fissures anales
Diagnostic différentiel = MICI
- Diagnostic : PCR anale + sérologie (= seule indication)
+/- PCR pharyngé et urinaire

Chlamydiae trachomatis

Traitement



Urétrite

- Doxycycline 200 mg/jour pendant 7 jours
- A défaut, Azithromycine dose unique 1000 mg (pression de sélection +++)
- Contrôle de la guérison clinique
- Traitement mixte systématique en probabiliste

Orchi épidydimite, lymphogranulomatose...

- Doxycycline 200 mg/ jour pendant 14 ou 21 jours
- Contrôle de la guérison clinique ET biologique (PCR de contrôle)

- Quelques semaines plus tard, le patient revient car l'écoulement est persistant.
- Il vous assure ne pas avoir eu de nouveaux rapports à risque...

Quels diagnostics évoquez-vous devant cette urétrite récidivante ?

- Réinfection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection à *Mycoplasma genitalum*
- Portage multisites
- Infection à *Ureaplasma urealyticum*
- Réinfection à *Neisseria gonorrhoeae*

Quels diagnostics évoquez-vous devant cette urétrite récidivante ?

- Réinfection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection à *Mycoplasma genitalum*
- Portage multisites
- Infection à *Ureaplasma urealyticum*
- Réinfection à *Neisseria gonorrhoeae*

CAT urétrite récidivante

- Documenter la récurrence et nouveau bilan d'IST
- Recontamination ?
 - nouveau partenaire ?
 - traitement du partenaire ?
- Inobservance ?
- Portage pharyngé, anal ?
 - du patient et du partenaire.

Intérêt des prélèvements multisites dans cette indication

Localisations asymptomatiques

Seattle (2011) : 3 034 HSH dépistés par PCR multisites, 96 % asymptomatiques

- Gonocoque
 - urétral : 5,5 %
 - pharyngé : 6,5%
 - rectal : 9,7 %

- *Chlamydiae trachomatis*
 - urétral : 4,4 %
 - pharyngé : 2,3%
 - rectal : 11,9 %

Mycoplasma genitalum



Taylor-Robinson D, and Jensen JS. Clin Microbiol Rev 2011;24:498-514

Cause émergente d'IST ?

- Homme
 - urétrites aiguës = 3^{ème} cause d'urétrite
 - urétrites récurrentes ou persistantes
 - rectal : 9,7 %
- Pas d'indication au dépistage systématique
- Prévalence 1-3 %
- Contexte : sujet jeune, multipartenaires
- Demande spécifique sur les prélèvements + antibiogramme
- Résistance aux ATB ++ résistance à doxycycline pour 60 % souches
 - AZM : J1 500 mg puis J2-j5 250 mg
 - Moxifloxacine 400 mg/jr sous surveillance ECG

Neisseria meningitidis (!)

- Cause d'émergente d'urétrite
- Description de plusieurs clusters
- Adaptabilité avec tropisme urothélial
- Génotype particulier invasif (CC ST-11)
- Contexte : sujet jeune, HSH, multipartenaires, rapports orogéniatux non protégés
- Prélèvements multisites du patient et du partenaire +++



02

MARION

26 ans

Marion, 26 ans – célibataire

Se présente à vous pour douleurs de l'hypochondre droit apparues il y a 48h associées à une fébricule et des nausées.

Aucun antécédent notable.

Aucune prise de médicaments notamment pas d'oestroprogestatifs car DIU posé il y a 2 ans.

Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ? (question ouverte)

Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

- Signes fonctionnels urinaires ?
- Palpation abdominale
- Contact lombaire ?
- Facteurs de risque d'IST ?
- Antécédent de grossesse extra-utérine

Marion est célibataire, elle a eu 3 partenaires masculins au cours de l'année avec qui elle a eu des rapports sexuels non protégés.

L'examen clinique ne retrouve aucune anomalie cutanée ou articulaire.

L'abdomen est sensible dans son intégralité. Il existe une franche sensibilité de l'hypochondre et du flanc droits.

L'ébranlement rénal est indolore et elle ne signale aucun signe fonctionnel urinaire.

La patiente décrit des métrorragies mais elle se dit en période de règles.

Vous suspectez une Infection Génitale Haute (IGH) non compliquée

Quels examens complémentaires demandez-vous?

- NFS, CRP
- BHCG
- Echographie abdominale
- TDM abdominal
- Prélèvement vaginal

Quels examens complémentaires demandez-vous?

- NFS, IUC, CRP
- BHCG
- Echographie abdominale
- TDM abdominal
- Prélèvement vaginal

12500GB dont 9000 PNN

Ionogramme et fonction rénale normaux

Transaminases à 2N avec discrète cholestase

CRP 80mg/l

Echographie abdominale normale

Que décidez-vous ?

- Hospitalisation
- Surveillance clinique
- Sérologies IST
- TDM abdominal
- Consultation gynécologique

Que décidez-vous ?

- Hospitalisation
- Surveillance clinique
- Sérologies IST
- TDM abdominal
- Consultation gynécologique

Evolution favorable

Ablation du DIU

PCR de l'endocol positive à *Chlamydiae trachomatis*

Recommandations prise en charge IGH non compliquées 2019



- **Classification IGH:** non compliquées (simples ou intermédiaires) / compliquées
- **Traitement 1^{ère} intention:**
Ceftriaxone 1 g IM + doxycycline 100 mg x2/jr 10 j + métronidazole 500 mg x2/j 10j
- **Bilan:** 3 écouvillons (frottis pour examen direct/cultures bactériennes/biologie moléculaire)
ou 1 écouvillon fortement chargé type eSwab
- **Epidémiologie :** 30-50% E Coli 10-40% *C. trachomatis*, 10-25% de Gonocoque → associer bilan IST
- **Echographie** indispensable mais ne doit pas retarder la mise en route du traitement

Chlamydiae trachomatis



Femme

- Incubation courte : 3 à 30 jours
- Asymptomatique > 50% des cas
Infections rectales très fréquentes par autoinoculation probable du vagin
- Si symptomatique, cervicite, leucorrhées, dysurie, brûlures mictionnelles
- Si grossesse : risque de pneumopathie ou kérato-conjonctivite du NN
- Complications : salpingite subaiguë ou chronique, péri-hépatite (Fitz Hugh Curtis), GEU (2%), stérilité tubaire (3%)
- Diagnostic : PCR urine (1^{er} jet, urines ayant stagné dans la vessie),
PCR sur auto-prélèvement vaginal
+/- PCR pharyngée et anale

Recommandation = dépistage en auto-prélèvement vaginal chez la femme < 25 ans

Gonococcie

Femme

- Incubation courte : 3 à 6 jours
- Plus souvent asymptomatique
- Si symptomatique, cervicite, leucorrhées, dysurie, brûlures mictionnelles
- Complications : salpingite subaiguë, bartholinite, anorectite, conjonctivite, gonococémie
- Si grossesse : risque de conjonctivite chez le NN
- Diagnostic : PCR urine (1^{er} jet, urines ayant stagné dans la vessie),
PCR sur auto-prélèvement vaginal
+/- PCR pharyngée et anale



Mycoplasma genitalum



Taylor-Robinson D, and Jensen JS. Clin Microbiol Rev 2011;24:498-514

Cause émergente d'IST ?

- Femme
 - asymptomatique dans 40 à 75% des cas
 - urétrite, cervicite, endométrite et salpingite
 - rôle possible dans l'infertilité tubaire
 - conséquences obstétricales : avortements spontanés, accouchements prématurés
- Demande spécifique sur les prélèvements + antibiogramme
- Résistance aux ATB ++ résistance à doxycycline pour 60 % souches
 - AZM : J1 500 mg puis J2-j5 250 mg
 - Moxifloxacine 400 mg/jr sous surveillance ECG

Autres mycoplasmes urogénitaux

Uréaplasma spp et Mycoplasma hominis

- commensaux des voies génitales basses
- ne doivent pas être recherchés dans les échantillons vaginaux et cervicovaginaux, même chez la femme enceinte
- doivent être recherchés en seconde intention dans les endométrites et salpingites ou dans les urétrites récidivantes
- PCR avec seuils de détection
- Rarement le problème ++++

A woman with long dark hair and closed eyes is lying in a field of small white and purple flowers. She is wearing a light-colored, ribbed, long-sleeved top. Her right hand is raised and open, resting on the flowers. The background is a dense field of these flowers under natural light.

03

GHISLAINE

36 ans

Ghislaine, camerounaise, 36 ans, est arrivée en France il y a quelques années avec sa famille.

Elle vous consulte pour ulcération génitale apparue il y a 72h.

Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ? (question ouverte)

Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

- Signes fonctionnels associés : douleur, prurit, signes fonctionnels urinaires, leucorrhées...
- Facteurs de risque d'IST
- Caractéristiques de la lésion : localisation, taille, caractère unique ou multiple, induration, adénopathies
- Examen génital et muqueux complet, y compris anal et buccal

Principales étiologies des ulcérations génitales

1. Herpès génital

- Ulcérations superficielles souvent multiples, parfois groupées en bouquet, parfois précédées de vésicules à base inflammatoire ou œdématisée, non indurées
- HSV2
- Douloureux +++
- Adénopathie satellite fréquente
- Primo (symptômes plus intenses) ou récurrence
- Diagnostic clinique
- Traitement
 - Valaciclovir 500 mg x2/ j 10 jours
 - Valaciclovir 500 mg x2/j 5 jours pour une récurrence



C N G O F

Principales étiologies des ulcérations génitales

2. Syphilis

- Ulcération généralement unique, superficielle, non douloureuse de 5 à 15 mm de diamètre, à fond propre, à limite nette et à base indurée
- Adénopathie satellite

3. Vulvite candidosique

- Forme sévère pouvant se compliquer de lésions érosives
- Douleurs de vulvo-vaginite à type de brûlures + leucorrhées pathologique typique

4. Autres étiologies plus rares

- Zona vulvaire
- Chancre mou
- Cancer (femme âgée sur terrain de dystrophie vulvaire préexistant, prurit +++)
- Eczéma vulvaire
- Maladies bulleuses

Votre examen est en faveur d'un chancre syphilitique. Que décidez-vous ?

- Surveillance clinique
- Sérologie syphilis
- Dépistage du conjoint
- Traitement du conjoint
- Bilan d'IST

Votre examen est en faveur d'un chancre syphilitique. Que décidez-vous ?

- Surveillance clinique
- Sérologie syphilis
- Dépistage du conjoint
- Traitement du conjoint
- Bilan d'IST

Syphilis

Primaire - chancres génitaux



Syphilis

Primaire - chancres extra génitaux



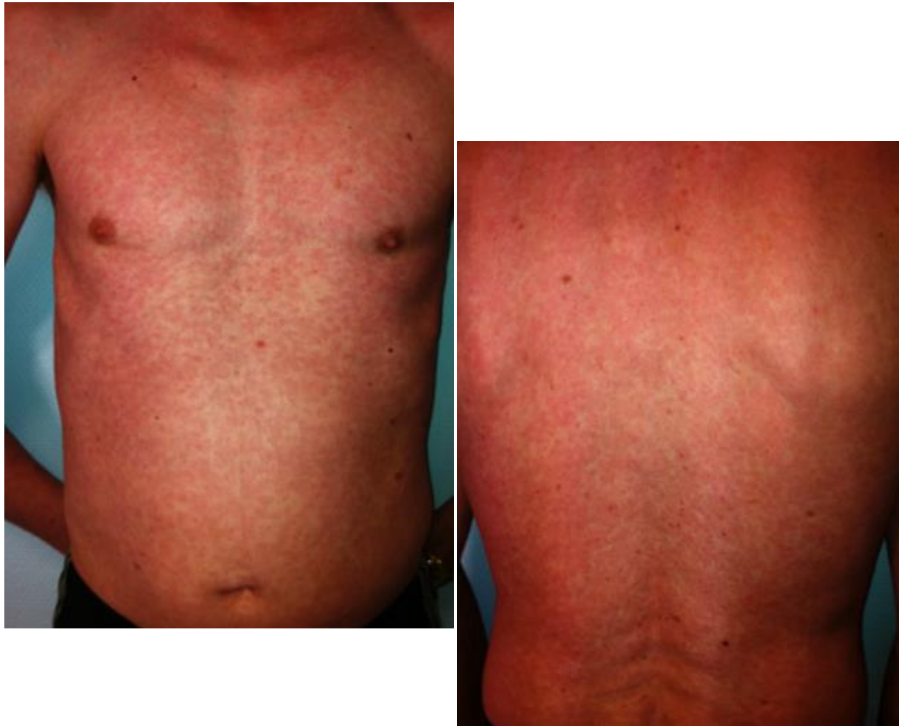
Syphilis

Localisation des chancres

	HSH	Hétérosexuel masculin	Hétérosexuel féminin
Génital	62%	90%	86%
Anorectal	20%	1%	
Buccopharyngé	16%	9%	14%
Multiples	2%		

Syphilis

Secondaire



1^{ère} floraison

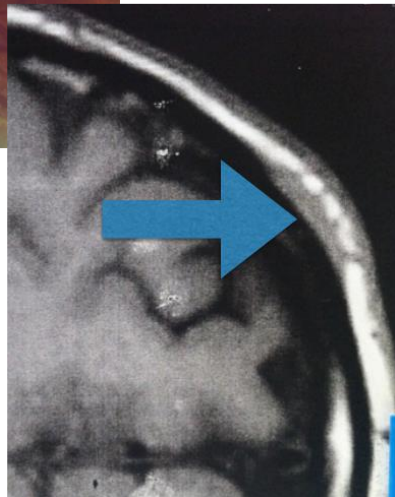
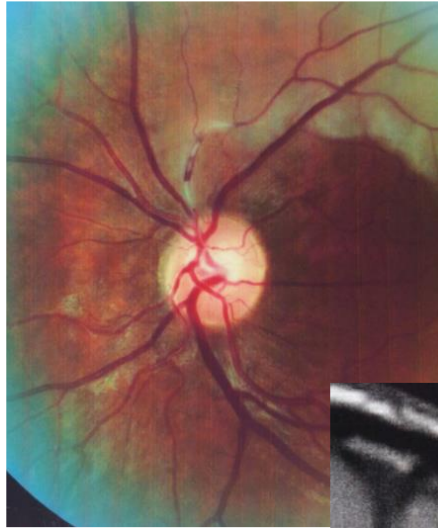


2^{ème} floraison



Syphilis

Atteinte générale



Fièvre
Céphalée
Polyadénopathies
Hépatosplénomégalie

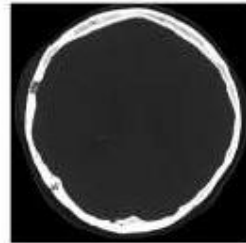
Anomalies NFS

Hépatites (8,6%)

Méningite

Uvéite, Papillite

Syndrome
néphrotique



Arthrites
Périostites avec lyse
osseuse
Synovites



Syphilis

Syphilis congénitale

Pediatr Infect Dis J 2018 Mar 21

The Re-Emergence of Congenital Syphilis in Ohio

Cooper JM, Porter M, Bazan JA, Nicholson LM, Sanchez PJ

BMJ 2018 Mar 19

Sixth child dies from congenital syphilis in northern Australia

Nograby B

26 May 2018

High prevalence of syphilis in parturient women and congenital syphilis cases in public maternities in Salvador-Bahia, Brazil

Ludy



Hindawi Case Reports in Pediatrics 2018

Syphilis

Diagnostic:

- test tréponémique (EIA ou TPHA)
- si + : test non tréponémique (RPR) sur le même sérum

Réactions	Interprétation
Test trépo - RPR -	Pas de syphilis Syphilis en incubation
Test trépo - RPR +	Faux +
Test trépo + RPR -	Syphilis guérie Séquelle sérologique Syphilis tardive (exceptionnel)
Test trépo + RPR +	Syphilis (précoce ou tardive) Tréponématose non vénérienne

Infection non immunisante

Quel traitement lui proposez-vous ?

- Pénicilline G ?
- Quinolones ?
- Macrolides ?
- Doxycycline ?

Quel traitement lui proposez-vous ?

- Pénicilline G ?
- Quinolones ?
- Macrolides ?
- Doxycycline ?

Syphilis

Traitement

Dépend du stade et de l'antériorité > ou < 1 an

Alternatives pour le traitement des syphilis non neurologiques dans un contexte de rupture de stock de benzathine pénicilline

Communiqué de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF),
23 novembre 2017

	Syphilis récente ¹	Syphilis ancienne ²	Remarques
Benzathine pénicilline G	2,4 M UI 1 injection IM	2,4 M UI 3 injections (J1, J8, J15)	Premier choix, à privilégier si disponible
Doxycycline	100 mg x 2/j x 14 j	100 mg x 2/j x 28 j	Contre-indications: enfants < 8 ans, grossesse
Ceftriaxone	1 g/j x 8-10 jours	?	Spectre large
Minocycline³	100 mg x 2/j x 14 j	100 mg x 2/j x 28 j	Risque de Dress syndrome (contre-indiqué si peau noire)

¹ Syphilis primaire, secondaire, ou latente précoce (la contamination date de moins d'un an, de manière certaine)

² Syphilis tardive ou latente (contamination datant de plus d'un an ou impossible à dater)

Syphilis

Surveillance sérologie syphilis (au mieux dans le même labo pour reprise et comparaison des résultats antérieurs) à M3, M6, M12, M24

Objectifs :

- RPR divisé par 2 à M3
- Décroissance à M6
- Négativation à M12 (ou stabilité)
- Négativation à M24 (ou stabilité)

+ traitement systématique du partenaire
si en couple

Si échec, se poser la question

- Réinfection ?
- Inobservance ?
- Traitement insuffisant ? Atteinte viscérale de phase II/III : uvéite, atteinte neurologique, atteinte ORL...

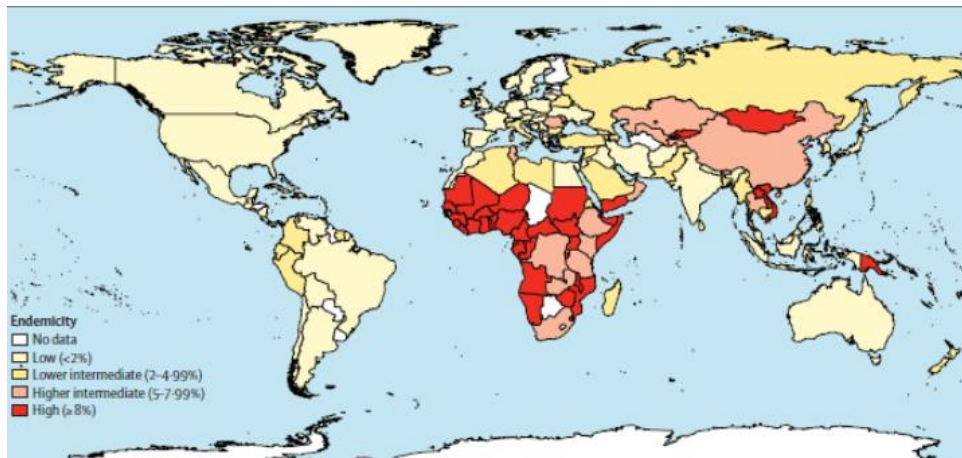
- Dépistage VIH négatif
- Sérologie VHB : Ag HBs négatif, Ac anti HBc positifs et Ac anti HBs négatifs
- Sérologie VHC positive
- PCR urine *Chlamydiae* et gonocoque négatives

Comment interprétez-vous la sérologie des hépatites?
Que faites-vous ?

Hépatites

Estimation des prévalences des hépatites C et B chroniques selon les caractéristiques sociodémographiques et les expositions à risque dans la population générale de France métropolitaine âgée de 18 à 75 ans, BaroTest 2016

Caractéristiques		Hépatite C chronique ^a (n=6 931)			Hépatite B chronique ^b (n=6 945)		
		%	IC95%	p	%	IC95%	p
Total		0,30	0,13-0,70		0,30	0,13-0,70	
Sexe	Hommes	0,34	0,14-0,84	NS	0,28	0,12-0,63	NS
	Femmes	0,26	0,05-1,21		0,32	0,08-1,28	
Âge	18-45 ans	0,08	0,01-0,45	*	0,10	0,03-0,29	<*
	46-75 ans	0,51	0,20-1,32		0,51	0,19-1,34	



VHB prévalence globale: 3,61%

Hépatite B

Interprétation de la sérologie

RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Stratégies de dépistage biologique des
hépatites virales B et C

Synthèse – avis des groupes de travail et de lecture
Et recommandation de la HAS

Profil biologique	Interprétation : « profil compatible avec... »
Ac anti-HBc- [*] Ag HBs- Ac anti-HBs-	Absence de contact avec le virus
Ac anti-HBc- Ag HBs- Ac anti-HBs+	Antécédent de vaccination (taux protecteur d'Ac anti-HBs défini par l'OMS : > 10 UI/L)
Ac anti-HBc+ Ag HBs- Ac anti-HBs+	Infection ancienne et guérie [†]
Ac anti-HBc+ Ag HBs- Ac anti-HBs-	Infection ancienne et guérie [†] avec disparition des Ac anti-HBs Profil ne pouvant exclure une guérison en cours (les Ac anti-HBs vont apparaître) Profil ne pouvant exclure une infection occulte [‡] ou un mutant de l'Ag HBs [§] (situations exceptionnelles) ni un faux positif pour l'Ac anti-HBc
Ac anti-HBc- Ag HBs+ Ac anti-HBs-	Infection aiguë B récente avant apparition des Ac anti-HBc
Ac anti-HBc+ Ag HBs+ Ac anti-HBs-	Infection B en cours (aiguë ou chronique)
Ac anti-HBc+ Ag HBs+ Ac anti-HBs+	Séroconversion HBs en cours Profil ne pouvant exclure une infection chronique avec présence d'Ac anti-HBs (situation exceptionnelle)

CV VHB

Vous préférez donc compléter vos recherches par la recherche d'une charge virale ADN pour l'hépatite B et charge virale ARN pour l'hépatite C

Avez-vous d'autres éléments à rechercher ?

Y a-t-il indication à un génotype ?

Y a-t-il indication à une échographie ou autre test ?

Hépatite C

Annexe. Personnes à risque d'infection par le virus de l'hépatite C devant être dépistées

- Personnes ayant eu avant 1992 :
 - une transfusion. La transfusion n'étant pas toujours connue, il convient de dépister le VHC chez les sujets ayant pu être transfusés, du fait de l'importance des traitements médicaux ou chirurgicaux effectués :
 - intervention chirurgicale lourde (cardiaque, vasculaire, cérébrale, digestive, pulmonaire, gynéco-obstétricale, rachidienne, prothèse de hanche ou de genou, etc.),
 - séjour en réanimation,
 - accouchement difficile,
 - hémorragie digestive,
 - des soins à la naissance en néonatalogie ou en pédiatrie (grand prématuré, exsanguino-transfusion) ;
 - une greffe de tissu, cellules ou organe.
- Patients hémodialysés.
- Personnes ayant utilisé une drogue par voie intraveineuse ou pernasale (partage du matériel de préparation et d'injection, partage de paille).
- Enfants nés de mère séropositive pour le VHC.
- Partenaires sexuels des personnes atteintes d'hépatite chronique C.
- Hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes (HSH).
- Membres de l'entourage familial des personnes atteintes d'hépatite chronique C (partage d'objets pouvant être souillés par du sang tels qu'un rasoir ou une brosse à dents).
- Personnes incarcérées ou l'ayant été (partage d'objets coupants, pratiques addictives).
- Personnes ayant eu un tatouage ou un piercing, de la mésothérapie ou de l'acupuncture, réalisés en l'absence de matériel à usage unique ou personnel.
- Personnes originaires ou ayant séjourné plusieurs années ou ayant reçu des soins (médicaux ou dentaires) dans des pays à forte prévalence du VHC.
- Patients ayant un taux d'alanine-aminotransférase (ALAT) supérieur à la normale, sans cause connue.
- Patients séropositifs pour le VIH ou porteurs du VHB.
- Professionnels de santé en cas d'accident d'exposition au sang.

Hépatite C



Fiche mémo

Hépatite C :
prise en charge simplifiée
chez l'adulte

Mars 2019

Mise à jour septembre 2019

Lors du diagnostic (charge virale du VHC détectable), le médecin doit rechercher et évaluer les comorbidités :

- consommation d'alcool ;
- surpoids ou obésité, diabète, syndrome métabolique ;
- co-infection VHB et/ou VIH ;
- insuffisance rénale sévère.

Le bilan sanguin initial doit comprendre : NFS, plaquettes, glycémie à jeun, ASAT, ALAT, GGT, bilirubine, débit de filtration glomérulaire (et antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc, sérologie VIH, si non réalisés lors du dépistage).

La recherche du génotype du VHC n'est pas nécessaire dans le cadre d'une prise en charge simplifiée.

L'infection par le VHC peut évoluer vers une maladie hépatique sévère avec risque de cirrhose et de ses complications : hypertension portale, carcinome hépatocellulaire.

Hépatite C



Fiche mémo

Hépatite C :
prise en charge simplifiée
chez l'adulte

Mars 2019
Mise à jour septembre 2019

Trois méthodes non invasives permettent d'évaluer la sévérité de la maladie hépatique : le Fibrotest® (test sanguin), le Fibromètre® (test sanguin), l'élastométrie impulsionnelle ultrasonore* (Fibroscan®). La ponction-biopsie hépatique n'a pas sa place dans le cadre d'une prise en charge simplifiée.

Le diagnostic de maladie hépatique sévère est écarté si les valeurs sont inférieures aux seuils suivants :

- Fibrotest® $\leq 0,58$;
- ou Fibromètre® $\leq 0,786$;
- ou FibroScan® < 10 kPa.

En cas de co-infection VHB et/ou VIH, d'insuffisance rénale sévère (DFGe < 30 ml/min/1,73 m²), de comorbidité (consommation d'alcool à risque, diabète, obésité) mal contrôlée selon le médecin, de maladie hépatique sévère, ou de traitement antiviral C antérieur, une prise en charge spécialisée est nécessaire avec une concertation pluridisciplinaire dans les cas prévus par la réglementation**.

Pour Ghislaine, la présence d'Ac anti HBc doit faire
rechercher une hépatite B avec un mutant pré core
Sa charge virale ADN VHB est indétectable
Sa charge virale ARN VHC > 6 log

Votre ordonnance peut simplement comporter :

« hépatite chronique C non traitée »

Soit mesure de l'élasticité hépatique par Fibroscan®

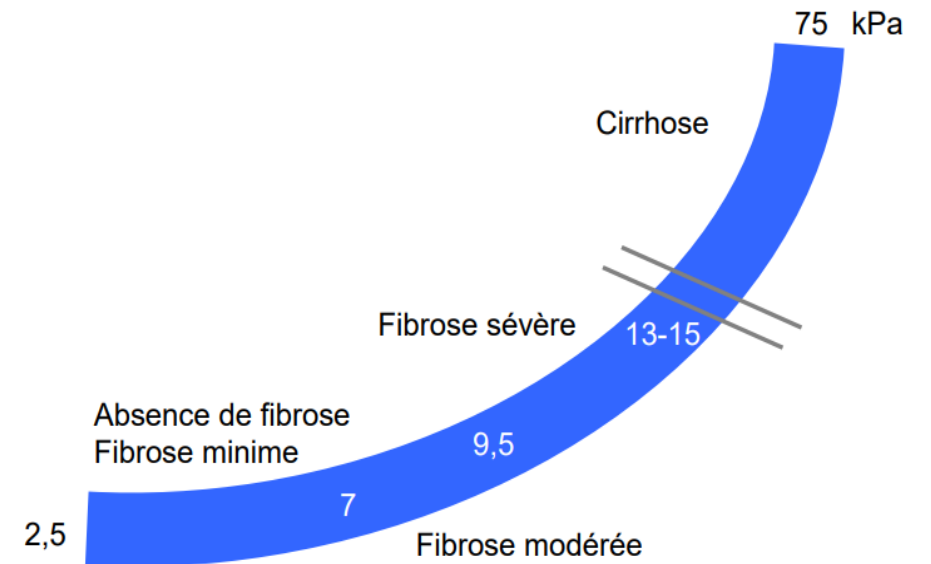
Soit un bilan sanguin

- Fibrotest®
- Fibromètre®

Interprétation du FibroScan Hépatite C

Limites du Fibroscan :

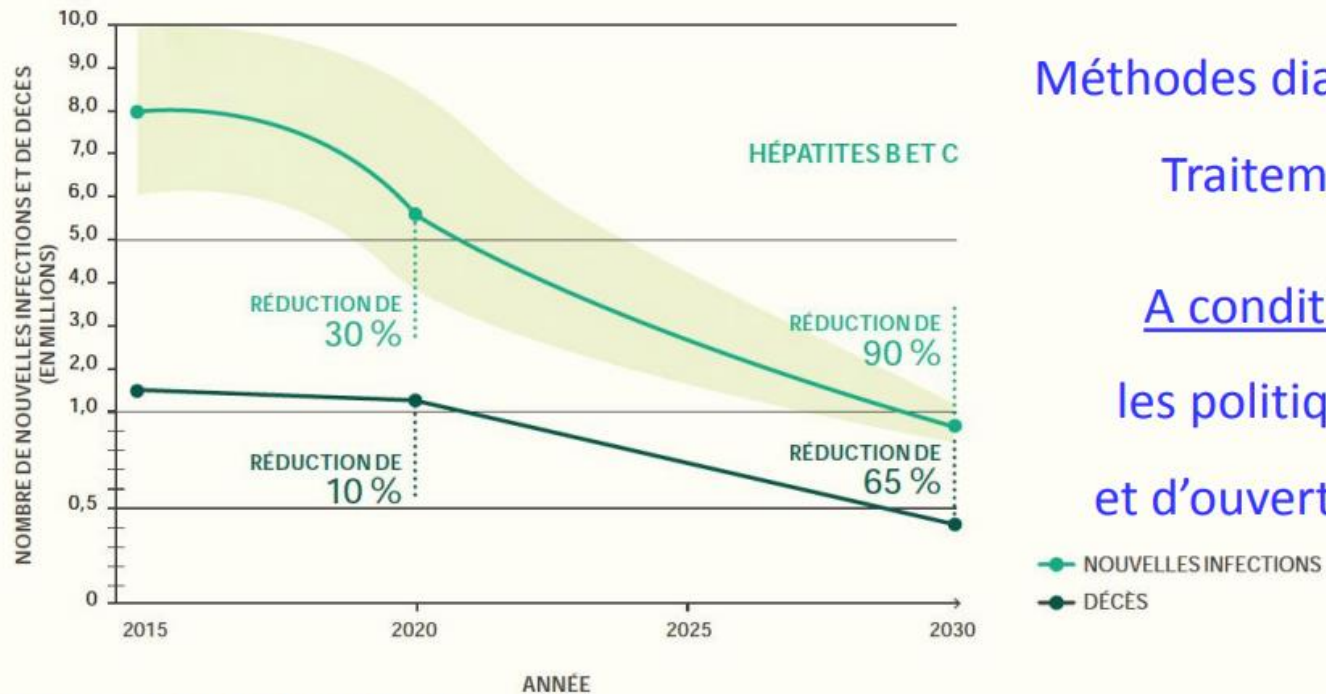
- Ascites
- Surpoids
- Age
- Expérience de l'opérateur : 100 exan



Ghislaine a une élasticité estimée à 5kPa donc une fibrose minimale

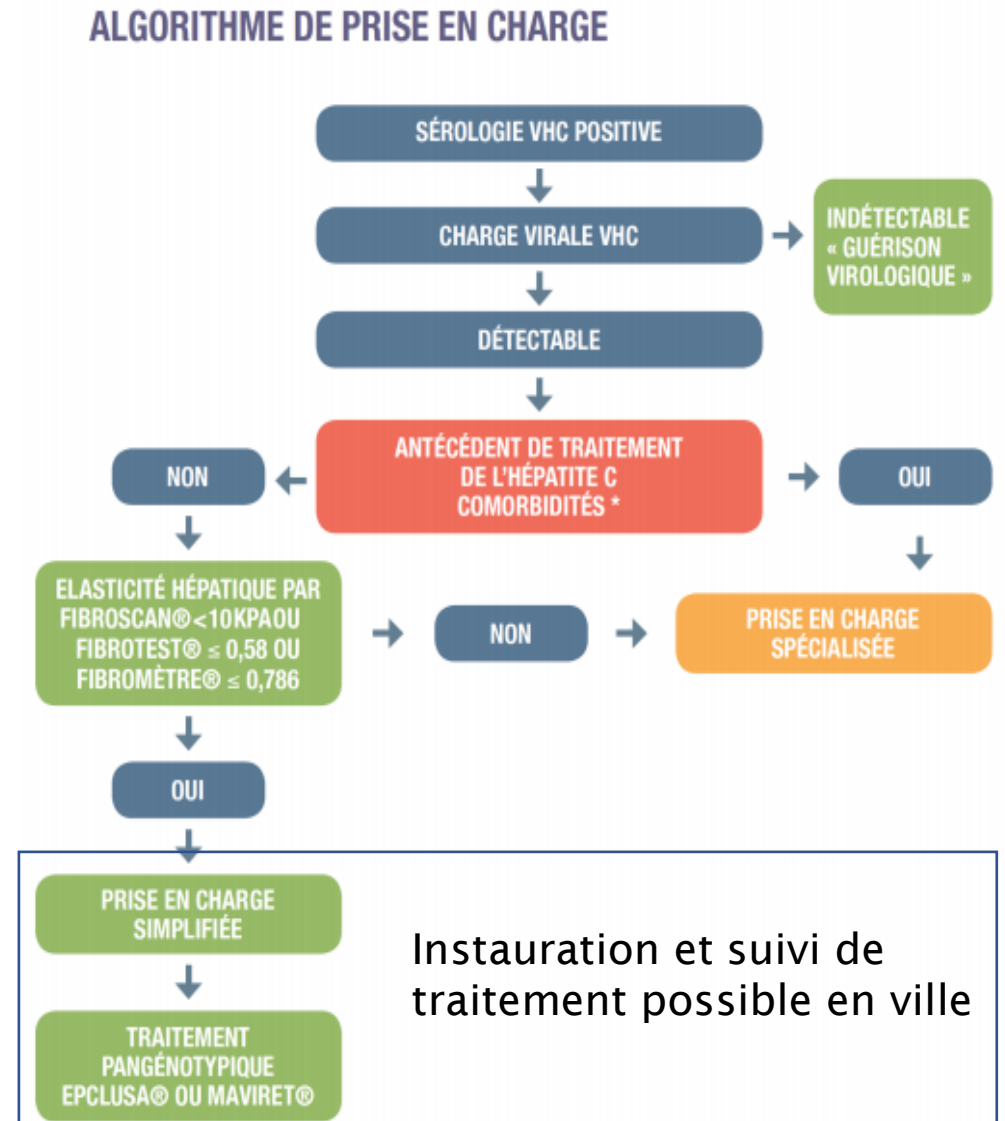
Objectif du traitement = éradication virale

Objectif : élimination de l'infection par le VHC



Le parcours simplifié en ville a donc été proposé pour :

- Aller vers les patients
- Renforcer le lien de proximité avec le médecin traitant, le pharmacien...
- Adapter la prise en charge à chacun
- Traiter au bon moment et éviter la « perte de chance » pour le patient



Tutoriel : YouTube – ame afef

* Co-infection VHB VIH, insuffisance rénale sévère Comorbidités (consommation d'alcool à risque, diabète, obésité) mal contrôlées

Le bilan pré-thérapeutique de Ghislaine est complet.

- NFS plaquettes sont normaux
- Bilan hépatique normal comprenant ASAT, ALAT, GGT, bilirubine
- Débit de filtration glomérulaire RAS
- Bilan viral : antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc, sérologie VIH faits et négative
- La charge virale du VHC est bien détectable à 6 log
- Son fibroscan est à 5 Kpa

Votre ordonnance peut donc comporter

Epclusa® 1 cp par jour pendant 12 semaines

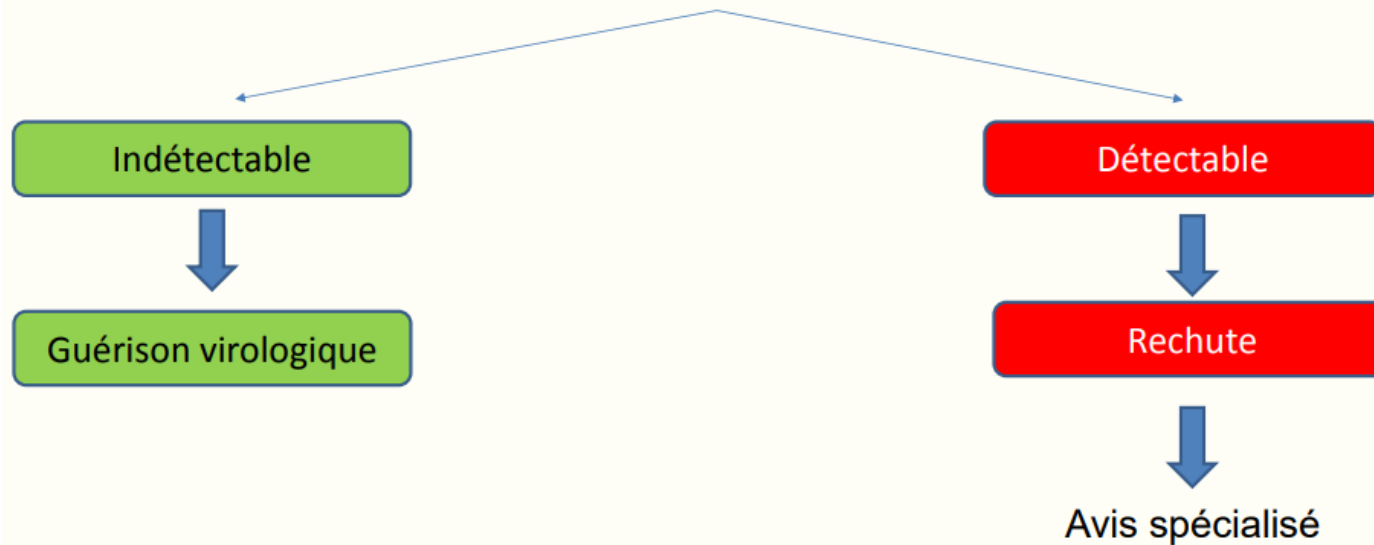
OU

Maviret® 3 cp par jour en une prise, avec de la nourriture, pendant 8 semaines

Ghislaine a préféré un traitement sur 8 semaines
Quel sera la surveillance secondaire ?

Après le traitement

Charge virale du VHC 12 semaines après l'arrêt du traitement





04

BERTRAND

30 ans

Bertrand, 30 ans , HSH se présente à vous car il a entendu parler de PREP et voudrait pouvoir en bénéficier.

Il n'a pas contrôlé son statut sérologique depuis 3 mois et dit avoir une dizaine de relations sexuelles/mois avec des partenaires différents.

Il n'a jamais présenté d'IST mais est inquiet devant la contamination récente au VIH d'un de ses amis.

Que signifie PREP ?

Bertrand est-il un candidat potentiel selon vous ?

PrEP



La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques)



• Il s'agit d'un médicament actif contre le VIH, qui peut être proposé en prophylaxie à une personne séronégative pour le VIH et qui a une forte probabilité d'être exposée à ce virus, afin de réduire le risque d'infection

- Seul un **médecin expérimenté** dans la prise en charge de l'infection par le VIH, exerçant à l'**hôpital** ou dans un **centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)** peut faire la première prescription de la PrEP. Le renouvellement de l'ordonnance peut être réalisé par tout médecin, en ville ou à l'hôpital, dans le cadre du suivi trimestriel (statut VIH, IST, grossesse et effets indésirables). La prescription doit être refaite chaque année à l'hôpital ou en CeGIDD.

Jusqu'à la crise sanitaire où nette ↘ des délivrances et des instaurations...

PrEP

Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 – Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire

RÉPONSES RAPIDES DANS LE CADRE DE LA COVID-19 - Mis en ligne le 28 avr. 2021



- Réponse rapide n°4 : afin de faciliter cette prescription, tout médecin peut faire la première prescription et le renouvellement de la PrEP : en ville, en CeGIDD, en centre de santé, à l'hôpital, en établissement social ou médico- social, ...
Pour être accompagné dans sa prescription, le médecin est incité à :
 - suivre une formation ouverte à distance (formaprep via www.formaPrEP.org), une formation médicale continue (ANDPC, FAF) ;
 - faire appel aux réseaux de santé expérimentés dans cette prise en charge, comme les CeGIDD (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic), les COREVIH (Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH) dont les coordonnées sont disponibles sur le site de l'ARS et de la SFLS, ou à une CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé), une MSP (Maison de santé pluriprofessionnelle), les centres de santé qui incluraient la santé sexuelle dans leurs thématiques ;
 - consulter les sites d'aide à la prescription et au suivi (VIHclic, brochure AIDES, ...)
- Réponse rapide n°5 : si l'indication de PrEP est posée, celle-ci peut être initiée dès la première consultation en fonction des résultats récents d'une sérologie VIH, d'une estimation du débit de filtration glomérulaire, d'une sérologie VHB et en l'absence de suspicion de primo-infection VIH.
- Réponse rapide n°6 : les consultations de suivi peuvent être réalisées en téléconsultation en accord avec la personne et dans le cadre de la réglementation.

À qui s'adresse la PrEP ?

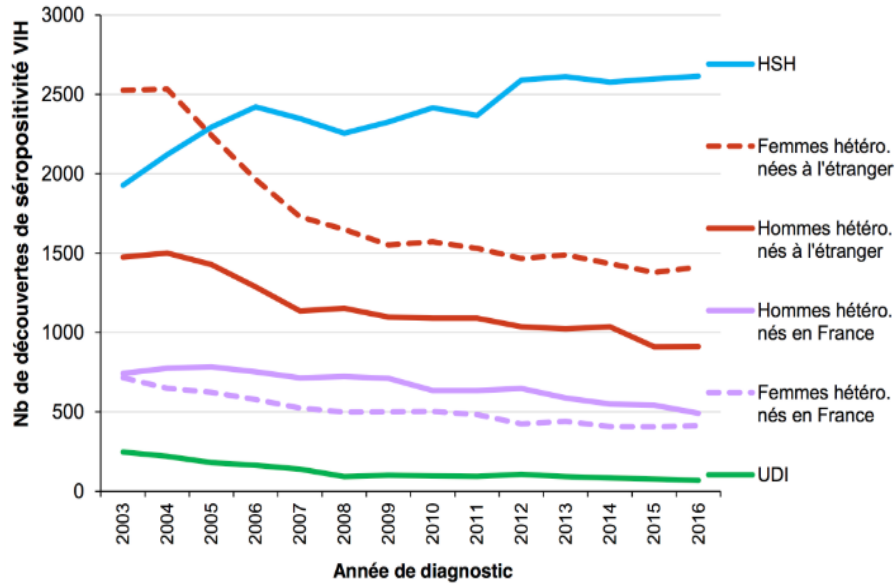
La PrEP est recommandée chez tous les **adultes exposés à un haut risque de contracter le VIH**.

Les populations exposées à un haut risque sont, notamment :

- **les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ou les personnes transgenres**, répondant à au moins un des critères suivants :
 - rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois ;
 - épisodes d'IST dans les 12 derniers mois ;
 - au moins un recours à un traitement post-exposition au VIH dans les 12 derniers mois ;
 - usage de drogues lors des rapports sexuels (chemsex).
- **au cas par cas, les personnes dans les situations suivantes** :
 - usages de drogues injectables avec échanges de seringues,
 - travailleurs du sexe (TDS)/prostitués avec rapports sexuels non protégés,
 - vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH

Pourquoi la PrEP ?

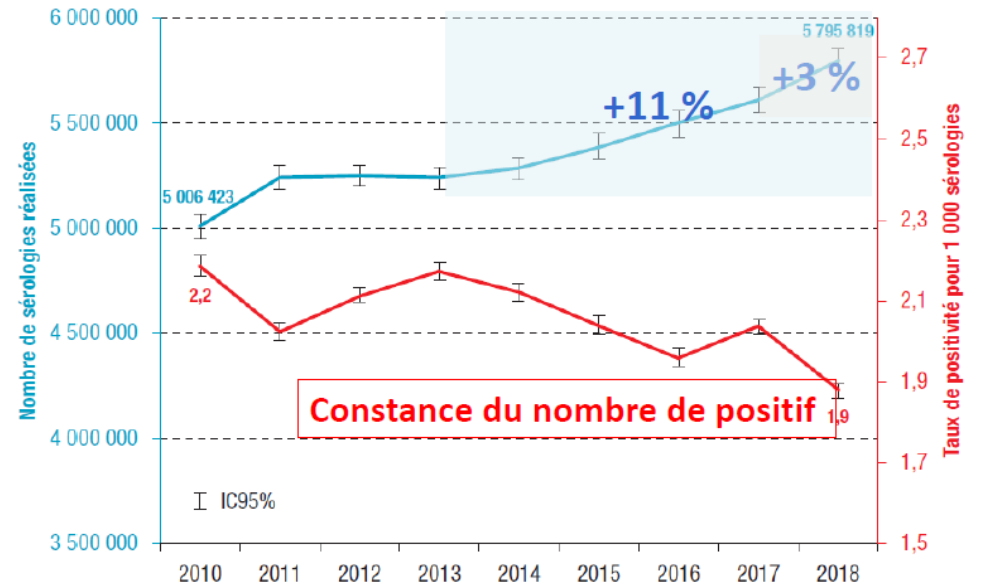
Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par lieu de naissance, France, 2003-2016
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/06/2017, SpFrance)



Nombre de découvertes par mode de contamination.



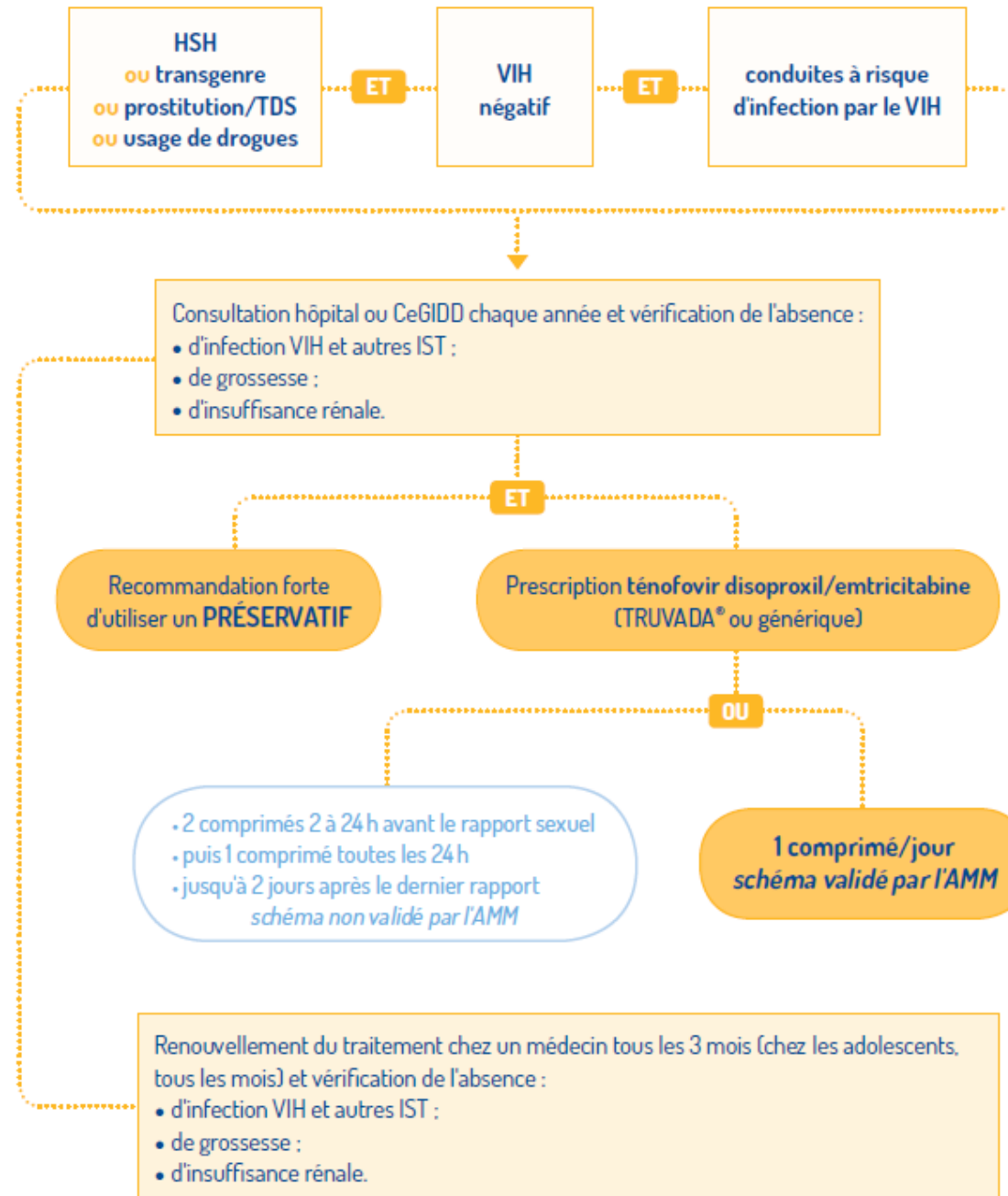
Nombre de sérologies VIH réalisées et taux de positivité en France en 2018



Source : LaboVIH, données 2018 corrigées.

SPF, Situation épidémiologique et dépistage du VIH₃ et des autres IST, BEH, 26/11/2019

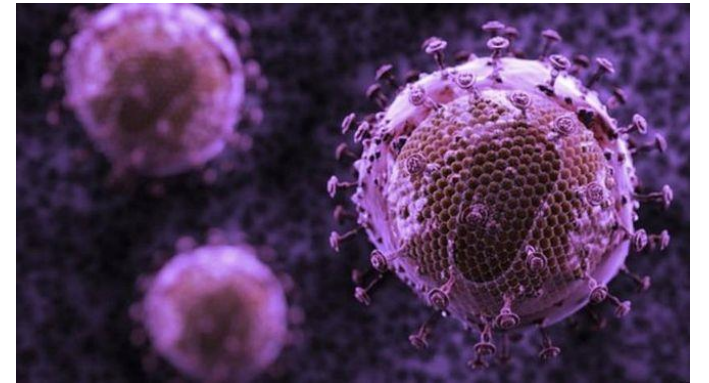
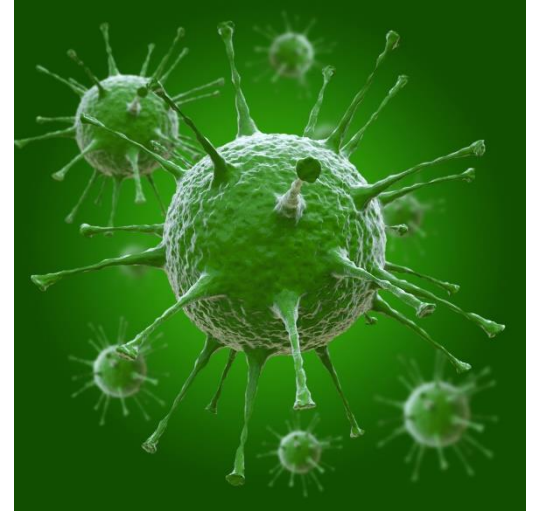
La PrEP en pratique



Au minimum 2h avant le rapport

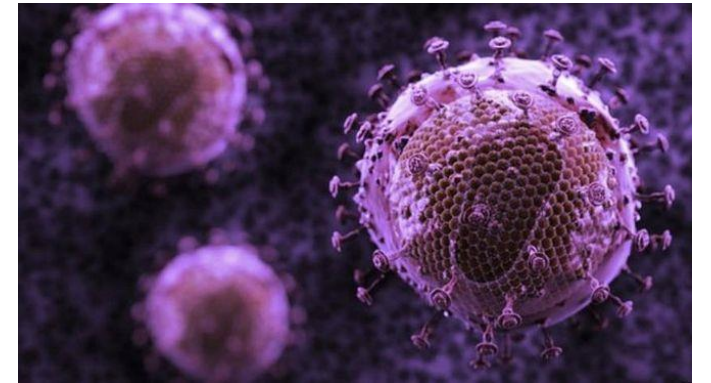
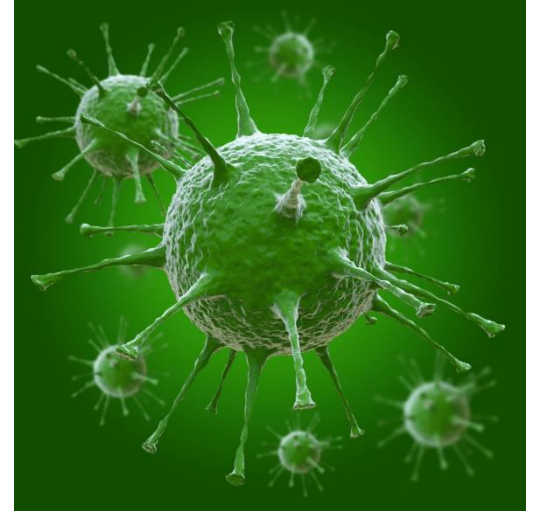
Quel bilan initial vous paraît utile ?

- Aucun
- Bilan biologique standard ?
- Sérologie HIV ?
- Sérologies des hépatites?
- Recherche d'IST ? Si oui lesquelles ?
- Examen proctologique ou gynécologique?



Quel bilan initial vous paraît utile ?

- Aucun
- Bilan biologique standard ?
- Sérologie HIV ?
- Sérologies des hépatites?
- Recherche d'IST ? Si oui lesquelles ?
- Examen proctologique ou gynécologique?



Risques liés à la PrEP

- **Effets indésirables** peu graves (nausées, diarrhée, douleurs abdominales, maux de tête, etc.) mais aussi des effets indésirables plus graves comme **une insuffisance rénale ou une fragilité osseuse**.
- Associations déconseillées : TRUVADA® + AINS pour le risque lié à l'insuffisance rénale
- La PrEP par TRUVADA® chez une personne infectée par le VIH expose au risque de **rendre le virus résistant** aux médicaments anti-VIH.
- En cas de rapports sexuels sous PrEP mais sans préservatif, le **risque de contracter d'autres IST persiste**.
- En cas de co-infection à VHB, des **problèmes hépatiques** (exacerbation aiguë et sévère de l'hépatite) peuvent survenir à l'arrêt de la PrEP.

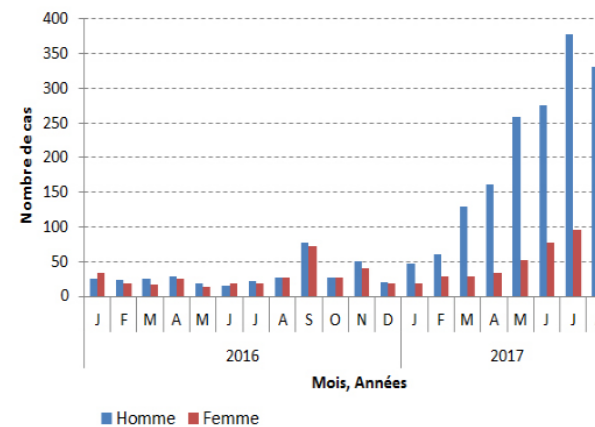
Bertrand a une biologie standard strictement normale. Il est séronégatif pour le HIV, les hépatites, la syphilis et les différentes IST.

- La PrEP requiert un bilan et un suivi médical permettant de s'assurer de l'absence d'infection par le VIH et d'autres IST, de l'efficacité du médicament et de sa tolérance, d'accompagner les personnes afin d'améliorer l'adhésion au traitement et de réduire les risques associés à certaines pratiques sexuelles.
- Un premier bilan, 1 mois avant la prescription de la PrEP, doit être réalisé pour détecter une infection par le VIH et/ou une autre IST, rechercher une insuffisance rénale ou une grossesse. À cette occasion, une vaccination contre les infections à VHB, le virus de l'hépatite A et le Papillomavirus peut être proposée selon le calendrier vaccinal. Il est important d'informer sur la nécessité d'éviter les conduites à risque avant le début du traitement.
- Le jour de la prescription de ténofovir disoproxil/emtricitabine un nouveau bilan de confirmation (statut VIH et grossesse) est nécessaire.
- Un suivi 1 mois après le début du traitement, puis tous les 3 mois, permet de réaliser un dépistage régulier du VIH et des autres IST, de surveiller la fonction rénale et de rechercher une grossesse. Chez les adolescents, un suivi rapproché (idéalement tous les mois) doit être mis en place en raison de problèmes d'observance plus fréquents que chez l'adulte. Ce suivi devra prendre en compte la vulnérabilité spécifique des adolescents sur le plan psychologique et la confidentialité de la prise en charge.

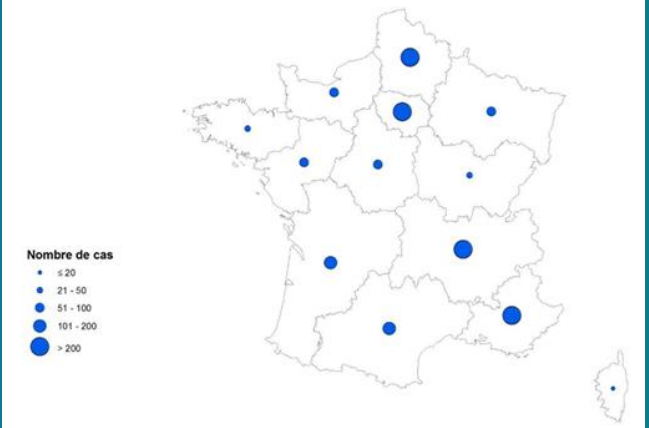
Que lui proposez-vous également en association avec la prescription d'une PreP ?

- **Vaccination VHA**
« épidémie » européenne
liée à la circulation d'un clône
chez les HSH +
tension en vaccins

Nombre de cas d'hépatite A par sexe, France
2016-2017



Nombre de cas d'hépatite A par région (hommes et femmes), janvier-août 2017, France métropolitaine



- **Vaccination VHB**
Si l'obtention très rapide d'une protection vaccinale est souhaitable,
un schéma accéléré peut être proposé : administration en primo-vaccination de 3 doses en 21 jours (J0, J7, J21), suivies d'un rappel 12 mois après, indispensable pour assurer une protection au long cours.

- **Vaccination HPV**
Rattrapage jusqu'à 26 ans en nonavalent en schéma 3 injections

Michael Douglas: 'Oral Sex Caused My Cancer'





Stratégie préventive combinée



Sexe et substances psycho-actives

- Chemsex = consommation de substances psychoactives au service d'activités sexuelles qui peuvent être extrêmes, non protégées (« bareback ») prévues pour une longue durée (plusieurs heures à plusieurs jours) et impliquant plusieurs partenaires
- Facilitée par les applications de rencontre géolocalisée
- Drogues = cocaïne, GHB/GBL, kétamine, méthamphétamines (crystal, meth) ou des cathinones
« Slam » quand le produit est injecté
- Essentiellement chez les HSH et minoritaire mais très à risque d'IST +++



APACHES

Attentes et PArcours liés au CHEMSEX



VIH: occasions manquées de diagnostic

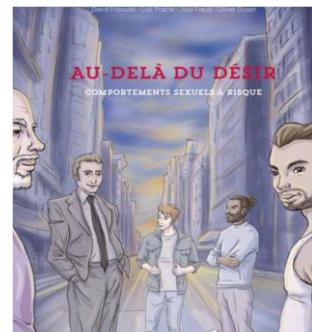
- Infection cutanéomuqueuse
- Zona, syphilis II, candidose buccale et œsophagienne
- Bilan d'adénopathie
- Fièvre de retour de voyage
- Sexualité à risque

Etude française sur 1.008 patients VIH+ diagnostiqués depuis < 6 mois

99% avaient eu un recours aux soins dans les 3 ans précédant le diagnostic, dont 84% qui avaient consulté un généraliste annuellement

91% avaient des pratiques à risque

→ **Aborder la sexualité en consultation et en salle d'attente**



Sida Info Service.org
0 800 840 800
Appel confidentiel, anonyme et gratuit

Hépatites Info Service.org
0 800 845 800
Appel confidentiel, anonyme et gratuit



Prévention dans les 2 sexes +++

- Sexe oral
Protégé dans seulement 5% des cas
Transmission syphilis, gonocoque, HSV...
- Autotests VIH
Vente libre en pharmacie
Plus facile que le passage aux urgences à 2h du matin...
- Education sexuelle des jeunes à l'école et à la maison



Autres IST

- **Zika virus**

Excrétion prolongée dans le sperme à l'origine de nouveaux cas

- **Ebola**

Excrétion très prolongée dans le sperme chez les patients guéris +++
Nouveau cluster en Guinée plus d'un an après la guérison du cas

- **Amibes, gale, fièvre de la vallée du Rift...**

Home take messages

On est un peu entre le XIXème siècle et les années 70...

- Retour en force des IST « classiques » : syphilis, gonocoque
- Montée de la résistance aux ATB conduisant à des stratégies d'épargne de certaines classes
- Nouvelles IST
- Nouvelles pratiques sexuelles à risque



Mais des stratégies de prévention composites et efficaces...
Encore faut-il en parler 😊



Questions ?