Dépistage et prise en charge VIH et IST

Pr Thierry MAY - Pr Firouzé BANI-SADR

14ème Journée Régionale d'Infectiologie
Nancy, 5 octobre 2019

ANTIBIOEST
Conseil, information, bon usage des antibiotiques

CHU DE REIMS

CHRU NANCY

Un homme de 25 ans consulte après un rappel sexuel consenti, non protégé, avec pénétration anale la veille. Le partenaire est occasionnel et il n'a pas les coordonnées. Inquiet, il vous consulte pour le bilan à réaliser.

L'interrogatoire retrouve des relations sexuelles non protégées avec 3 partenaires durant les derniers mois. Il se plaint également de brûlures urinaires évoluant depuis quelques semaines.

Concernant ses vaccinations, il est à jour pour DTCoq Polio et a reçu un ROR à l'âge de 2 ans.

Parmi ces examens biologiques, quels sont ceux que vous demandez à la recherche d'une IST virale ?

- Sérologie VIH
- Sérologie HPV
- Sérologie Herpes
- Sérologie VHA
- Sérologie VHC

Parmi ces examens biologiques, quels sont ceux que vous demandez à la recherche d'une IST virale ?

- Sérologie VIH
- Sérologie HPV
- Sérologie Herpes
- Sérologie VHA
- Sérologie VHC

Evolution des IST bactériennes dans le Grand Est

Figure 7 : Evolution du nombre de cas d'infection à Chlamydia selon le sexe, région Grand Est, 2007-2017.

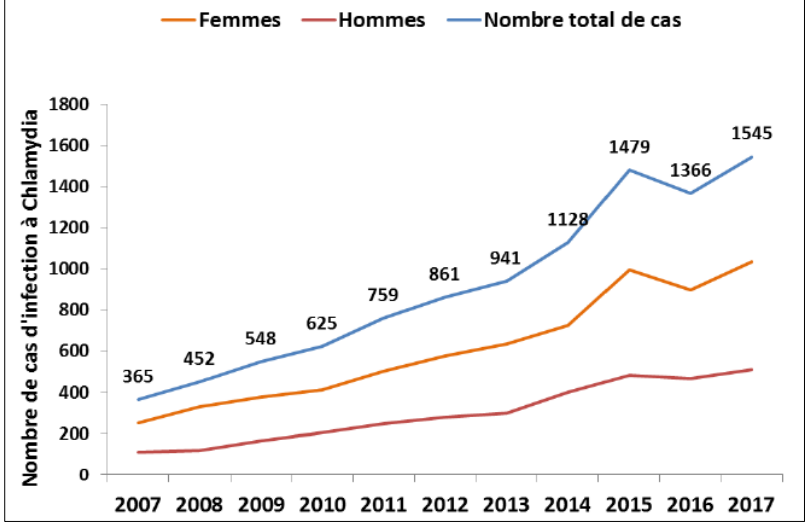


Figure 10 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente chez les hommes selon l'orientation sexuelle, région Grand Est, 2007-2017.

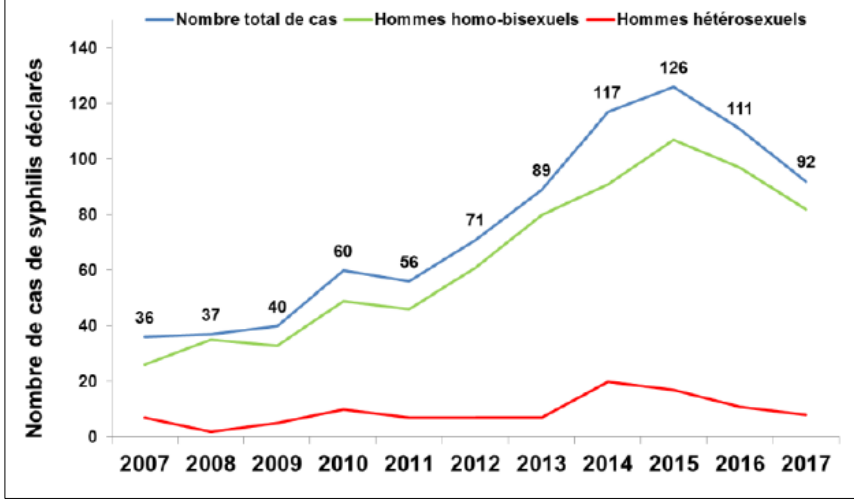


Figure 8 : Evolution du nombre de cas de gonococcies selon le sexe, région Grand Est, 2007-2017.

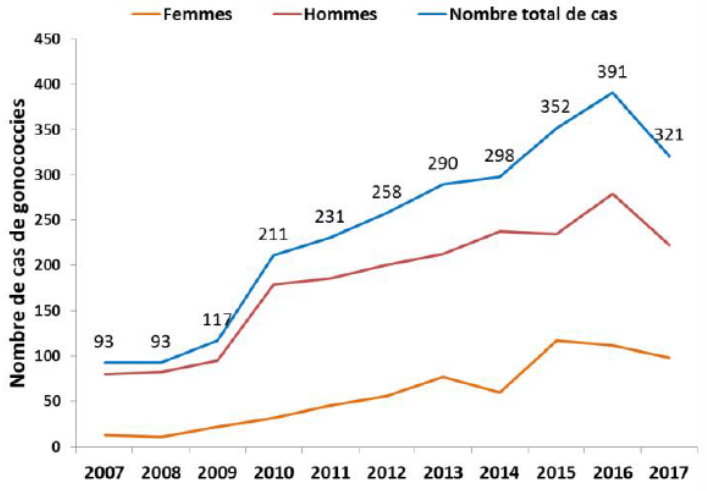
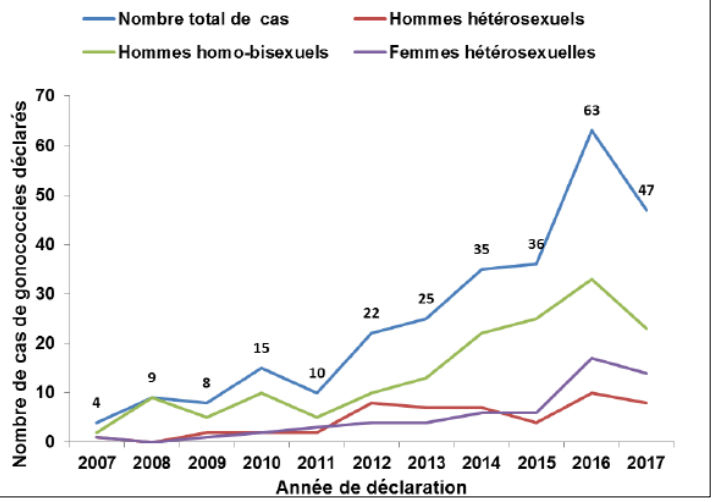


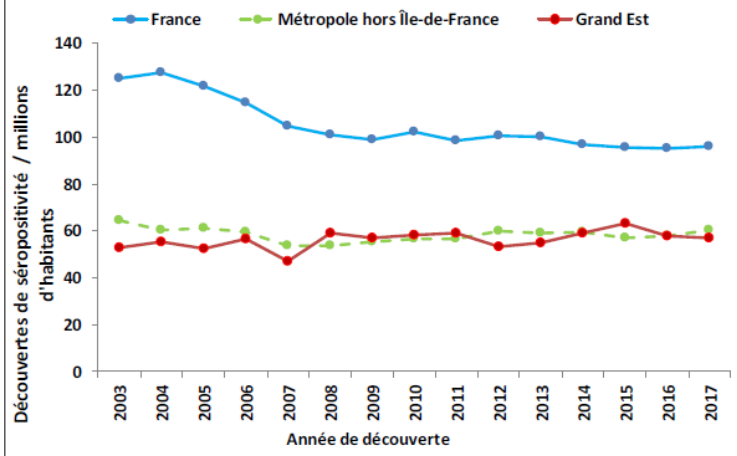
Figure 9 : Evolution du nombre de cas de gonococcies selon l'orientation sexuelle, région Grand Est, 2007-



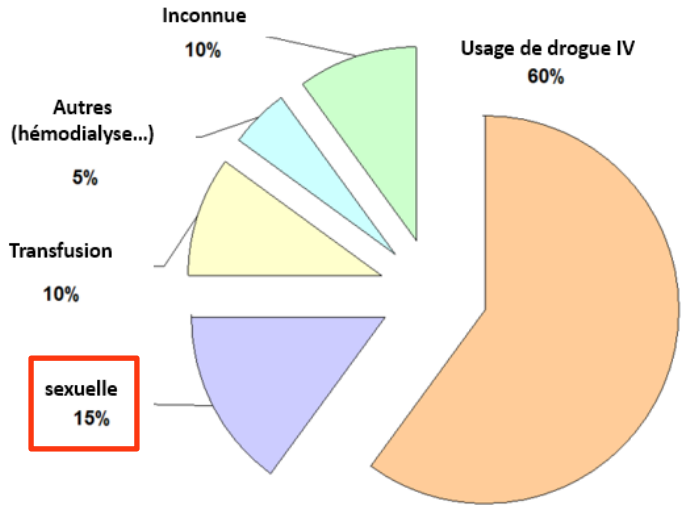
En France 270.000 infections à *Chlamydia*, 50.000 à Gonocoque, 14.000 syphilis en 2017

Evolution des IST virales

Figure 1 : Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité dans la région Grand Est, en métropole hors Île-de-France et en France, par million d'habitants, 2003-2017.



Cause de l'infection par le VHC



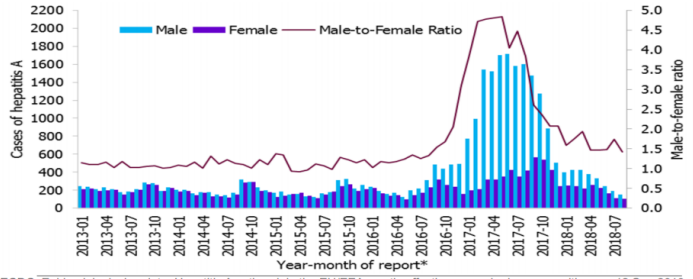
Epidémie d'hépatite A chez les HSH Europe

Santé publique France

Distribution des cas d'hépatite A par sexe et sexe ratio, Janvier 2012-Aout 2018, UE/AELE

2017 :

- 19 947 cas (24 pays) (vs. 4671 en 2012-2015)
- H/F Ratio (2017) : 3,6



ECDC. Epidemiological update: Hepatitis A outbreak in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men. 12 Sep 2018
https://ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-hepatitis-outbreak-eueea-mostly-affecting-men-who-have-sex-men-2

DECLARATION OBLIGATOIRE DE L'HEPATITE B AIGUE 2003-2016

Santé publique France

- **1661 CAS DÉCLARÉS ENTRE 2003 ET 2016 DONT 72 % D'HOMMES**
- **EXPOSITIONS À RISQUE AU COURS DES 6 MOIS PRÉCÉDANT LE DIAGNOSTIC**

	%
Exposition sexuelle	57 %
partenaire sexuel Ag HBs (+) *	14 %
HSH	21 %
partenaires sexuels multiples *	37 %
Voyage en zone d'endémicité VHB *	32 %
Soins invasifs (dialyse, chirurgie, greffe) *	13 %
Porteur chronique de l'Ag Hbs dans l'entourage familial *	11 %
Tatouage, piercing	6 %
Séjour en institution *	6 %
Usage de drogues *	4 %
Exposition professionnelle *	3 %
Exposition périnatale	1 %

→ Plus de 80% des cas avaient une indication de vaccination

* expositions à risque considérées comme relevant d'une indication vaccinale

7

Actualités épidémiologiques du VIH

Les ‘chemsex’ gays alimentent les épidémies de VIH en milieu urbain, avertissent des experts du SIDA

Par **Alessandro ROSINE** — 12 septembre 2019 dans **Santé** 4 min de lecture

Un membre de la division allemande des enquêtes criminelles (BKA) présente la méthamphétamine en cristaux (méthamphétamine en cristaux) lors d'une conférence de presse au bureau de la BKA à Wiesbaden, le 13 novembre 2014. REUTERS / Ralph Orlowski

Bad news

Consulter le journal

Le Monde

ACTUALITÉS ÉCONOMIE VIDÉOS OPINIONS CULTURE M LE MAG

SANTÉ • SOCIÉTÉ Partage

Le nombre de nouveaux cas de séropositivité a reculé à Paris

Entre 2015 et 2018, le nombre de diagnostics a baissé de 16 % dans la capitale. C'est dans la population des homosexuels que la diminution est la plus forte grâce au traitement préventif.

Par Paul Benkimoun et François Béguin • Publié le 09 septembre 2019 à 12h30 - Mis à jour le 09 septembre 2019 à 14h45

Good news

Parmi ces examens biologiques, quels sont ceux que vous demandez à la recherche d'une IST bactérienne ?

- Sérologie *Chlamydia* (IgM et IgG)
- Prélèvement urétral pour *Mycoplasma genitalium* par culture
- Prélèvement urinaire pour *Gonocoque* et *Chlamydia* par PCR
- Sérologie syphilis par un test tréponémique (TPHA, EIA, FTA)
- Sérologie syphilis par un test non tréponémique (VDRL, RPR)

Parmi ces examens biologiques, quels sont ceux que vous demandez à la recherche d'une IST bactérienne ?

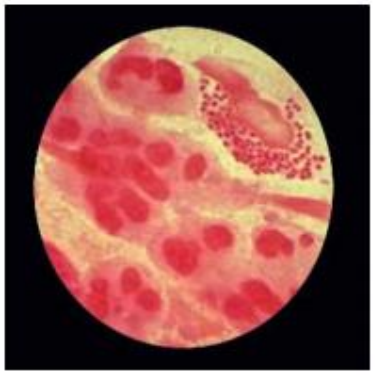
- Sérologie *Chlamydia* (IgM et IgG)
- Prélèvement urétral pour *Mycoplasma genitalium* par culture
- Prélèvement urinaire pour *Gonocoque* et *Chlamydia* par PCR
- Sérologie syphilis par un test tréponémique (TPHA, EIA, FTA)
- Sérologie syphilis par un test non tréponémique (VDRL, RPR)

Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*

Recommandations HAS 2018

Lieux	Population	Modalités
CeGIDD CPEF Centres IVG Cabinets libéraux Médecine G, Gynécologie, SF	1. Dépistage systématique des femmes âgées de 15-25 ans y compris les femmes enceintes 2. Dépistage ciblé des : - Hommes sexuellement actifs avec FDR - Femmes sexuellement actives >25 ans avec FDR - Femmes enceintes consultant pour IVG	1. Par TAAN sur auto-prélèvements ou cliniciens 2. Rythme : - Annuel si CT- - 3-6 mois si CT+ - 3 mois pour les HSH 3. Pas de test de contrôle systématique (sauf femme enceinte) 4. TT partenaire par la personne infectée

Dépistage des urétrites à *N. gonorrhoeae*



Examen direct
Rapide
Sensible pour les urétrites
Peu sensible pour les PV

Culture
> 2 jours
Peu sensible (50-70%)
Urines 1er jet ou PU
Prel cervico-vaginal
Antibiogramme ++
Sujets symptomatiques

TAAN
Très sensible (>95%) et spécifique,
Duplex CT/NG (nomenclature 8 juin 2018)
Urines 1er jet
Auto-prélèvement vaginal
Ecouvillons anal, pharyngé
Sujets asymptomatiques

Tests immunologiques rapides peu sensibles, non recommandés.

PCR Chlamydia/Gonocoque : combien de sites analyser ?

Un seul site est à analyser sauf dans les cas suivants :

– **Selon le comportement sexuel** : en cas de rapport sexuel anal et/ou pharyngé : rechercher *C.trachomatis et N. gonorrhoeae* dans les deux ou trois sites : association prélèvements génital, rectal et/ou pharyngé
– Si **arthrite réactionnelle** : rechercher *C. trachomatis* dans deux ou trois sites : génital, conjonctival, articulaire
– dans **l'exploration d'une infection haute**, rechercher les deux bactéries au niveau du col et/ou du haut appareil génital (endomètre, liquide de Douglas, biopsie des trompes, par exemple) : un ou deux sites
– dans **l'exploration d'une épididymite, d'une prostatite, d'une infertilité d'origine masculine** : rechercher les bactéries dans le premier jet d'urine et dans le sperme
– dans **l'exploration de la lymphogranulomatose vénérienne** (LGV), rechercher *C. trachomatis* dans le ganglion satellite et les éventuelles ulcérations.

Une seule cotation 5301 (B85) par patient
En cours de révision à la CHAB...

JO, décret du 5 octobre 2011 modifié le 8 juin 2018

Diagnostic de *Mycoplasma genitalium*

- **Pas de sérologie**
- **Culture extrêmement fastidieuse**
  - **Pas d'antibiogrammes, pas de CMI**
- **Tests d'amplification génique: PCR, TMA**
  - **Trousses commercialisées sur plateformes haut-débit (Hologic, Roche, Abbott)**
  - **Monoplex et multiplex**

- **Diagnostic non inscrit à la nomenclature**

➢ **Pas de remboursement**
BHN 250 = 67,5 euros

Diagnostic sérologique de la syphilis

- **HAS 2007 : Test Tréponémique (TT) : TPHA, EIA, FTA**
  + Test Non Tréponémique (TNT) : VDRL, RPR…

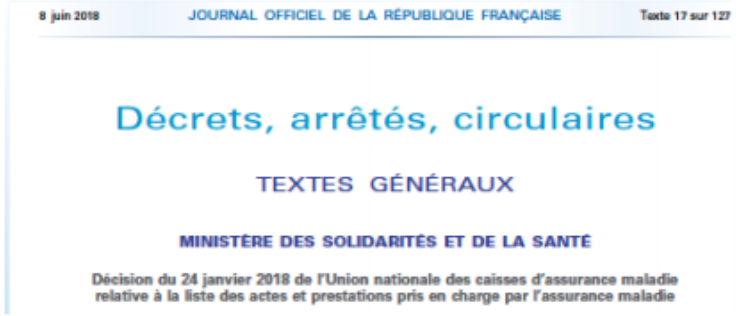
- **HAS 2015 : TT Ig totales, par EIA (B20)**
  - **Si positif : TNT (VDRL ou RPR) avec titrage (B20)**

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ARGUMENTAIRE

Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du *Treponema pallidum* (bactérie responsable de la syphilis)

Mai 2015


8 juin 2018 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 17 sur 127

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décision du 24 janvier 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

Modification nomenclature : JO du 8 juin 2018

Concernant la prophylaxie post exposition de l'infection par le VIH (TPE), quelles affirmations sont vraies ?

- Il n'y a pas d'utilité à l'envisager car cette personne a de nombreux partenaires occasionnels.

- Il est recommandé de lui prescrire une TPE car le dernier rapport à risque date de moins de 48h et il s'agit d'une relation homosexuelle.

- Un médecin généraliste peut délivrer le TPE pour 4 semaines.

- Le TPE comporte une trithérapie (2 INTI + 3ème agent).

- Après 4 semaines de suivi biologique négatif, on peut affirmer l'absence de contamination.

Concernant la prophylaxie post exposition de l'infection par le VIH (TPE), quelles affirmations sont vraies ?

- Il n'y a pas d'utilité à l'envisager car cette personne a de nombreux partenaires occasionnels.

- Il est recommandé de lui prescrire une TPE car le dernier rapport à risque date de moins de 48h et il s'agit d'une relation homosexuelle.

- Un médecin généraliste peut délivrer le TPE pour 4 semaines.

- Le TPE comporte une trithérapie (2 INTI + 3ème agent).

- Après 4 semaines de suivi biologique négatif, on peut affirmer l'absence de contamination.

TPE après exposition sexuelle ou au sang

- Quand?
  - Traitement possible jusqu'à **48h** après le risque
  - Au mieux **dans les 4 heures !**

- **Où?**
  - **CeGIDD**
  - **SAU (kit de 3 jours)**

Indication de TPE après exposition sexuelle

	Statut VIH de la personne source			
	positif		inconnu	
Risque et nature de l'exposition	**Cv détectable**	**Cv < 50 copies/ml ***	**Groupe à prévalence élevée ****	**Groupe à prévalence faible ou inconnue**
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

Indication de TPE après exposition au sang

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	positif		inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
Important: - Piqure profonde, aiguille creuse et intra-vasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé *	TPE recommandé
Intermédiaire: - Coupure avec bistouri - Piqûre avec aiguille IM ou SC - Piqûre avec aiguille pleine - Exposition cutanéo-muqueuse avec temps de contact > 15 minutes	TPE recommandé	TPE non recommandé *	TPE non recommandé
Faible - Piqûres avec seringues abandonnées - Crachats, morsures ou griffures, autres cas	TPE non recommandé		

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

Traitement post-exposition au VIH

Durée totale du traitement: **28 jours** (*infection de la plupart des macaques après un TPE de 10 j)*

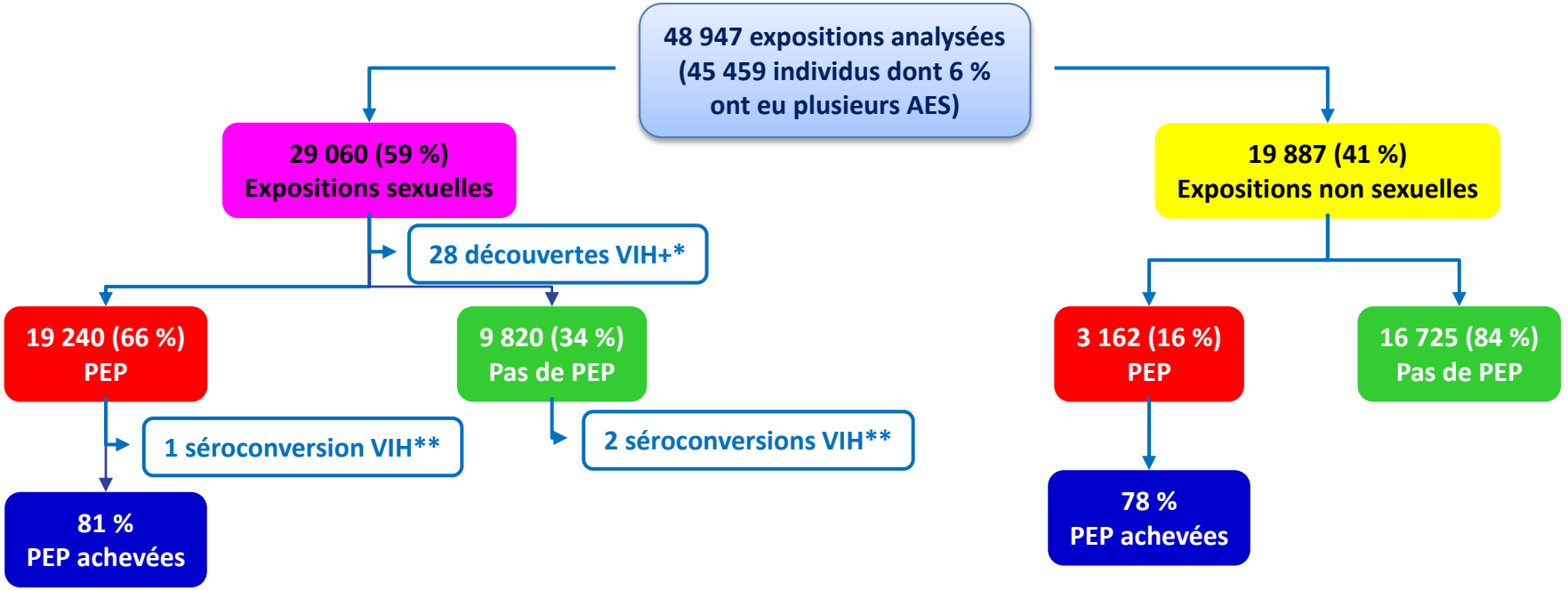
Choix préférentiel:

- **ténofovir DF + emtricitabine + rilpivirine** (bonne tolérance, simplicité de prise (monoprise en 1cp ou 2cps [si TDF/FTC générique], faible risque d'interaction médicamenteuse, moindre coût).

- La probabilité d'exposition à un virus porteur de résistances aux INNTI est extrêmement faible dans la situation d'un AES où l'on ignore le statut sérologique du sujet source. **La rilpivirine doit néanmoins être évitée lorsque** le sujet source est connu comme PVVIH porteur d'un virus à risque de résistance à cette molécule (polymorphisme 138, génotype cumulé, histoire thérapeutique).
- Il faut informer le patient de la nécessité de prendre la rilpivirine avec des **aliments**, et prendre en compte le risque d'**interaction** avec les inhibiteurs de la pompe à protons et anti-H2.

Prophylaxie post-exposition en France 2004-2017 (Cohorte Dat'AIDS)

- Etude rétrospective (période janvier 2004-décembre 2017) dans cohorte Dat'AIDS (22 centres)



* 28 sujets déjà VIH+ : certains se présentent pour la première fois (n = 20), 2ème fois (n = 7) ou la 4ème fois (n = 1)
** 3 sujets après exposition sexuelle ont séroconverti pendant le suivi : 1 avait arrêté la PEP après 2 jours pour effets indésirables et 2 n'avaient pas reçu de PEP du fait d'une consultation tardive (> 72 h)

Gantner P, CROI 2019, Abs. 984

Prophylaxie post-exposition en France 2004-2017 (Cohorte Dat'AIDS)

Caractéristiques des expositions

	Expositions sexuelles (n = 29 060)	Expositions non sexuelles (n = 19 887)
Hommes, %	69	31
HSH	36	
Hommes hétérosexuels	33	
Femmes hétérosexuelles, %	31	
Age médian	29 ans	31 ans
Evaluation initiale, %		
Urgences	35	18
Unité VIH	65	82
Statut source, %		
Connu VIH+	12	12
Inconnu	85	71
Dépistage réalisé	3	27
Testé positif	4	1
Usage préservatif, %	52	
Rapport avec travailleur(se) du sexe, %	11	
Viol, %	10	

- **Prédicteurs de l'usage d'un préservatif**
  - 48 % de déclarations de non usage d'un préservatif
  - L'usage du préservatif diminue avec l'année d'exposition, rapport HSH, viol
  - L'usage du préservatif augmente avec l'âge, un rapport avec un travailleur(se) du sexe, un partenaire femme, la connaissance du statut sérologique du partenaire
- **Arrêts prématurés et prédicteurs d'une PEP complète :**
  - Globalement 20 % des sujets ont arrêté la PEP dans les 20 premiers jours
  - L'arrêt prématuré est attribué dans 26 % des cas à des effets indésirables, 65 % au choix du sujet et 9 % à une autre cause
  - L'arrêt prématuré n'est pas retrouvé associé à un traitement particulier
- Les facteurs retrouvés associés à une PEP complète : âge, rapport HSH, rapport avec travailleur du sexe, viol, source VIH+, blessure non superficielle
- **Taux de contrôle sérologique à la fin du suivi : 31 %**

Gantner P, CROI 2019, Abs. 984

Du fait de ses pratiques sexuelles à risque, faut-il envisager un traitement pré exposition (PReP) et si oui, selon quelles modalités et quelle surveillance ?

- Ténofovir (Truvada) : 1 cp/jour en continu.

- Ténofovir (Truvada) selon un schéma discontinu.

- La PReP doit être initiée en service spécialisé et peut être poursuivie par le médecin traitant.

- Le suivi clinique et biologique comporte une consultation trimestrielle.

- La PReP est remboursée à 65 % comme les vaccins.

Du fait de ses pratiques sexuelles à risque, faut-il envisager un traitement pré exposition (PReP) et si oui, selon quelles modalités et quelle surveillance ?

- Ténofovir (Truvada) : 1 cp/jour en continu.

- Ténofovir (Truvada) selon un schéma discontinu.

- La PReP doit être initiée en service spécialisé et peut être poursuivie par le médecin traitant.

- Le suivi clinique et biologique comporte une consultation trimestrielle.

- La PReP est remboursée à 65 % comme les vaccins.

Indications de la PrEP

- Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH) et qui rapportent des relations anales non protégées avec au moins deux partenaires sur une période de six mois ou ayant présenté plusieurs épisodes d'IST dans l'année ou ayant eu plusieurs recours à un TPE dans l'année ou ayant l'habitude de consommer des substances psychoactives lors des rapports sexuels (alcool, drogues et slam-parties…) ;
- personnes usagères de drogues par injection avec partage de seringues ;
- personnes en situation de prostitution exposées à des rapports sexuels non protégés par préservatif ;
- personnes en situation de vulnérabilité exposées à des rapports sexuels à haut risque de transmission du VIH, c'est-à-dire ayant des rapports avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée.

La PrEP n'est pas recommandée chez les couples séro-différents dans lequel le partenaire séropositif est sous traitement antirétroviral et présente une charge virale indétectable.

Modalités d'administration

Le groupe d'experts recommande:

- **soit une prévention continue par un comprimé quotidien de ténofovirDF/emtricitabine** (activité optimale protectrice après 7 jours chez les HSH et après 21 jours chez les femmes)
- **soit une prévention « à la demande » comprenant deux comprimés de ténofovirDF/emtricitabine pris entre 24h et 2h précédant l'acte sexuel, puis un comprimé 24h et un autre 48h après la prise précédant la relation sexuelle** (ou prise continue et quotidienne si des relations ont lieu avant la prise complémentaire suivant l'acte). L'efficacité de **cette modalité de prise** n'a toutefois été démontrée que **chez des HSH à haut risque** d'acquisition du VIH et **ne peut donc pas être recommandée chez les autres personnes à risque, en particulier les femmes**.

Surveillance

- **Une première consultation :**
- **visite médicale** (signes cliniques de primo infection VIH, médicaments néphrotoxiques, contraception orale)
- **entretien de counseling** (incitation à l'absence de rapport sexuel non protégé jusqu'à la prochaine consultation)
- **prélèvement sanguin** [VIH, VHB, VHC, fonction rénale, IST]
- **Une deuxième consultation trois semaines plus tard :**
- **signes cliniques de primo infection VIH ?**
- **tirer les conclusions du premier bilan biologique** (IST, VHB / VHC contre-indication de PreP ne pouvant être levée qu'en RCP)
- **nouvelle vérification du statut sérologique VIH**
- **première prescription de PrEP**
- **Une surveillance clinique et biologique trimestrielle**

Etude ANRS Prévenir : efficacité de la PrEP en continu et à la demande en vie réelle

Analyse intermédiaire sur 1 628 participants inclus au 2 juillet 2018
Caractéristiques à l'inclusion (médiane, IQR ou %)

	n = 1 628	PrEP en continu n = 724 (45,4 %)	PrEP à la demande n = 870 (54,6 %)	p
Age (années)	36 (30 - 44)	36 (30 - 44)	36 (30 - 44)	0,10
Caucasiens	85,2			
Situation à risque HSH Hétérosexuels hommes ou femmes Transgenres	 98,8 0,8 0,5	 98 0,1 1,1	 99,4 0,6 0	< 0,01
Avec un partenaire sexuel régulier	51,7	53	51	0,41
Utilisation préalable de PrEP	57,2	56,5	59,2	0,28
Utilisation de Chemsex*	15,8	17,7	14,3	0,06
Slam	1,6			
Rapports sexuels non protégés par préservatif dans les 4 dernières semaines	2 (0 - 5)	3 (1 - 8)	2 (0 - 4)	< 0,001
Partenaires sexuels dans les 3 derniers mois	10 (6 - 20)	15 (7 - 25)	10 (5 - 15)	< 0,001

* Lors du dernier rapport sexuel : cocaïne, GHB, MDMA, méphédrone

Molina JM, IAC 2018, Abs. WEAE0406LB

Etude ANRS Prévenir : efficacité de la PrEP en continu et à la demande en vie réelle

% d'utilisation de la PrEP ou du préservatif lors du dernier rapport sexuel
2 279 rapports sexuels évalués chez 1 102 participants ayant dépassé la visite M3

	PrEP en continu n = 1 088 rapports	PrEP à la demande n = 1 191 rapports	Total n = 2 279
Utilisation globale de la PrEP	98,2	81,2	89,2
Utilisation correcte*	95,8	96,2	96,1
Pas de PrEP	1,8	18,8	10,7
Préservatifs	18,9	21,6	20,4

* ≥ 1 cp avant (< 24 h) et 1 cp (< 24 h) après le rapport

Incidence du VIH (suivi moyen 7 ± 4 mois)

Schéma PrEP	Suivi (patients-année)	Incidence VIH pour 100 patients-année (IC 95 %)
En continu	443	**0** (0 - 0,8)
À la demande	506	**0** (0 - 0,7)

- **Conclusions**
  - Très bonne efficacité de la PrEP en vie réelle, qu'elle soit prise en continu ou à la demande : estimation de 85 infections VIH évitées
  - Bonne tolérance : aucun EIG ni d'arrêt de traitement liés à TDF/FTC
  - Tendance à une augmentation des comportements sexuels à risque

Molina JM, IAC 2018, Abs. WEAE0406LB

Concernant le tableau d'urétrite, quels sont les germes potentiellement en cause ?

- *Chlamydia trachomatis*

- *Neisseria gonorrhoeae*

- *Mycoplasma genitalium*

- *Treponema pallidum*

- *Gardnerella vaginalis*

Concernant le tableau d'urétrite, quels sont les germes potentiellement en cause ?

- *Chlamydia trachomatis*

- *Neisseria gonorrhoeae*

- *Mycoplasma genitalium*

- *Treponema pallidum*

- *Gardnerella vaginalis*

Le prélèvement urétral que vous avez réalisé revient positif à *Gonocoque* et *Chlamydia*, quelles sont les recommandations thérapeutiques ?

- Une urétrite à *Chlamydia* se traite par Azithromycine 1g en 1 prise
- Une urétrite à *Chlamydia* se traite par Doxycycline 200 mg/j en 1 prise
- Une urétrite à *Gonocoque* se traite par 1 injection de Ceftriaxone 500 mg
- Une urétrite à *Gonocoque* se traite par 1 prise de Ciprofloxacine 500 mg
- En cas d'échec thérapeutique, penser à *M. genitalium*

Le prélèvement urétral que vous avez réalisé revient positif à *Gonocoque* et *Chlamydia*, quelles sont les recommandations thérapeutiques ?

- Une urétrite à *Chlamydia* se traite par Azithromycine 1g en 1 prise
- Une urétrite à *Chlamydia* se traite par Doxycycline 200 mg/j en 1 prise
- Une urétrite à *Gonocoque* se traite par 1 injection de Ceftriaxone 500 mg
- Une urétrite à *Gonocoque* se traite par 1 prise de Ciprofloxacine 500 mg
- En cas d'échec thérapeutique, penser à *Mycoplasma genitalium*

Gonocoque : résistance aux antibiotiques

- **Résistance aux céphalosporines 3ème génération**
  - 0,3% de souches en France en 2018
- **Résistance à l'azithomycine : 2% - 8%**

Europ EURO-GASP 2016 (n=22659) 25 countries	Australia 2015 n=5411	United States GISP 2014 (n=5093), 27 sites
7.5%	2.6%	2.5%

  - **6,5% - 17,3% en fonction des réseaux en France en 2018**
  - Bas et plus rarement haut niveau de résistance, mutations ribosomiques (ARNr 23S)
- **Résistance aux fluoroquinolones : 30 % – 50 %**

  47% - 55% en fonction des réseaux en France en 2018
  - Haut niveau de résistance, mutations enzymes cibles (gyrase)

CNR des IST bactériennes
Saint Louis

- **Résistance aux tétracyclines: > 50%**
  - **47,3 % - 63,8% en fonction des réseaux en France en 2018**
  - Haut niveau de résistance (gène *tet*(M), élément mobile)

Unemo et al, Future Microbiol. 2012; Unemo and Jensen, Nat Rev Urol 2017;Wi et al, PloS Med 2017

Traitement des urétrites

Agent	Traitement	
	1ère intention	2ème intention
Gonocoque	Ceftriaxone 500 mg IM x 1	Gentamycine 240 mg IM x 1 si allergie bêta-lactamines Ciprofloxacine 500 mg per os après antibiogramme
Chlamydia trachomatis	Doxycycline 200 mg/j x 7	Azithromycine 1 g x 1 du fait du risque de résistance à *M. genitalium*

+ traitement du partenaire et préservatif pendant 7 jours

Traitement des urétrites à *M. genitalium*

- Traitement recommandé en l'absence de résistance aux macrolides :
  - Azithromycine : 500 mg J1 puis 250 mg/j J2-J5

- Traitement recommandé en cas de résistance aux macrolides (40 %) :
  - Moxifloxacine : 400 mg/j 7-10 j

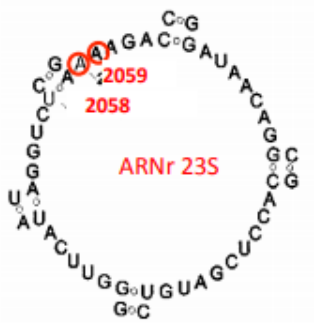
Syphilis : ttt et résistance aux antibiotiques

- **Pas de résistance au traitement de 1ère intention: Benzathine penicillin G (WHO 2016, IUSTI Europe 2014, MMWR 2015)**

IUSTI
INTERNATIONAL UNION AGAINST SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

- **Alternatives**: doxycycline ou azithromycine
  - Pas de résistance clinique aux tétracyclines
  - **Résistance très fréquente à l'azithromycine**
    - Mutations ribosomiques (ARNr 23S)
    - **France (86,4% en 2018),** UK (66%), Australia (84%), USA (80%) China (100%)

CNR des IST bactériennes
Cochin



Stamm, LV, Microbial Cell, 2016; Stamm LV, et al. Antimicrob Agents Chemother 2000; Read P et al, J Clin Microbiol. 2014; Grimes M, et al Sex. Transm. Dis. 2012; Lukehart SA, N. Engl. J. Med. et al. 2004; Tipple C, et al. Sex. Transm. Infect 2011; Chen XS, et al Clin. Microbiol. Infect. 2013; Dupin N, French National Center for syphilis report, 2017.

Si la sérologie VIH revenait positive, quelles sont actuellement parmi cette liste les alternatives thérapeutiques pour initier un traitement antirétroviral ?

- Une trithérapie comportant 2 NUC + 1 anti-intégrase
- Une trithérapie comportant 2 NUC + 1 NNUC
- Une trithérapie comportant 1 NUC + 1 anti-intégrase
- Une trithérapie comportant un traitement 4 jours / 7
- Une trithérapie comportant 1 NUC + 1 anti-protéase

Si la sérologie VIH revenait positive, quelles sont actuellement parmi cette liste les alternatives thérapeutiques pour initier un traitement antirétroviral ?

- Une trithérapie comportant 2 NUC + 1 anti-intégrase
- Une trithérapie comportant 2 NUC + 1 NNUC
- Une trithérapie comportant 1 NUC + 1 anti-intégrase
- Une trithérapie comportant un traitement 4 jours / 7
- Une trithérapie comportant 1 NUC + 1 anti-protéase

Stratégies antirétrovirales actuelles

Initiation
ou
Maintenance/Optimisation

Niveau de CV ?
Génotype ARN ?
Historique ARV ?
ATCD d'échec ?
Coinfections ?
Comorbidités ?
Poly médications ? Etc.

« CARLA » &
Long Acting
Injectable

TRAITEMENT ARV

TRITHERAPIE
(REF.)

Réduction
de dose

Allègement

Fenêtre
thérapeutique
(4 jours /7)

DRV/r (600/100 mg QD)
DRV/r (400/100 mg QD)
EFV (400 mg QD)

Deboost

ATV

DualT

DTG + RPV
ETR + RAL
DTG + 3TC
FTC/TDF

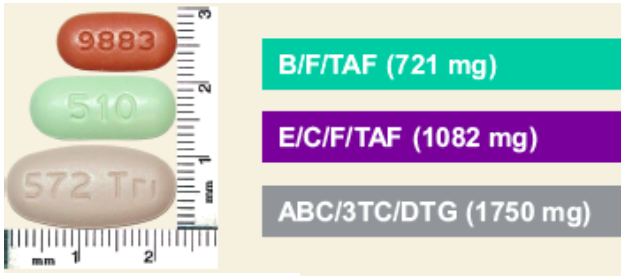
MonoT

DRV/r

Trithérapies en 1 cp/j en traitement initial

- **Obtention contrôle CV (< 50 copies/ml) > 95 %**
- **Résistance acquise exceptionnelle**
- **Très peu d'arrêts pour effets indésirables**

- Dolutégravir /ABC/3TC : **Triumeq®**
- Elvitégravir/c/TAF/FTC : **Genvoya®**
- Bictégravir/TAF/FTC : **Biktarvy®**



- Rilpivirine/TAF/FTC : **Odefsey®**
- Doravirine/TDF/3TC : **Delstrigo®**

- **Et prochainement une bithérapie**
- Dolutégravir/3TC : **Dovato®**

Concernant les vaccinations recommandées du fait de son âge de 25 ans et de ses pratiques sexuelles :

- Vaccination Hépatite B selon 1 schéma 0-1-6
- Vaccination Hépatite A selon 1 schéma 0-6
- Vaccination Méningocoque C
- Vaccination HPV selon 1 schéma 0-1-6
- Dans ce cadre, les vaccinations restent à la charge du patient

Concernant les vaccinations recommandées du fait de son âge de 25 ans et de ses pratiques sexuelles :

- Vaccination Hépatite B selon 1 schéma 0-1-6
- Vaccination Hépatite A selon 1 schéma 0-6
- Vaccination Méningocoque C
- Vaccination HPV selon 1 schéma 0-1-6
- Dans ce cadre, les vaccinations restent à la charge du patient

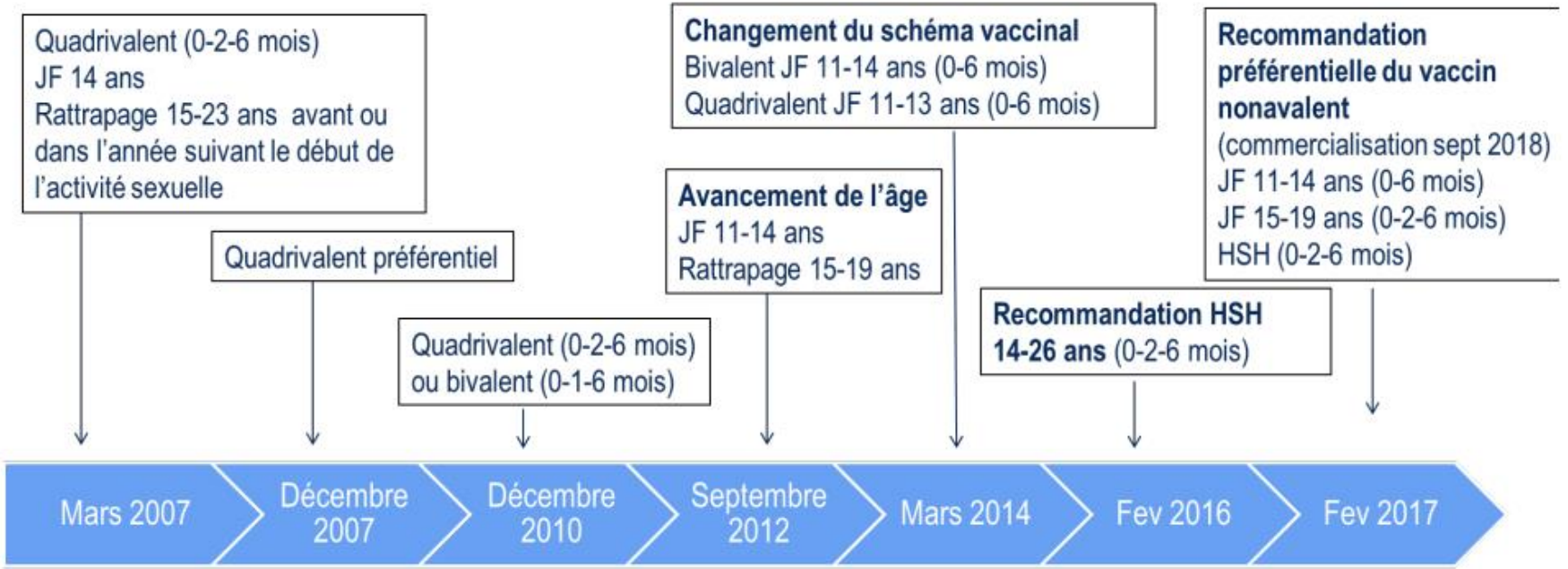
LES VACCINATIONS CONCERNÉES

Santé publique France

- ✓ Depuis les années 80 :
  - ✓ Vaccination contre l'hépatite B des groupes à risque (dont multi partenariat sexuel)
- ✓ Depuis 2002 :
  - ✓ Vaccination contre l'hépatite A des HSH
- ✓ Entre juillet 2013 et fin 2016
  - ✓ Vaccination contre les infections à méningocoque C des HSH
- ✓ Depuis 2016
  - ✓ Vaccination contre les HPV des HSH jusqu'à 26 ans

RECOMMANDATIONS DE VACCINATION HPV EN FRANCE

Santé publique France



A terme, vaccination de tous les garçons ?