

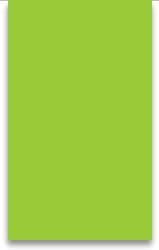


Formation santé sexuelle: IST











DR MARIE BISTOQUET - PRATICIEN ATTACHÉ MIT CHU MONTPELLIER

19 OCTOBRE 2021

Hépatites Virales



LES MODES DE TRANSMISSION DES VIRUS DES HÉPATITES

		VIRUS DE L'HÉPATITE A	VIRUS DE L'HÉPATITE B	VIRUS DE L'HÉPATITE C	VIRUS DE L'HÉPATITE D	VIRUS DE L'HÉPATITE E
Baiser profond		○	●	○	●	○
Alimentation pays pauvres		● Si contact selles	○	○	○	● Si contact selles
Relations sexuelles		● Si contact selles	●	● Si échange sang	●	● Si contact selles
Partage de matériel d'injection et de sniff entre usagers de drogue		●	●	●	●	●
Partage objets de toilette		●	●	●	●	●
Toilettes		●	○	○	○	●
Contacts humains (toucher)		○	○	○	○	○
Grossesse		●	● 90% si enfant non traité ○ Si enfant traité à la naissance	● 3 à 5% de risque de transmission à l'enfant	● 90% si enfant non traité ○ Si enfant traité à la naissance	●
Transfusion		○	● Avant 1971 ○ Depuis 1971	● Avant 1992 ○ Depuis 1992	● Avant 1971 ○ Depuis 1971	○
vaccins (pour éviter la contamination)		vaccin	vaccin	pas de vaccin	vaccin hépatite B	pas de vaccin

○ Pas de transmission ● Risque de transmission limité ● Risque de transmission élevé

Hépatite A

Transmission oro – fécale, épidémie à Montpellier été 2017

- ▶ Déclaration obligatoire

Clinique : souvent asymptomatique et bénigne / symptômes digestifs, syndrome pseudo grippal, ictère

Diagnostic: Sérologie et surveillance bilan hépatique

Traitement symptomatique

Prévention: Voyageur, cas contact, HSH

- ▶ vaccination, 2 doses entre 6mois et 5 ans d'intervalle

Hépatite B

Epidémiologie

- ▶ prévalence Ac anti-HBc en population de France métropolitaine âgée de 18 à 80 estimée à 7,30 % (IC 95 % [6,48 ; 8,22])
- ▶ prévalence portage Ag HBs 0,65 % (IC 95 % [0,45 ; 0,93]), soit 280 821 personnes touchées dont seules 44,8 % connaissent leur statut
- ▶ 1^{er} cause de mortalité par carcinome hépatocellulaire, responsable de 5 à 10 % de transplantation hépatique

Transmission

sang, sexuelle, mère-enfant

Clinique

- Forme souvent bénigne et asymptomatique avec évolution vers guérison spontanée
- Forme chronique évoluant vers cirrhose et carcinome hépatocellulaire (plus fréquent chez enfants, personnes âgées et immunodéprimés)

Diagnostic

sérologie (Ag HBs, Ac anti HBc, Ac anti HBs) // Buvarid // TROD

Traitement forme chronique

médicamenteux par antiviraux (*Ténofovir VIREAD®*, *Entecavir BARACLUDGE®*)

Prévention

- Post exposition : immunoglobuline anti HBs + vaccination
- Vaccination : 3 doses à M0 M1 M6
ou schéma rapide J0 J7 J21 + M12
- Réduction des risques : préservatifs, seringue usage unique, gants

TABLEAU RECAPITULATIF Marqueurs VHB

Ag HBs -	Ac anti HBs -	Ac anti HBc -	Pas eu d'hépatite, pas eu de vaccin
Ag HBs -	Ac anti HBs +	Ac anti HBc -	Anticorps dus au vaccin
Ag HBs +	Ac anti HBs -	Ac anti HBc +	Hépatite chronique B
Ag HBs -	Ac anti HBs +	Ac anti HBc +	Hépatite B guérie

Hépatite C

Epidémiologie

- ▶ Prévalence des Ac anti-VHC à 0,84 % (IC 95 % [0,65 ; 1,10]), soit 36 705 personnes ayant été en contact avec le VHC dont 57,4 % connaissent leur statut
- ▶ L'ARN viral détecté chez 65 % des sujets anti-VHC positifs (IC 95 % [50 ; 78]) correspondant à 232 196 sujets infectés par le VHC soit 0,53% (IC 95 % [0,40 ; 0,70])

Transmission

sang, sexuelle, mère-enfant

Clinique

Asymptomatique,
65 à 85 % de passage en phase chronique

Diagnostic

Sérologie + PCR virale // TROD – Buvard

Prévention

- Réduction des risques : préservatifs, seringue usage unique, gants, paille personnelle

Traitement

- Parcours simplifié : si absence maladie hépatique sévère, de traitement antérieur par AAD et de comorbidités (co-infection VHB et ou VIH, insuffisance rénale sévère...)

Epclusa® (Sofosbuvir + Velpatasvir) pendant 12 semaines

Maviret® (Glecaprevir + Pibrentasvir) pendant 8 semaines

- Contrôle charge virale à 12 S de la fin du traitement

- Autres situations: avis en Réunion de Concertation Pluri disciplinaire

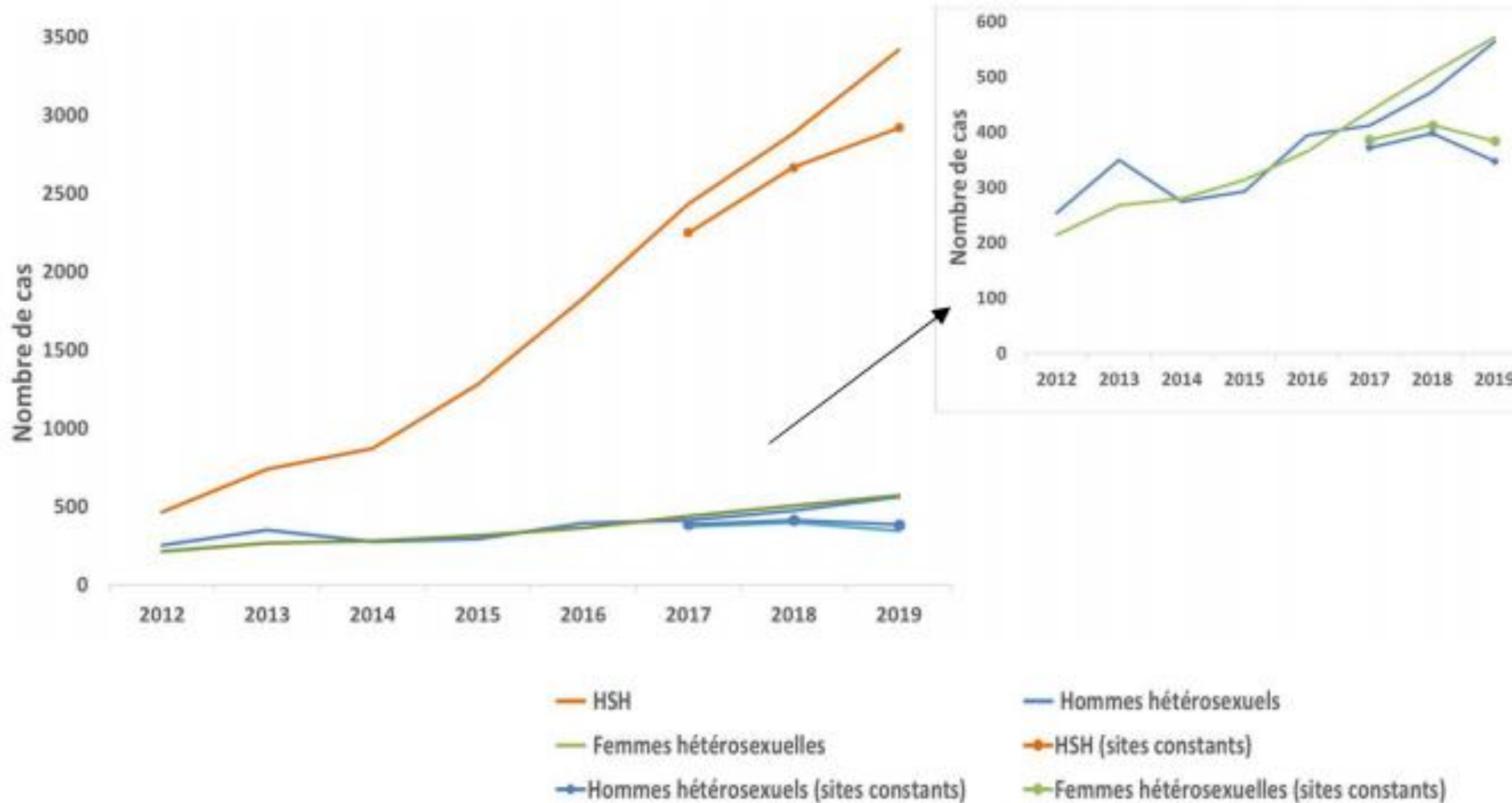
Gonocoque
Chlamydia
Mycoplasme



Epidémiologie

- ▶ Augmentation du nombre d'infection à Gonocoque de 70% entre 2015 et 2017 et de 21% entre 2017 et 2019
 - ▶ 80% des personnes nouvellement diagnostiquées sont des HSH en 2019 pour une moyenne d'âge de 28 ans
- ▶ Augmentation du nombre d'infection à Chlamydia de 29% entre 2017 et 2019
 - ▶ Le nombre de cas rapporté concerne essentiellement les femmes de 15 – 24 ans

Figure 6. Evolution du nombre de gonococcies selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2012-2019



Gonocoque

Neisseria gonorrhoeae (bactérie diplocoque gram négatif)

► Clinique

urétrite ou cervicite avec écoulement purulent douloureux, localisation anale et oropharyngée souvent asymptomatique

► Diagnostic

prélèvement aux 3 sites : gorge (écouvillon), anal (écouvillon), 1^{er} jet d'urine ou vagin (écouvillon) puis envoi en bactériologie pour PCR +/- réalisation écouvillon au charbon pour mise en culture et antibiogramme

► Prise en charge

CEFTRIAXONE 1g IV/IM en dose unique

(alternative possible : GENTAMICINE 240mg IM + AZITHROMYCINE 2g PO ou CIPROFLOXACINE 500mg PO après antibiogramme)

Traitement partenaire(s) + préservatif 15 jours jusqu'au TOC

Chlamydia

Chlamydia trachomatis (bactérie intracellulaire)

► Clinique

Urétrites et cervicites (souvent asymptomatique) + rectites et rectocolites + syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (péritonite péri hépatique femme) + lymphogranulomatose vénérienne LGV (lésions anorectales et ganglionnaires avec fibrose)

► Diagnostic

Prélèvement aux 3 sites : gorge (écouvillon), anal (écouvillon), 1^{er} jet d'urine ou vagin (écouvillon) puis envoi en bactériologie pour PCR +/- envoi souche au CNR Bordeaux (recherche souche L)

► Prise en charge

DOXYCYCLINE 200mg/j pendant 7 jours (*alternative: AZITHROMYCINE 1g dose unique*)

LGV: DOXYCYCLINE 200mg/j pendant 21 jours

Traitement partenaire(s) + préservatif + TOC entre 4 et 6 semaines

Mycoplasme

Mycoplasma genitalium

► Clinique

Urétrite / cervicite / rectite

► Diagnostic !! Uniquement si symptomatique !!

prélèvement aux 3 sites : gorge (écouvillon), anal (écouvillon), 1^{er} jet d'urine ou vagin (écouvillon) puis envoi en bactériologie pour PCR et dépistage de résistance en biomoléculaire

► Prise en charge

1^{ere} ligne : DOXYCYCLINE 200mg /J pendant 7 jours **PUIS**

AZITHROMYCINE 500mg J1 puis 250mg J2-J5

Si résistance macrolides : MOXIFLOXACINE 400mg/j pendant 7 à 10 jours

2^e ligne : MOXIFLOXACINE 400mg/j pendant 14 jours

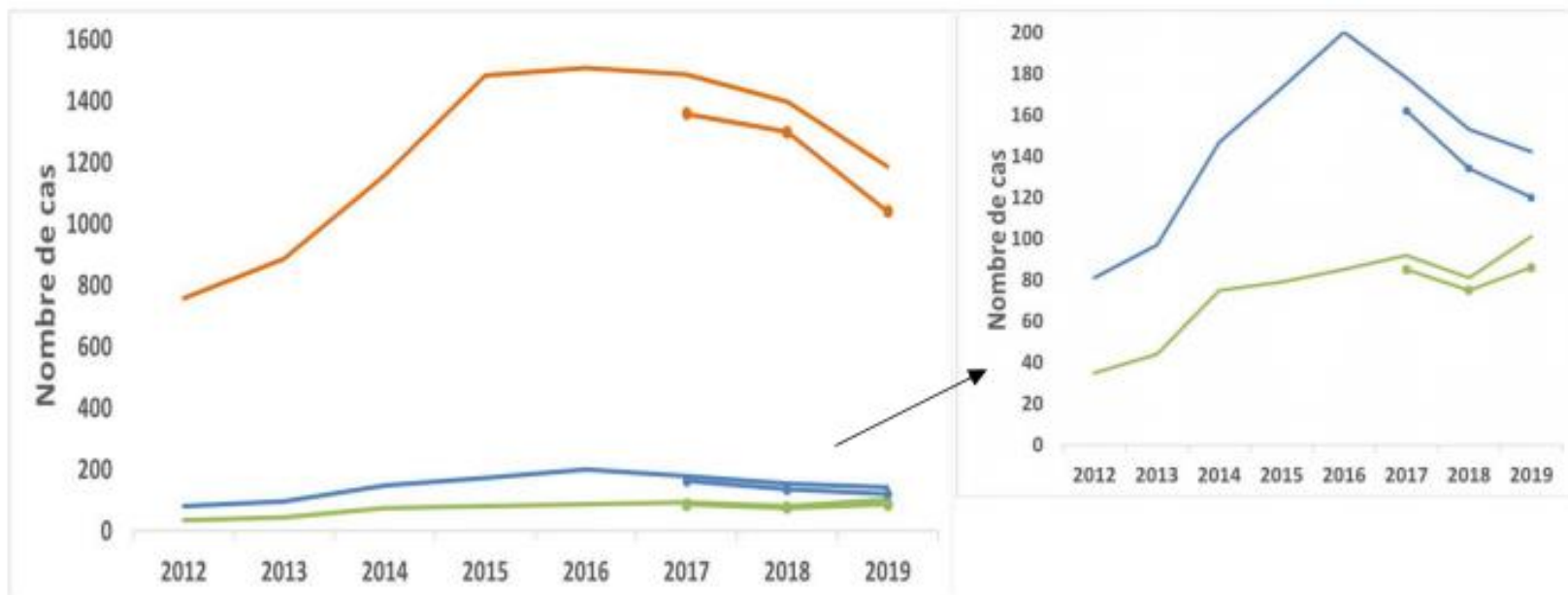
3^e ligne : DOXYCYCLINE 200mg / J pendant 7 jours **PUIS** PRISTINAMYCINE 1g x 4 / J pendant 10 jours

Syphilis



Epidémiologie

- ▶ Diminution de 7% du nombre d'infection récente (<1an) en 2019 par rapport à 2018
 - ▶ 90% des personnes nouvellement diagnostiquées sont des hommes dont 80% de HSH, avec un âge médian de 35 ans



— HSH
— Femmes hétérosexuelles
— Hommes hétérosexuels (sites constants)
— HSH (sites constants)
— Femmes hétérosexuelles (sites constants)

Généralité

Treponema pallidum (bactérie spirochète)

► Clinique

Primaire : chancre avec adénopathie satellite

Secondaire : éruption cutanée (roséole du tronc puis syphilides avec extension palmo-plantaire) + localisation ophtalmique fréquente

Tertiaire : rare, manifestations viscérales

Neurosyphilis : tableau de méningite avec atteinte paires crâniennes, neurovasculaire et ophtalmique

► Prise en charge

Syphilis précoce (primaire, secondaire, latente < 1 an) : EXTENCILLINE 2,4Ui en IM dose unique

Syphilis tardive (tertiaires, latente tardive > 1 an) : EXTENCILLINE 2,4Ui en IM 1 injection par semaine pendant 3 semaines

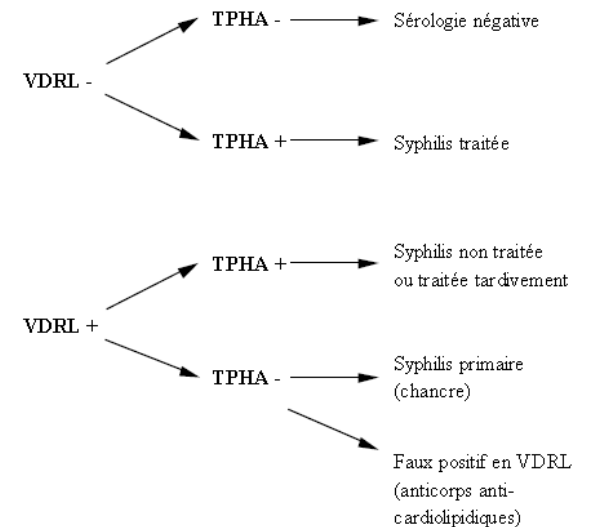
Neurosyphilis : EXTENCILLINE 18 – 24 UI / 24h IVSE ou CEFTRIAXONE 2g/j pendant 14 jours

Si allergie: DOXYCYCLINE 200mg/J pendant 14 (précoce) à 28 jours (tardive)

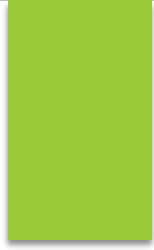
Surveillance: au moins 30 min après première injection (risque allergique), prévention réaction Herxheimer par PARACETAMOL ou CORTICOTHERAPIE, bilan biologique de suivi à M3 M6 et M12 pour décroissance

► Diagnostic

Sérologie: test TPHA /VDRL



HPV



Généralité

Papillomavirus Humain (HPV), génotype 16 – 18 oncogène

► **Clinique**

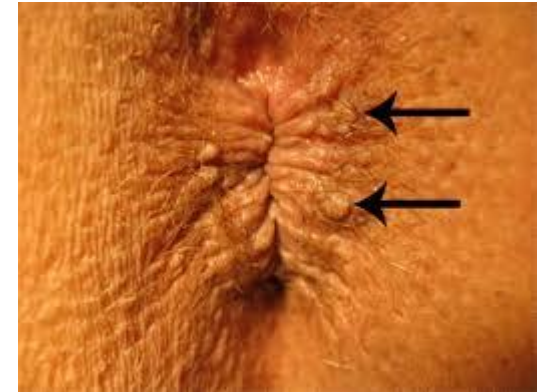
asymptomatique / condylomes génitaux

► **Diagnostique**

clinique / Frottis cervical – colposcopie pour dépistage forme tumorale +/- Digène test

► **Prise en charge**

laser / traitement local (ALDARA®) / chirurgie (en fonction de la taille)



Prévention

Nouvelle recommandation vaccinale HAS 2019

- ▶ Elargissement de la vaccination anti-HPV par GARDASIL 9® pour tous les garçons de 11 à 14 ans révolus
- ▶ Rattrapage possible pour tous les adolescents et jeunes adultes de 15 à 19 ans révolus
- ▶ Maintien d'une recommandation vaccinale spécifique par GARDASIL 9® pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus

Schéma de vaccination : GARDASIL 9®

vaccination débutée entre 11 et 14 ans révolus : 2 doses espacées de six à treize mois

vaccination débutée entre 15 et 19 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma M0, M2, M6

vaccination pour les HSH jusqu'à 26 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma M0, M2, M6