



Formation santé sexuelle: IST

DR MARIE BISTOQUET - PRATICIEN ATTACHÉ MIT CHU MONTPELLIER

17 SEPTEMBRE 2019

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 1 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 280821 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) // Buvar

Traitement forme chronique

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

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

Traitement

- Parcours simplifié : 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

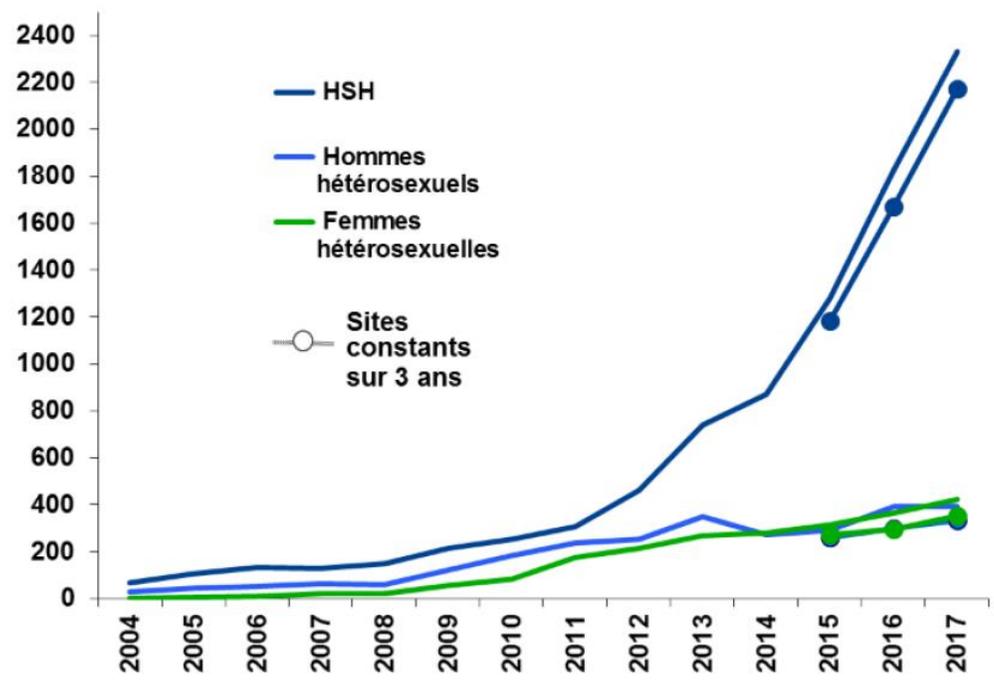


Epidémiologie

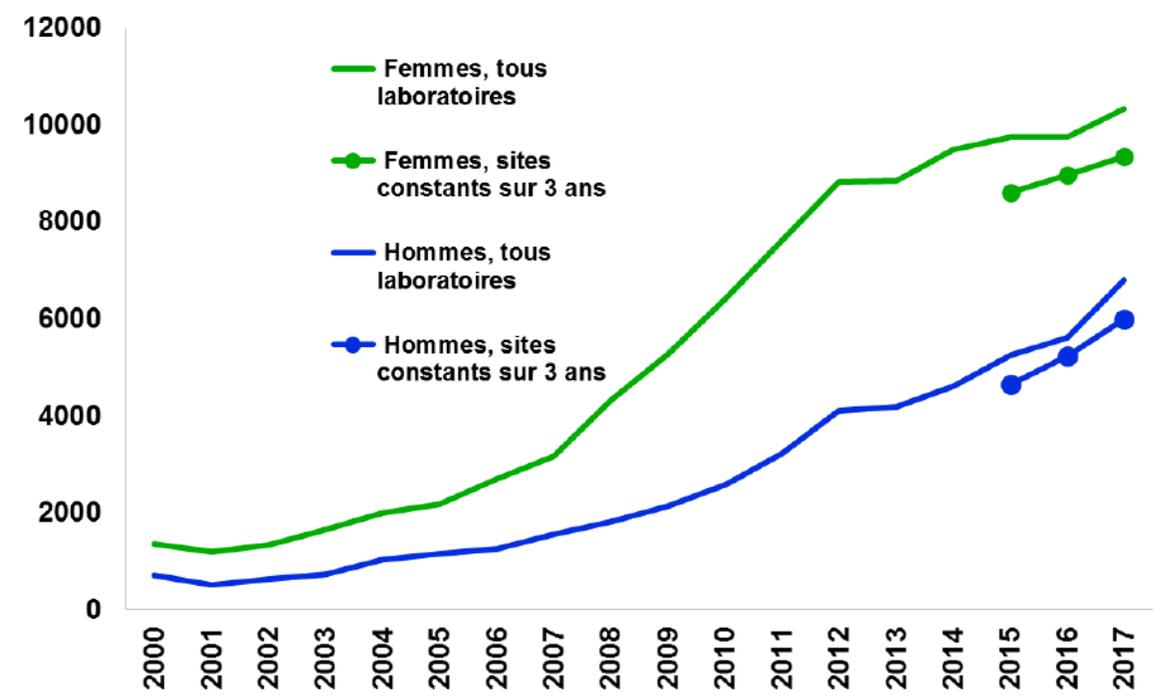
- ▶ Augmentation du nombre d'infection à Gonocoque de 70% entre 2015 et 2017
 - ▶ 71% des personnes nouvellement diagnostiquées sont HSH
- ▶ Augmentation du nombre d'infection uro-génitales à Chlamydia de 16% entre 2015 et 2017
 - ▶ 60% des cas rapporté concernaient des femmes



Evolution du nombre de diagnostics d'infection à gonocoque, France, 2004-2017



Evolution du nombre de diagnostics d'infection à *Chlamydia*, France, 2000-2017



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

► Prise en charge

CEFTRIAXONE 500mg IV/IM en dose unique (*alternative CIPROFLOXACINE 500mg après antibiogramme*)

Traitement partenaire(s) + préservatif 7 jours

Chlamydia

Chlamydia trachomatis (bactérie intracellulaire)

► Clinique

Urétrites et cervicites (souvent asymptomatique) + rectites et rectocolites + syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (péritonite périhépatique 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

Urétrites et cervicites non grave : AZITHROMYCINE 1g dose unique (HSH ?)

Rectites et rectocolites : DOXYCYCLINE 200mg/j pendant 7 jours

LGV: DOXYCYCLINE 200mg/j pendant 21 jours

Traitement partenaire(s) + préservatif 7 jours

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

► 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 7 à 10 jours

3^e ligne : DOXYCYCLINE 200mg / J pendant 14 jours ou PRISTINAMYCINE 1g x 4 / J pendant 10 jours

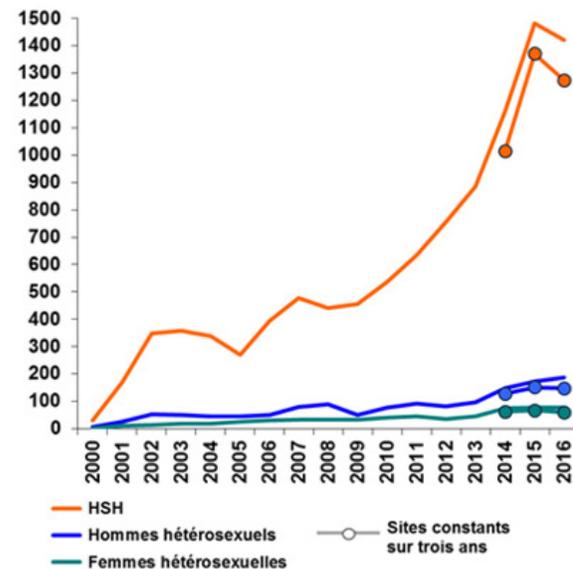
Syphilis



Epidémiologie

- ▶ Stabilité du nombre d'infection récente (<1an) par Syphilis entre 2015 et 2017
 - ▶ 81 % des personnes nouvellement diagnostiquées sont des hommes et 1/3 avaient une co infection VIH

Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2000-2016



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

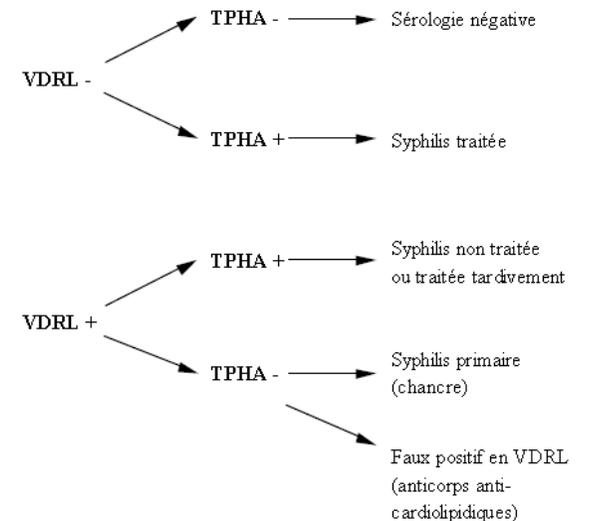
Neurosyphilis : EXTENCILLINE 18 – 24 UI / 24h IVSE ou CEFTRIAXONE 2g/j pendant 14 jours

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**

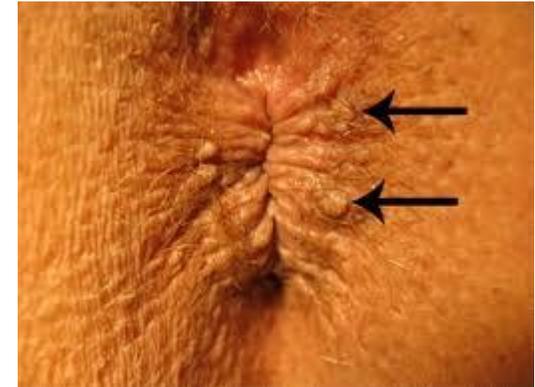
asymptomatique / condylomes génitaux

► **Diagnostique**

clinique / Frottis cervical – colposcopie pour dépistage forme tumorale

► **Prise en charge**

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



Prévention

► **Recommandations générales**

En France : toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans.

Certains pays (Autriche, Suisse, Etats-Unis, Canada, Australie): tous les adolescents, quel que soit leur sexe (filles et garçons)

► **Recommandations particulières**

jusqu'à l'âge de 19 ans, chez les enfants et adolescents transplantés (ayant reçu une greffe) ou vivant avec le VIH

dès l'âge de 9 ans, chez les enfants candidats à une transplantation d'organe solide

jusqu'à l'âge de 26 ans, chez les HSH

► **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

Herpès



Généralité

► Clinique

- Vésicules (cloches) remplies de liquide puis boutons, sur les organes génitaux ou l'anus. Douleur souvent importante.

► Diagnostique

- Clinique essentiellement, prélèvement local possible

► Prise en charge

- Primo infection : Valaciclovir (ZELITREX®) 500mgx2 / J pendant 10 jours
- Récurrence : Valaciclovir (ZELITREX®) 500mgx2 / J pendant 5 jours ou 500mg/J pendant 6 à 12 mois

