

# IST

## prise en charge et vaccination

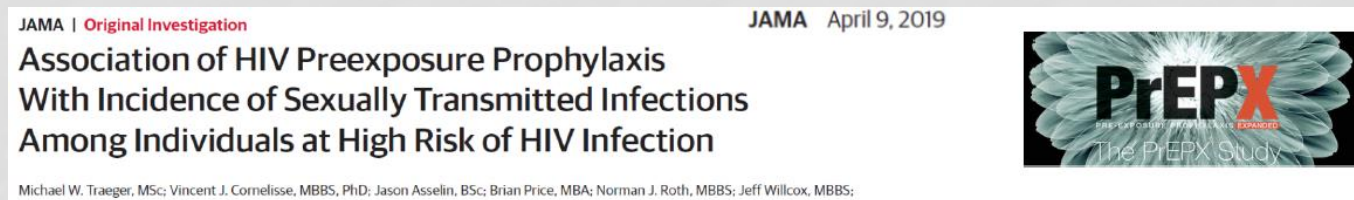
Pauline LANSALOT-MATRAS  
SMIT – CHU Purpan, Toulouse



# EPIDÉMIOLOGIE

- Recrudescence des IST depuis le début des années 2000, avant la PrEP
- Incidence IST sous PrEP (Cohorte bordelaise)
  - 90/100 patients-années (PA)
- Cohorte australienne

Traeger MW, Cornelisse VJ, Asselin J, et al. Association of HIV Preexposure Prophylaxis With Incidence of Sexually Transmitted Infections Among Individuals at High Risk of HIV Infection. JAMA. 2019;321(14):1380-1390.



- Augmentation de 41% des IST (98,4/100 PA vs 69,5/100 PA avant le suivi)
- Ajustement à la rythmicité du suivi antérieur: + 12% d'IST chez les HSH sous PrEP

# ÉCOULEMENT

- Etiologies
  - **Chlamydia trachomatis (Ct)**
  - **Neisseria gonorrhoeae (Ng)**
  - +/- **Mycoplasma genitalium (Mg)**
- Diagnostic microbiologique
  - Prélèvement écoulement: **PCR** (Ct/Ng) + culture
  - Bilan autres IST: PCR 3 sites + sérologies
- Traitement
  - **CEFTRIAXONE 500mg IM DU**
  - + **DOXYCYCLINE 100mg x2/j 7j**



**Fin du traitement  
minute par  
Azithromycine**

# ULCÉRATION

- Etiologies
  - **HSV** 1 ou 2: lésions multiples, douloureuses
  - **Syphilis**: lésion unique, indolore, adénopathies
- Diagnostique
  - Clinique ++
  - Sérologie syphilis



# Quel dépistage ?

## VIH

Sérologie VIH : test ELISA combiné de 4<sup>ème</sup> génération, à confirmer sur un 2<sup>ème</sup> prélèvement si positif.

*Délai de séroconversion : 6 semaines  
(à contrôler 6 semaines après une prise de risque)*

## VHB (Hépatite B)

Sérologie VHB : (Ag HBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc)

*Interprétation :*

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

*Prescrire une recherche d'infection par le virus delta en cas d'Ag HBs positif*

## VHC (Hépatite C)

Sérologie VHC :

- Si sérologie positive : à compléter par un ARN VHC (permet de distinguer les porteurs chroniques de l'hépatite C, des patients immunisés et/ou guéris après traitement).
- Si antécédent d'hépatite C : ARN VHC (les anticorps ne sont pas protecteurs, une nouvelle contamination est possible après avoir guéri d'une première hépatite C).

*Délai de séroconversion : 3 mois*

## Syphilis

Sérologie Syphilis :

| Réactions                                                              | Interprétation                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Test tréponémique -<br>Test non tréponémique -                         | Absence de tréponématose<br>Syphilis en incubation<br>Syphilis primaire dans les 5 à 10 premiers jours du chancre                |
| Test tréponémique -<br>Test non tréponémique+                          | Faux positifs                                                                                                                    |
| Test tréponémique +<br>Test non tréponémique -<br>(ou titre faible Ac) | Syphilis guérie<br>Séquelle sérologique d'une tréponématose vénérienne ou non vénérienne<br>Exceptionnellement, syphilis tardive |
| Test tréponémique +<br>Test non tréponémique+                          | Syphilis (précoce ou tardive)<br>Ou tréponématose non vénérienne (zone d'endémie)                                                |

*Délai de séroconversion 3 à 5 semaines*

## Chlamydia et Gonocoque

PCR sur urines du 1<sup>er</sup> jet chez l'homme, écouvillon vaginal/prélèvement cervical chez la femme +/- prélèvement rectal, pharyngé.

- Pas de sérologie pour le dépistage des infections génitales basses.
- Peut être complété par une culture en cas de prélèvement Gonocoque positif pour réaliser un antibiogramme.

# Chlamydia trachomatis

- 2 biovars

| Génotypes non L = trachoma         | Génotype L = LGV               |
|------------------------------------|--------------------------------|
| Urétrites, cervicites, rectites... | LymphoGranulomatose Vénérienne |

- Diagnostic

- **PCR**
- **Génotypage** si patient symptomatique ou VIH+
- Pas de sérologie

- Traitement

- Anorectite:
  - **Doxycycline 200mg/j 7 jours**
  - **LGV+: Doxycycline 200mg/j 21jours**
- Atteinte autre:
  - Doxycycline 200mg/j 7 jours
  - Azithromycine 1g DU

## Contacts

- Partenaires: dépistage + ttt
- Rapports protégés jusqu'à J7 ou fin du ttt

## PCR contrôle

- A J21-28 si symptômes persistants
- A 3 mois

# Neisseria gonorrhoeae

- Diagnostic
  - **PCR** (Se > 95%)
  - Culture pour antibiogramme (patients symptomatiques, PCR +)
- Traitement
  - Problème de la résistance aux ATB (émergence internationale de souches R à la ceftriaxone)
  - **Ceftriaxone 500mg IM DU** (*Guidelines CDC 2020*)
  - Alternatives:
    - Gentamicine 240mg IM + Azithromycine 2g PO DU
    - (Cefixime 800mg PO DU)
    - Gentamicine 240mg IM
    - Ciprofloxacin 500mg PO DU si sensible



## Contacts

Partenaires : PCR +/- traitement  
Rapports protégés jusqu'à J7  
**PCR contrôle**  
A J14 si atteinte pharyngée  
ou persistance symptômes  
A 3 mois



# Mycoplasma genitalium

- **Pas de traitement des patients asymptomatiques**  
Attention aux PCR Multiplex
- **Traitement complexe:** résistances +++
  - Recherche par PCR de la résistance aux macrolides si patient symptomatique
  - Recommandations anglaises et australiennes 2018, CID 2020



Clinical Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE



Resistance-Guided Antimicrobial Therapy Using Doxycycline–Moxifloxacin and Doxycycline–2.5 g Azithromycin for the Treatment of *Mycoplasma genitalium* Infection: Efficacy and Tolerability

Duygu Durukan,<sup>1,2,3</sup> Tim R. H. Read,<sup>1,2</sup> Gerald Murray,<sup>2</sup> Michelle Doyle,<sup>2</sup> Eric P. F. Chow,<sup>1,2</sup> Lenka A. Vodstrcil,<sup>1,2</sup> Christopher K. Fairley,<sup>1,2</sup> Ivette Aguirre,<sup>2</sup> Elise Mokany,<sup>2</sup> Li Y. Tan,<sup>1</sup> Marcos Y. Chen,<sup>1</sup> and Catherine S. Bradshaw<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Central Clinical School, Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences, Monash University, Melbourne, Australia; <sup>2</sup>Melbourne Sexual Health Centre, Alfred Health, Carlton, Victoria, Australia; <sup>3</sup>Murdoch Children's Research Institute, Royal Children's Hospital, Parkville, Victoria, Australia; <sup>4</sup>Centre for Women's Infectious Diseases, Royal Women's Hospital, Melbourne, Victoria, Australia; and <sup>5</sup>SpecRx Pty Ltd, National Innovation Centre, Eveleigh, New South Wales, Australia

australian  
STI MANAGEMENT  
GUIDELINES  
FOR USE IN PRIMARY CARE

| Principal Treatment Options                                            |                                                                                                                      |                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Situation                                                              | Recommended                                                                                                          | Alternative                                                                    |
| M. genitalium infection known or suspected to be macrolide-susceptible | Doxycycline 100mg bd for 7 days<br>followed by<br>Azithromycin 1g stat then 500mg daily for three days (total 2.5g)* | Doxycycline 100mg bd for 7 days<br>followed by<br>Azithromycin 1g single dose* |
| M. genitalium infection known or suspected to be macrolide-resistant   | Doxycycline 100mg bd for 7 days<br>followed by<br>Moxifloxacin 400mg daily for 7 days                                |                                                                                |

- **PCR contrôle systématique à 4-5 semaines**





# Syphilis



Syphilis primaire: le **chancre**  
 Syphilis secondaire: éruption  
**la grande simulatrice**  
 Syphilis tertiaire: exceptionnelle

} Précoce  
 } Tardive

Syphilis neurologique

Précoce ou tardive

Syphilis latente

- < 1 an
- Indatable ou > 1 an

Traitement

**Précoce (<1an)**

Benzathine Pénicilline G 2,4 MUI en IM **DU**

Doxycycline 200 mg/j, 14 jours

**Tardive (>1an ou indatable)**

BPG 2,4 MUI en IM, 1 fois par semaine, **3 sem**

Doxycycline 200 mg/j, 28 jours

# Syphilis – Sérologie

## Ce n'est pas si compliqué...

- **Test tréponémique TT:** TPHA ou ELISA, EIA...
  - Test de dépistage: TT Ig totales
  - Si +: complété par TNT
- **Test non tréponémique TNT:** RPR, VDRL
  - Avec **titrage**
  - Les taux mesurent l'activité de la maladie
- Après le traitement: **surveillance titre TNT**
  - Objectif: divisé par 4 à 6 mois, négativé à 1 an
  - TNT x4 → nouvelle infection
  - TNT x2 → à contrôler (= taux stable)

## Découverte d'une syphilis sérologique ou latente ou symptomatique

| SITUATION BIOLOGIQUE |       | SITUATION CLINIQUE                                                   | CONDUITE À TENIR                                                                                       |
|----------------------|-------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TT +                 | TNT + | <b>Syphilis active</b><br>(en l'absence de thérapeutique antérieure) | Prise en charge thérapeutique                                                                          |
| TT +                 | TNT - | <b>Syphilis guérie</b><br>ou cicatrice sérologique                   | Contrôle du TNT à J10 - J14<br>si exposition récente possible<br>et prise en charge thérapeutique si + |
|                      |       | <b>Syphilis découverte</b><br>à une stade précoce                    |                                                                                                        |
| TT -                 | TNT + | <b>Faux VDRL +</b>                                                   | Rechercher<br>un syndrome des antiphospholipides,<br>un lupus, un Ösler...                             |
|                      |       | <b>Syphilis découverte</b><br>à une stade précoce (rare !)           | Contrôle à J10 - J14 et traitement si +                                                                |

# HPV Papillomavirus



- Condylomes
- Cancer du col, de l'anus, du pénis, de la vulve, de l'oropharynx
  - Examen clinique ++
  - Pas de test HPV de dépistage

## Vaccination

- Pour tous jusqu'à 19ans,
- Pour les HSH jusqu'à 26 ans
- 3 doses: M0, M2, M6



# HÉPATITES VIRALES

- **Hépatite A: vaccination**
  - Pour tous les HSH
  - 2 doses à au moins 6 mois d'intervalle
- **Hépatite B: vaccination**
  - Pour tous
  - 3 doses à M0-M1-M6
  - Schéma accéléré: J0-J7-J21 et rappel à 1 an
- **Hépatite C: traitement pour tous**
  - Quelque soit le stade de fibrose





# QUELS VACCINS POUR LA POPULATION LGBT ?

## HÉPATITE A



### POUR QUI ?

- Pour tous les HSH

### QUEL SCHÉMA ?

- 2 doses à au moins 6 mois d'intervalle

### VACCINS DISPONIBLES :

- AVAXIM 160U, HAVRIX 1440U, VAQTA 50U

## PAPILLOMAVIRUS



### POUR QUI ?

- Pour tous jusqu'à 19 ans,
- Pour les HSH jusqu'à 26 ans

### QUEL SCHÉMA ?

- 3 doses à M0, M2 et M6

### VACCIN DISPONIBLE :

- GARDASIL 9

## HÉPATITE B



### POUR QUI ?

- Pour tous

### QUEL SCHÉMA ?

- 3 doses à M0, M1 et M6.

Il existe un schéma accéléré, pour obtenir une réponse rapide (J0, J7, J21, avec un rappel à 1 an)

### VACCINS DISPONIBLES :

- ENGERIX B20, HBVAX PRO 10.
- Vaccin couplant hépatites A et B : TWINRIX

## POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH



- Diphtérie, tétanos, poliomyélite (+/- coqueluche) : tous les 10 ans
- Hépatite B : double dose à M0, M1, M2 et M6
- Grippe : tous les ans
- Pneumocoque : vaccin conjugué 13 valences (PREVENAR 13) puis au moins 2 mois plus tard vaccin non conjugué 23 valences (PNEUMOVAX)



# **PENSEZ À VÉRIFIER LES AUTRES VACCINS**

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite,  
Coqueluche, Rougeole, Oreillons,  
Rubéole :

**2 doses** pour tous ceux nés depuis 1980

Méningocoque C :

**une dose** jusqu'à 24 ans



**OÙ SE FAIRE VACCINER ?**

- Auprès de votre médecin traitant
- Dans un centre de vaccination

## Calendrier simplifié des vaccinations 2020

| Âge approprié                          | Vaccinations obligatoires pour les nourrissons |        |        |        |         |         |            | 6 ans | 11-13 ans | 14 ans | 25 ans | 45 ans | 65 ans et +     |
|----------------------------------------|------------------------------------------------|--------|--------|--------|---------|---------|------------|-------|-----------|--------|--------|--------|-----------------|
|                                        | 1 mois                                         | 2 mois | 4 mois | 5 mois | 11 mois | 12 mois | 16-18 mois |       |           |        |        |        |                 |
| BCG *                                  |                                                |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |                 |
| Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite         |                                                |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        | Tous les 10 ans |
| Coqueluche                             |                                                |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |                 |
| Haemophilus influenzae de type b (HIB) |                                                |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |                 |
| Hépatite B                             |                                                |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |                 |
| Pneumocoque                            |                                                |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |                 |
| Méningocoque C                         |                                                |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |                 |
| Rougeole-Oreillons-Rubeole             |                                                |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |                 |
| Papillomavirus humain (HPV)            |                                                |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |                 |
| Grippe                                 |                                                |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        | Tous les ans    |
| Zona                                   |                                                |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |                 |

\* Pour certaines personnes seulement



**Plus d'informations sur  
[www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net)**