

# Actualité en santé sexuelle

Dr QUENET Marion Cegidd CH Saint-Brieuc



- Homme de 24 ans, HSH, se présente aux CeGIDD pour brûlures mictionnelles et écoulement depuis 48 h, n'a jamais réalisé de dépistage
- Diagnostic urétrite aigue
- Quel bilan faites vous ?



- Quel bilan faites vous ?
  - Prélèvement « urétral » pour mise culture
  - PCR chlamydia/gonocoque sur écoulement urinaire et 1 er jet d'urine
- Bilan IST complet : VIH, syphilis, hépatite A, B et C , PCR chlamydia/gonocoques +/-3 SITES

- Quels agents microbiens suspectez-vous ?
  - *Mycoplasme genitalium*
  - *Mycoplasme hominis*
  - *Chlamydia trachomatis*
  - *Neisseria gonorrhoea*
  - *Trichomonas vaginalis*

- Quels agents microbiens suspectez-vous ?
- *Mycoplasme genitalium*
- *Mycoplasme hominis*
- *Chlamydia trachomatis*
- *Neisseria gonorrhoea*
- *Trichomonas vaginalis*

- Concernant urétrite, documentation d'un gonocoque, quel traitement proposez vous?

- Concernant urétrite, documentation d'un gonocoque , quel traitement proposez vous ?
- Rocéphine 1 g IV/IM
- Mesures associées : port du préservatif et consultation systématique à J7 (formes symptomatiques)
- Dépistage/traitement partenaire ( 6 mois)

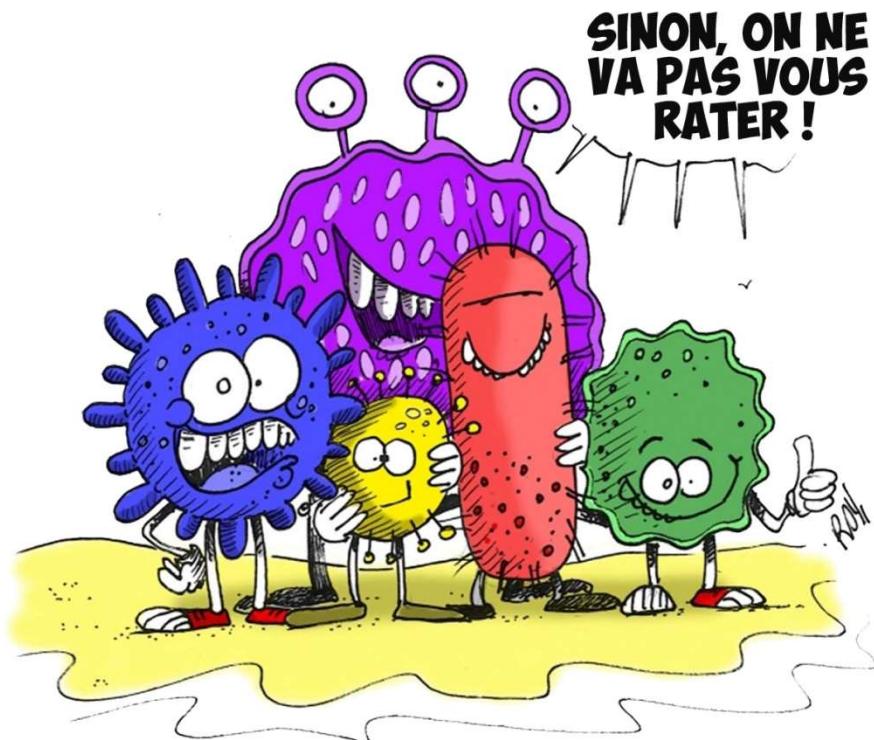
- Vous recevez le reste du bilan avec PCR chlamydia positive niveau rectal, sérologie hépatite A négative (IgG anti-HVA), profil évoquant une vaccination hépatite B, sérologie VIH, syphilis, hépatite C négative, que faites vous ? Après reprise de l'interrogatoire, douleur anale , clinique évocatrice hémorroïdes.

- Vous recevez le reste du bilan avec PCR chlamydia positive niveau rectal, sérologie hépatite A négative (IgG anti-HVA) , profil évoquant une vaccination hépatite B, sérologie VIH, syphilis, hépatite C négatives, que faites vous ? Après reprise de l'interrogatoire, douleur anale , clinique évocatrice hémorroïdes.
- Recherche LGV , début d'un traitement par doxycycline 100 mg x2 J pendant 7j revoir durée avec résultat
- Mise à jour calendrier vaccinal : hépatite A, HPV, Mpox
- Info PREP

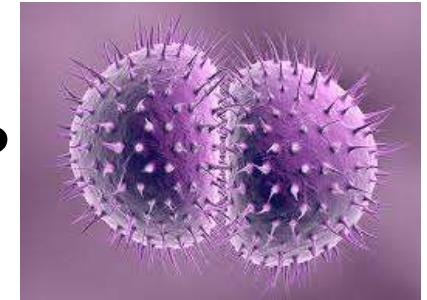
- En archivant le dossier, relecture des résultats, vous vous apercevez sur le résultat PCR chlamydia/gono urinaire, présence *Mycoplasme genitalium*, que faites-vous ?

- En archivant le dossier, relecture des résultats, vous vous apercevez sur le résultat PCR chlamydia/gono urinaire, présence *Mycoplasme genitalium*, que faites-vous ?
- PAS de traitement , réassurance

**LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES,  
MIEUX VAUT SE FAIRE DEPISTER ...**



# *Neisseria gonorrhoeae*



2ème IST, surtout chez l'homme (60% HSH)

incubation 2-7j

- **Chez l'homme**

urétrite antérieure aiguë +++ (brûlures mictionnelles, écoulement urétral purulent, méatite inflammatoire +/- balanite).

complications locorégionales : abcédation, prostatite et epididymite

- **Chez la femme**

le plus souvent asymptomatique (70 % des cas)

Cervicite, pesanteur pelvienne, des leucorrhées purulentes, urétrite

Complications : salpingites, stérilités tubaires, algies pelviennes inflammatoires, GEU

# *Neisseria gonorrhoeae*

- **Chez les deux sexes**

Atteinte ano-rectale asymptomatique (2/3), anorectite ou rectocolite +/- sévère

Oropharyngite le plus souvent asymptomatique

Conjonctivite (manuportage)

Tableau septicémique subaigu

Fièvre

Manifestations articulaires (mono ou oligoarthrites), péri-articulaires (ténosynovites)

Signes cutanés (papules ou papulo-pustules isolées de topographie distale)

Complications graves (endocardite, méningite)

# *Neisseria gonorrhoeae*

- **Résistance aux antibiotiques :**
- 0,2% souche résistante à la Ceftriaxone
- diminution résistance à l'azithromycine 7,0 % en 2023 vs 11,6% en 2022 suites aux recommandations utilisation azithromycine
- résistance aux fluoroquinolones et à la tétracycline reste très élevée soit 70,9% et 90,5%, respectivement en 2023
- novembre 2022 et août 2023, 4 souches XDR résistantes à la ceftriaxone et à l'azithromycine (haut niveau de résistance)

# *Neisseria gonorrhoeae*

- **La Dose Unique (DU) de ceftriaxone IM reste la règle**

Pour les formes symptomatiques ou asymptomatiques

Pour les localisations génitales, anales ou pharyngées

1g IM\* x 1

Pas de DU dans les formes compliquées

Adjoindre Azithromycine 2g pour les personnes infectées en Asie

Si allergie et vraiment en second choix :

- Gentamicine 240 mg IM x 1 en DU uniquement pour les localisations génitales
- Ciprofloxacine sous réserve de l'ATBgramme 500 mg x1 en dose unique

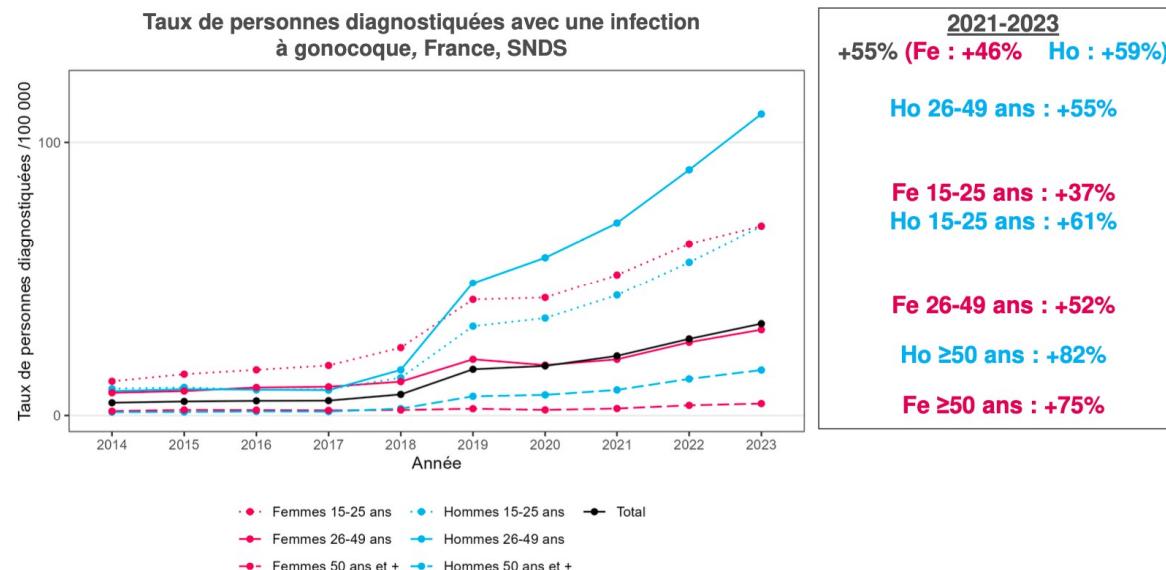
# *Neisseria gonorrhoeae*

## DIAGNOSTICS D'INFECTION À GONOCOQUE



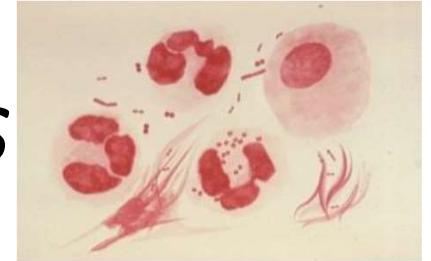
### Diagnostics en secteur privé (SNDS) :

- Environ 23 000 personnes diagnostiquées et traitées en 2023 (70% d'hommes)
- Taux global de 34 / 100 000 hab. et de 110 chez les hommes de 26-49 ans



augmentation plus marquée entre 2021 et 2023 chez les hommes (+59%) et chez les femmes (+46%), et plus encore chez les plus de 50 ans dans les deux sexes.

# *Chlamydia trachomatis*



IST la + fréquente (jeune femme)

- 2 biovars « trachoma » A-K et « LGV » L1-L3
- 1-3% de la population (15-29 ans),
- Incubation qq jr à qq mois
- souvent asymptomatique (50 à 75%)
- Coinfection gonocoque 2-24%

**Chez la femme**

- Pathologies gynéco : cervicite, endométrite/salpingite
- Complications : GEU, stérilité, périhépatite (sd de FHC)
- Atteinte anorectale >50% (asymptomatique)

**Chez l'homme**

- Urétrite, prostatite, épididymite, rectite
- Sd de FLR (sex ratio 50/1) polyarthrite, conjonctivite, tendinite, atteinte cutanéomuqueuse (Balanite circinée, kératodermie plantaire, érosions buccales...)

# *Chlamydia trachomatis*

Pas à ce jour de problème de sensibilité aux antibiotiques

**Doxycycline 100 mg x 2/j x 7 jours**

Azythromycine ( si absence alternative)

- La dose unique est efficace (1g) mais induit des résistances de Mycoplasma genitalium

SI suspicion *LYMPHOGRANULOMATOSES VÉNÉRIENNES* (*tableaux ano rectite HSH*) : Doxycycline 100 mg X2j pendant 21 j après envoi au CNR ( Bordeaux)

Pas place pour doxyPEP

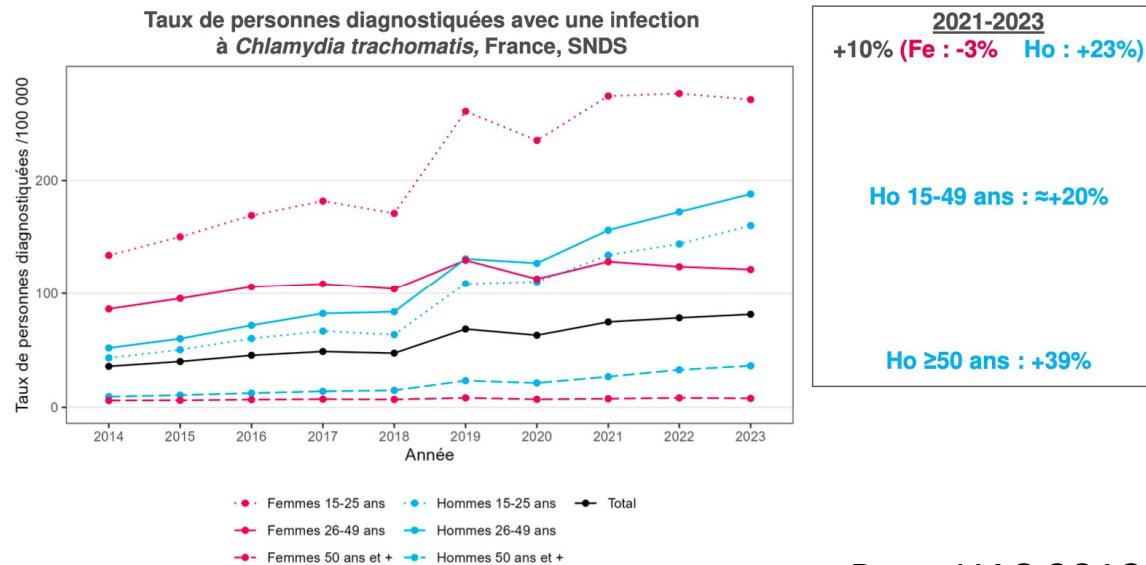
# *Chlamydia trachomatis*

## DIAGNOSTICS D'INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*



### Diagnostics en secteur privé (SNDS) :

- Environ 55 000 personnes diagnostiquées et traitées en 2023 (54% d'hommes)
- Taux global de 81 / 100 000 hab., de 271 chez les femmes de 15-25 ans et de 188 chez les hommes de 26-49 ans



9  
Reco HAS 2018 gono/chlamydia :  
**dépistage systématique des femmes**  
sexuellement actives de **15 à 25 ans**, et des  
hommes de 15 à 30 ans

## Recommandations HAS actualisées 2018

OP

Lieux	Population	Modalités
CeGIDD	<u>Dépistage opportuniste systématique</u>	- Par Biologie moléculaire - Auto prélèvements ou cliniciens
CPEF		- Rythme : Annuel si CT- 3-6 mois si CT+
SSU	<b>Femmes sexuellement actives*</b> de 15-25 ans (y compris les femmes enceintes)	- Pas de test de contrôle systématique (sauf femme enceinte)
Centres IVG		- TTT partenaire par la personne infectée
Cabinets libéraux MG et gynécologie	<u>Dépistage opportuniste ciblé</u> Hommes avec FDR Femmes > 25 ans avec FDR Consultation pour IVG	
Sage-femmes		

FDR : multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, *M. genitalium*), antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol

\* dans les 12 derniers mois.

Dispositif au labo sans ORDO

# *Mycoplasme genitalium*



- Régression spontanée : –55% à 3 mois, 83% à 6 mois, 93% à 1 an  
Peu virulent

- Signes cliniques :

**Femme** : asymptomatique = 40 à 75% des cas

- Cervicites, urétrites
- Rectites and pharyngites presque toujours asymptomatiques
- Pelvi péritonites, salpingites, stérilité tubaire (probable)

**Homme** : asymptomatique = 70% des cas, 3 ième cause urétrite

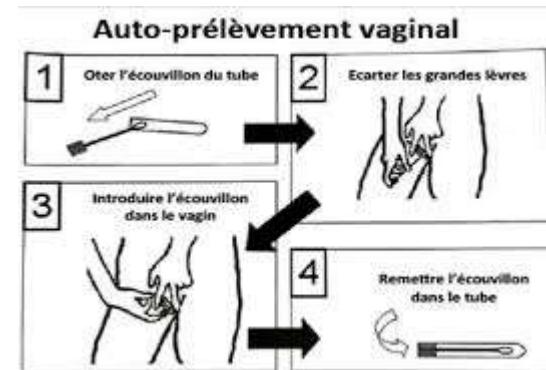
- Urétrites, balanites
- Anorectite parfois symptomatique, pharyngite asymptomatique
- Epididymite

# *Mycoplasme genitalium*

- Principale problème résistance aux antibiotiques :
  - Naturellement résistante macrolides et quinolones
- Schéma thérapeutique actuel pour faire face à la résistance ou «traitement guidé par la résistance»
  - Pas de recherche chez les patients asymptomatiques sauf éventuellement chez partenaires de patients symptomatiques
  - Pas de traitement chez les asymptomatiques découverts fortuitement
  - Si symptomatiques, chercher systématiquement MG et la résistance à l'azithromycine(PCR)
  - En attendant les résultats commencer par 1 semaine de doxycycline200 mg/j/7j pour réduire la charge bactérienne, puis :
    - Si AZM-S : AZM 1000 mg à J1 puis 500 mg à J2 et 3
    - Si AZM-R : Moxifloxacine400 mg/j/7j
    - Si Moxifloxacine-R (le plus souvent constat clinique, pas de test commercial en F):
- Pristinamycine : 4g/j/14j
- Minocyclin: 200 mg/j/7 à 14j

# Modalités diagnostiques

- **PCR gono/chlamydia**
- Dépistage :
  - auto-écouvillon vaginal (femme)
  - 1er jet d'urines (homme)
  - 3 sites selon pratiques sexuelles : 1er jet d'urines, écouvillon pharyngé et anal
    - Selon symptômes : écouvillon méा uretral, prélèvement peropératoire, ponction articulaire, prélèvement conjonctival... (culture si PCR gono +)
    - Recherche de souche LGV (génotypage au CNR) si rectite à chlamydia
- **PCR *Mycoplasma genitalium/Trichomonas vaginalis*** si suspi d'IST mais recherches de gono/chlamydia négatives



# VIH en France

150 000 personnes environ sont infectées (dont 30% sont originaires de pays Africains) :  
100.000 sont connues, 80 000 reçoivent traitement

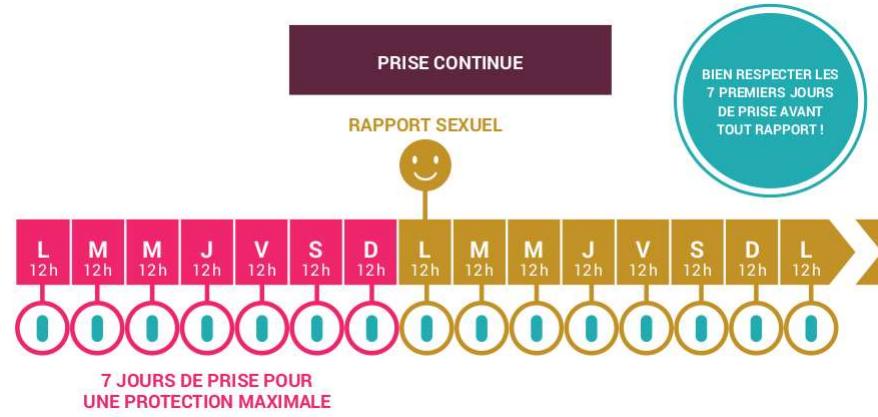
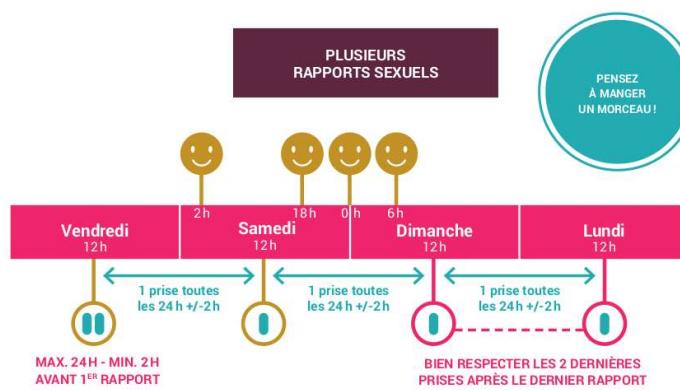
En 2021, le nombre de découvertes de séropositivité VIH est estimé à 5 013 découvertes, stable

11 000 personnes ignorent être VIH +

Augmentation du taux de découverte de séropositivité de 41 % chez les jeunes (18 à 25 ans), augmentation concerne surtout DROM et métropole hors Ile de Franceen jeunes nés en Afrique subsaharienne récemment arrivés, et stabilisation chez jeunes HSH \*

# PREP

- TRUVADA (Emtricitabine + ténofovir disoproxil) en schéma continue ou discontinue (non possible chez femme cisgenre)



- Efficacité : études cliniques 90 à 95 %
- Étude vie réelle (epiphare) 86 %

# PREP

- HSH / PERSONNES TRANS
- FEMMES OU HOMMES HÉTÉROSEXUELS PRÉSENTANT :
  - Un contexte de forte prévalence ou de forte exposition au VIH
  - Personne ou partenaire(s) originaires de pays à forte endémie
  - Partenaires multiples et/ou partenaires concomitants
  - Travailleurs du sexe / sexe transactionnel
  - Un contexte relationnel de forte prévalence
  - Partenaire(s) de statut inconnu ou perçu comme à risque d'acquisition
  - Partenaire vivant avec le VIH et charge virale non contrôlée
  - Femmes enceintes évoquant exposition possible au VIH ou violences sexuelles
  - Des situations individuelles
  - Non utilisation des préservatifs lors des rapports vaginaux/anaux
  - Marqueurs évoquant une situation (IVG, IST)
  - Utilisation du TPE
- USAGERS DE PRODUITS PSYCHOACTIFS AVEC PARTAGE DE MATÉRIEL

# PREP

- BILAN avant mise sous PREP : Sérologie VIH de moins de 15 jours, voir charge virale :
  - Créatininémie et clairance CKD-EPI
  - Bilan autres IST
  - ALAT
  - Phosphatémie
  - Femme sans contraception:  $\beta$ HCG
- BILAN à 1 mois : sérologie VIH et créatinine
- TRIMESTRIEL : sérologie VIH, ALAT, phosphatémie, autres IST, de manière annuelle sérologie VHC et protéuinurie/créatinurie échantillon

- <https://www.formasantesexuelle.fr/courses/vi-h-prep-details/about>

