

Santé sexuelle...Et oui...

JMH- Janvier 2020

Anne Vandendriessche



Alerte : IST chez les jeunes

- Constat : **3 x plus d'IST** (infections à *Chlamydia* et à gonocoque) entre 2012 et 2016 chez les **jeunes de 15-25 ans** !
- > Nouvelles recommandations HAS de dépistage des infections à *Chlamydia* et gonocoque :
 - **Dépistage opportuniste systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans, y compris les femmes enceintes**
 - Dépistage opportuniste ciblé :
 - Des hommes sexuellement actifs, présentant des facteurs de risque*, quel que soit l'âge
 - Des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque*
 - Des femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.

* facteurs de risques : multi-partenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST, antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol.

Modèle de prescription d'examens de dépistage

Nom du patient :

Date de naissance :

Prescripteur :

RPPS :

Rouen le, 22/10/2019

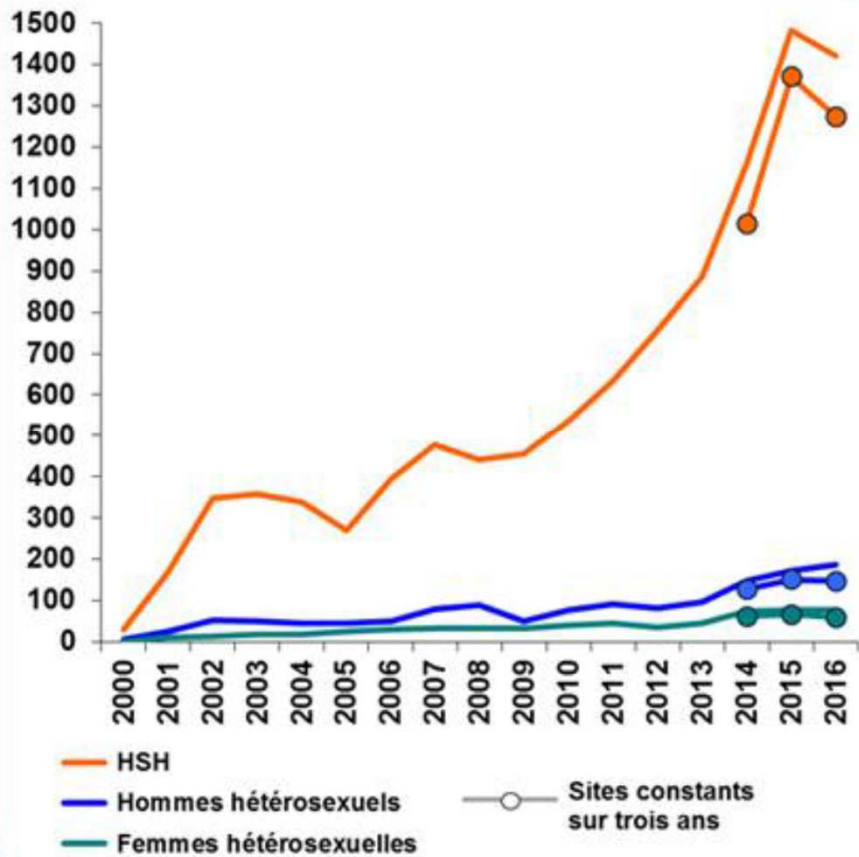
Faire réaliser le bilan sanguin suivant :

- Sérologie VIH
- Sérologie VHB (Ac anti-HBc, Ac anti-HBs, Ag HBs)
- Sérologie VHC

- Sérologie syphilis

- PCR *Chlamydia trachomatis* et gonocoque
 - sur premier jet d'urines (homme) ou sur auto-prélèvement vaginal (femme)
 - +/- sur prélèvement pharyngé
 - +/- sur écouvillon anal

Syphilis



HSH diagnostiqués avec une syphilis :

- 20% sont séropositifs pour le VIH
- 2-3% découvrent cette séropositivité à l'occasion du diagnostic de syphilis

Clinique :

Les manifestations classiques : chancre, éruption cutanée...

Mais y penser aussi quand :

- **Alopécie**
- Neurosyphilis = syphilis secondaire : méningite, atteinte des paires crâniennes
- Atteintes ophtalmologiques : uvéite+++

Attention à la syphilis congénitale

- **Sérologie en début de grossesse+++**

Diagnostic

Sérologie

- **TPHA** (= TPPA = ELISA = test tréponémique)
 - Recherche d'anticorps contre des Ag de *T. pallidum*
 - Test spécifique
 - **Ne témoigne pas de l'activité de la maladie**
-> définitivement positif
- **VDRL** (test non tréponémique)
 - Non spécifique
 - Témoigne de l'activité de la maladie
 - Positivité = activité
 - Diminution puis négativation = guérison

Traitement / Suivi

Traitement

- Pas de scoop.
- Extencilline : Le retour après longue pénurie d'approvisionnement.
- Ne pas oublier de traiter les partenaires

Suivi

- Primordial
- VDRL++
 - Doit être divisé par 4 à 3 mois
 - Doit être négativé en 1 à 2 ans.
 - TPHA : inutile au suivi (reste toujours positif)

Herpès génital

- HSV-2 dans 80% des cas
- Clinique : pas de scoop
- Diagnostic :
 - Sérologie inutile++++
 - PCR HSV sur la lésion : rapide, sensible, spécifique...et non remboursée
- Traitement : pas de scoop. VALACICLOVIR.
- Prévention des récurrences :
 - Si plus de 6 poussées par an
 - VALACICLOVIR 500mg : 1 / jour
- Préservatif pas efficace à 100%

Modèle de prescription de préservatifs

Nom du patient :
Date de naissance :

Prescripteur :
RPPS :

Rouen le, 22/10/2019

Boîte(s) de préservatifs latex EDEN ou SORTEZ COUVERT

- Boîte(s) de 12 - taille classique
- Boîte(s) de 12 - taille XL (EDEN uniquement)
- Boîte(s) de 24 - taille classique

QSP à la demande pour 1 an

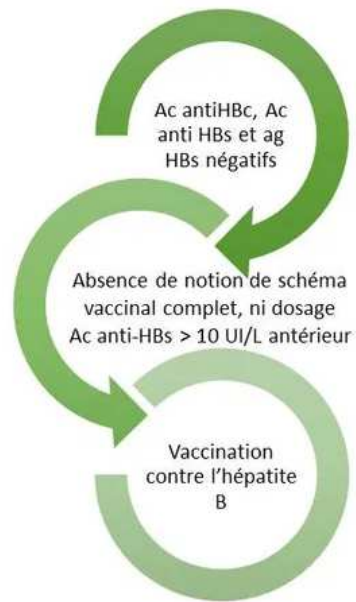
Préservatifs masculins :

- Depuis 1 an, remboursement à 60%.
- Prix public, selon la présentation,
 - 1,30 € (boîtes de 6, toutes tailles)
 - 2,60 € (boîte de 12)

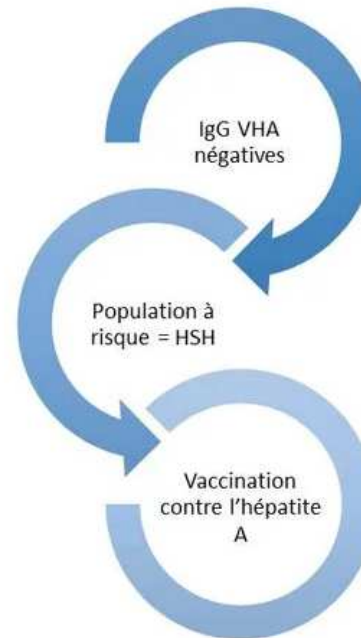


Certaines IST peuvent être prévenues par la vaccination : hépatite B, hépatite A et papillomavirus.

Arbre décisionnel pour le vaccin contre l'hépatite B (VHB)



Arbre décisionnel pour le vaccin contre l'hépatite A (VHA)



Arbre décisionnel pour le vaccin contre le papilloma virus (HPV)

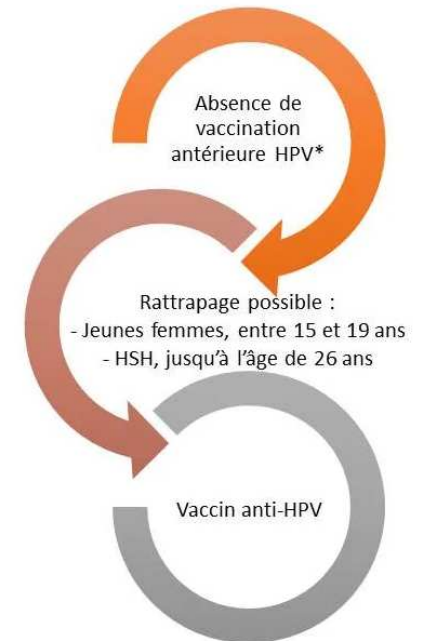


Schéma vaccinal ≥ 16 ans :
Engerix B20® : M0, M1 et M6

Sauf :
- Adolescent entre 11 et 15 ans : Engerix B20® M0, M6

Contrôle des Ac anti-HBs à 6 semaines de la fin du schéma vaccinal

Schéma vaccinal de l'adolescent et adulte:

Havrix 1440® ou Vaqta 50® : M0 rappel à M6-M12

Schéma vaccinal de l'adolescent > 15 ans et adulte :

Gardasil 9® : x 3 injections à M0, M2 et M6

* Il n'existe pas de biomarqueur pour attester d'une immunité post-vaccinale



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION VACCINALE

Vaccination contre les papillomavirus chez les garçons

Décembre 2019

MODIFICATIONS DE LA STRATÉGIE VACCINALE ACTUELLE CONTRE LES PAPILOMAVIRUS

La HAS est favorable à l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus chez les garçons dans le calendrier vaccinal français

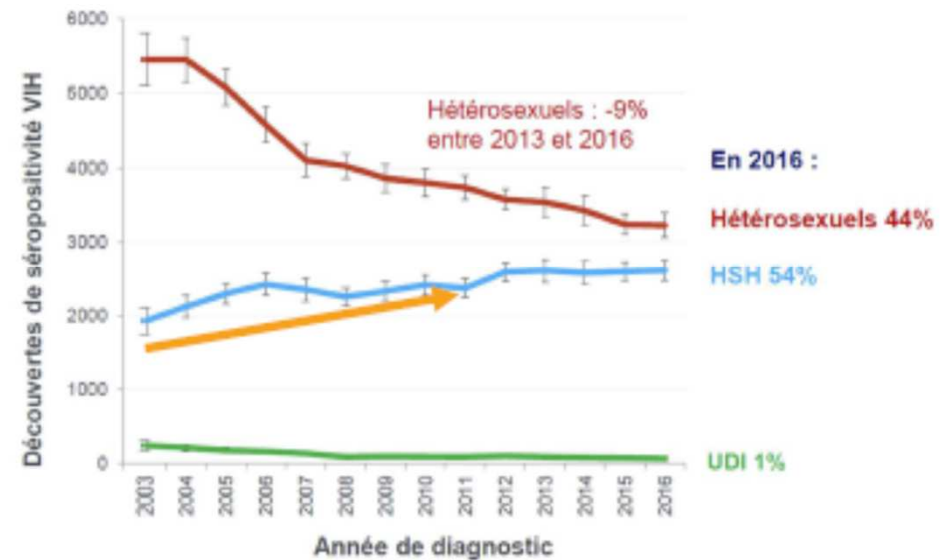
La HAS recommande donc :

- 1) L'élargissement de la vaccination anti-HPV par GARDASIL 9® (9HPV) pour tous les garçons de 11 à 14 ans révolus selon un schéma à 2 doses (M0, M6).
- 2) Un rattrapage possible pour tous les adolescents et jeunes adultes de 15 à 19 ans révolus selon un schéma à 3 doses (M0, M2, M6).
- 3) Le maintien d'une recommandation vaccinale spécifique par Gardasil 9 pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus selon un schéma à 3 doses (M0, M2, M6).

Prep = Prophylaxie pré-exposition

- Constat :
 - stabilité du nombre de découverte de séropositivité VIH en France depuis 2007...
 - Et **augmentation** des **découvertes** chez les **HSH**
- Principe :
 - Nouvelle méthode de prévention du VIH
 - Médicament contre le VIH
 - Pris **avant une exposition** au VIH
 - Par une **personne non infectée** par le VIH,
 - Ayant des **pratiques à haut risque** de contracter le VIH
 - Pour **réduire le risque** d'infection par le VIH
- Même principe que la pilule contraceptive
- Ne protège que contre le VIH

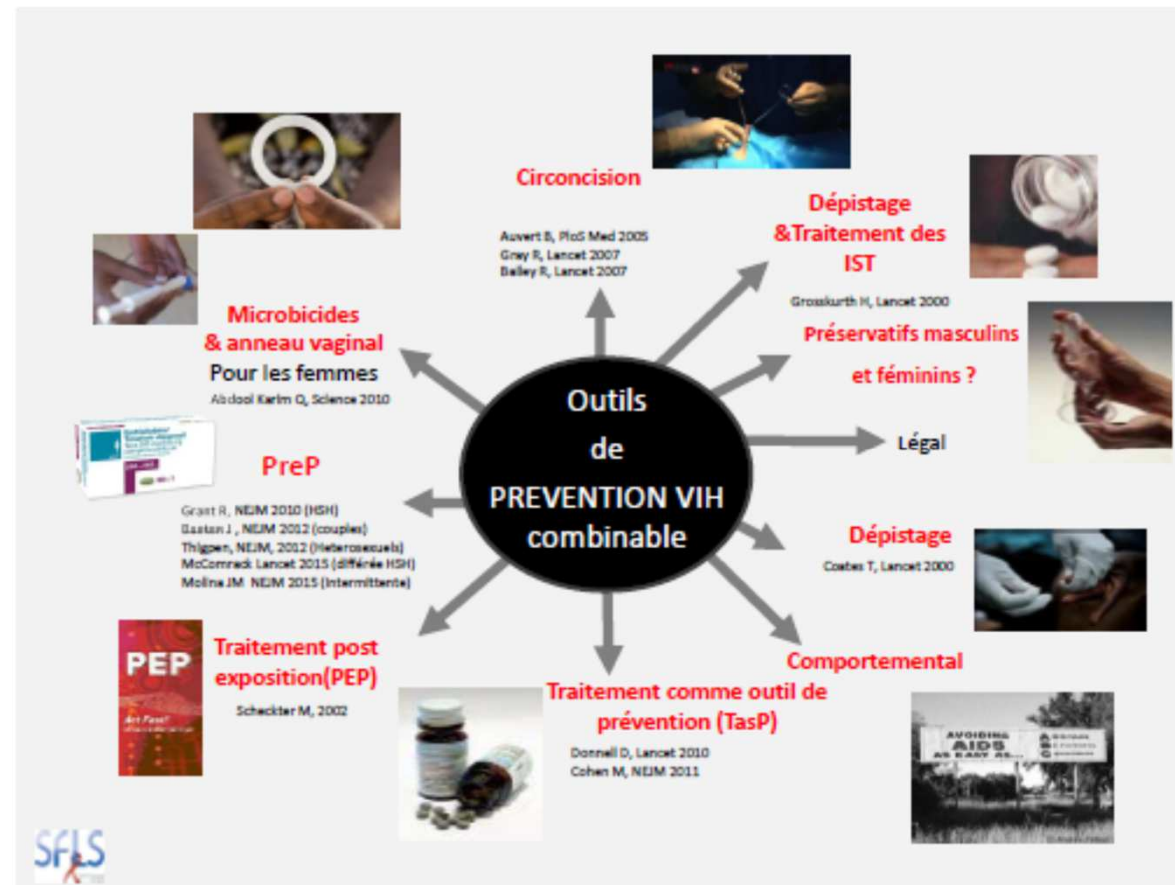
DIMINUTION DES DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ CHEZ LES HÉTÉROSEXUELS MAIS PAS CHEZ LES HSH



Prep = Outil complémentaire de la stratégie de prévention de l'infection par le VIH Concept de prévention combinée

Le préservatif :

- Outil le plus efficace pour prévenir à la fois l'infection par le VIH et **les autres IST**.
- Prévient aussi la survenue d'une grossesse non désirée.
- Reste donc recommandé chez ceux qui utilisent la PrEP.



A qui s'adresse la Prep ?

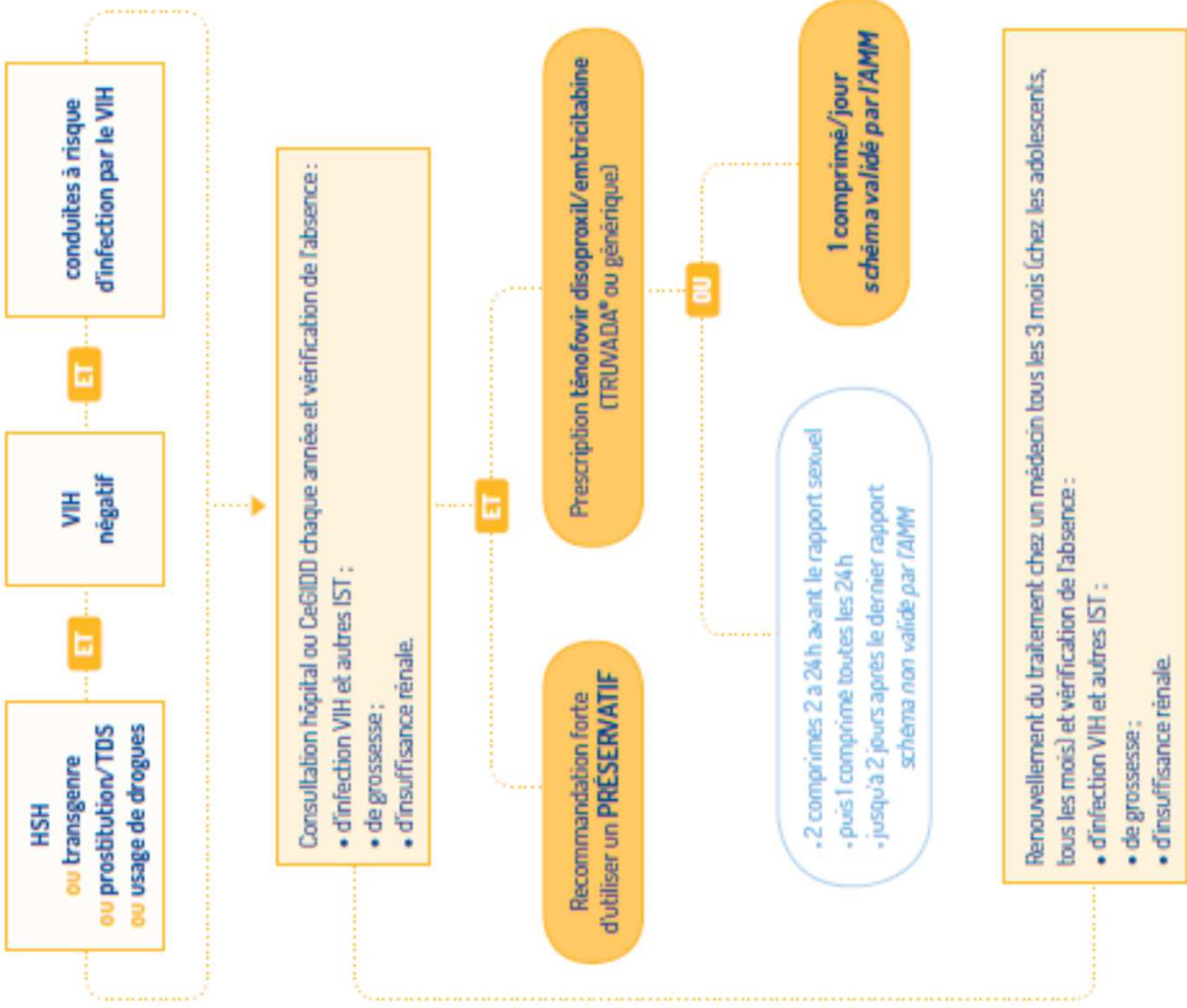
- Adultes et les adolescents (≥ 15 ans) exposés à un haut risque de contracter le VIH :
 - les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ou les personnes transgenres, répondant à au moins un des critères suivants :
 - rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois
 - épisodes d'IST dans les 12 derniers mois,
 - au moins un recours à un traitement post-exposition au VIH dans les 12 derniers mois,
 - usage de drogues lors des rapports sexuels (chemsex)
 - au cas par cas, les personnes dans les situations suivantes :
 - usages de drogues injectables avec échanges de seringues,
 - travailleurs du sexe (TDS)/prostitués avec rapports sexuels non protégés,
 - vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH.

Comment accéder à la Prep ?

- Première prescription de la PrEP par un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'infection par le VIH, exerçant à l'hôpital ou dans un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).
- **Renouvellement de l'ordonnance par tout médecin, en ville** ou à l'hôpital, dans le cadre du suivi trimestriel (statut VIH, IST, grossesse et effets indésirables).
- La prescription doit être refaite chaque année à l'hôpital ou en CeGIDD.
- TRUVADA® et ses génériques remboursables à 100% par la Sécurité sociale pour les personnes > 15 ans

La Prep en pratique

- **TRUVADA®** (ténofovir disoproxil/emtricitabine) et ses génériques
- Instauration uniquement si le statut sérologique vis-à-vis du VIH est négatif selon un test ELISA de 4e génération. Ce test est fiable dès 6 semaines après la dernière prise de risque.
- Schéma de prévention : **prise continue = 1 comprimé par jour**
- Schéma alternatif (hors AMM) : prise discontinue.
 - Validé uniquement chez les HSH
- Prise à heure fixe et avec des aliments pour faciliter l'absorption et limiter les effets indésirables digestifs.
- La Prep ne marche que si l'observance est bonne.



Contre indication / Absence d'indication

- Séropositivité VIH ou statut VIH inconnu
- Présence de signes ou symptômes de primo-infection par le VIH
- Insuffisance rénale avec clairance < 60 ml/min
- Hypersensibilité à l'un des principes actifs ou excipients du produit

Première consultation

- Vérifier l'indication
- Rechercher / Eliminer une primo-infection par le VIH
- Recueil des autres ATCD, co-médications...
- Bilan pré-thérapeutique : créatininémie, clairance, béta-hcg
- Dépistage complet
- Counselling
- Info sur les modalités pratiques, les effets indésirables, les modalités du suivi...
- Vaccination VHA, VHB, HPV.

Suivi

- Trimestriel recommandé, mais individualisable
- Observance, tolérance, co-médication
- Créatinine, clairance
- Dépistage complet
- Counselling
- Réévaluation de l'indication
- ...

Cystites simples

Cystite chez une femme sans aucun facteur de risque de complication (voir encadré)

Diagnostic

- BU+ : L+ OU N+ (si négative L- ET N- : évoquer diagnostic différentiel) *ECBU à réserver aux doutes diagnostiques, aux CI fosfomycine + pivmécillinam et aux échecs cliniques à J3*

Traitement

Antibiothérapie probabiliste

1^{er} choix : Fosfomycine-trométamol (3g PO, dose unique)

Pas de Fluoroquinolones !
Pas de C3G !

2^{ème} choix : Pivmécillinam (400mg PO x 2/j, 5 j)

Surveillance

- Pas de consultation, ni BU ni ECBU de contrôle
- Si persistance des signes après 3 jours ou récurrence précoce dans les 2 semaines : ECBU

Important

- ▶ **Deux pièges chez le sujet âgé fragile** :
 - des IU souvent frustes ou atypiques (confusion, chutes, décompensation d'une comorbidité, altération de l'état antérieur)
 - une haute prévalence de colonisation (bactériurie asymptomatique), de sorte que devant des symptômes aspécifiques et une BU + il faut éliminer en 1^{er} lieu les autres étiologies possibles.
- ▶ **Epidémie communautaire de BLSE** : la production d'une bêta-lactamase à spectre étendu est le principal mécanisme de résistance des entérobactéries aux C3G. Inexistante en ville jusque dans les années 2000 cette résistance touche aujourd'hui 5 % des souches d'E. coli d'IU communautaires.

Seuils pour l'ECBU

- Leucocyturie $\geq 10^4$ /ml ($10/\text{mm}^3$) (norme de certains automates parfois différentes, se référer au CR de l'examen)
- Seuils de bactériurie chez un patient symptomatique avec leucocyturie $\geq 10^4$:

Espèces bactériennes	Seuil de significativité	
	Homme	Femme
<i>E. coli</i> , <i>S. saprophyticus</i>	$\geq 10^3$	$\geq 10^3$
Entérobactéries autres que <i>E. coli</i> , entérocoque, <i>C. urealyticum</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>	$\geq 10^3$	$\geq 10^4$

En cas de discordance entre un tableau clinique évident d'IU et une bactériurie et/ou une leucocyturie inférieure au seuil, la clinique prime.

Rappel : la demande d'ECBU doit être accompagnée de renseignements cliniques

Facteurs de risque de complication de l'IU

- Sujet âgé : > 75 ans ou > 65 ans « fragile » (en perte d'autonomie)
- Grossesse
- Toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, quelle qu'elle soit (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte récent...)
- Immunodépression grave
- Insuffisance rénale chronique sévère (clairance < 30 ml/min)
- [et sexe masculin : hors sujet de cette fiche]

MÉMO

Prise en charge des cystites communautaires de l'adulte

- ▶ Cystites simples
- ▶ Cystites à risque de complication
- ▶ Cystites récidivantes
- ▶ Colonisations et cystites gravidiques

Ce mémo n'aborde pas :

- les pyélonéphrites
- les IU masculines
- les IU associées aux soins

Référence : Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte – SPILF – 2017
(www.infectiologie.com)



07 84 41 18 86

→ www.normantibio.fr

Cystites à risque de complication

Cystite chez une femme avec au moins 1 facteur de risque de complication (*voir encadré*)

Diagnostic

- BU (si négative : évoquer diagnostic différentiel)
- **ECBU systématique** avec antibiogramme

- Bilan étiologique : au cas par cas, en fonction des facteurs de risque de complication

Traitement : | Abstention première si possible

► Différé de 24-48h, adapté à l'antibiogramme :

- 1^{er} choix : Amoxicilline (1g PO x 3/j, 7 j)
- 2^{ème} choix : Pivmécillinam (400mg PO x 2/j, 7 j)
- 3^{ème} choix : Nitrofurantoiné (100mg PO x 3/j, 7 j)
- 4^{ème} choix : Fosfomycine-trométamol (3g à J1-J3-J5)
- 5^{ème} choix : Triméthoprimé (300mg PO x 1/j, 5 j)

► Probabiliste si impossible à différer :

- 1^{er} choix : Nitrofurantoiné (100mg PO x 3/j, 7 j)
- 2^{ème} choix : Fosfomycine-trométamol (3g à J1-J3-J5)

Adaptation à l'antibiogramme systématique dès que possible

Surveillance

- Pas de consultation, ni BU ni ECBU de contrôle
- Si persistance des signes après 3 jours ou récurrence précoce dans les 2 semaines : ECBU

Cystites récidivantes

(sans facteur de risque de complication)

Au moins 4 épisodes pendant 12 mois consécutifs

En cas de facteurs de risque de complication : prise en charge multidisciplinaire

Diagnostic

Premiers épisodes : ECBU (exclure infection chronique à rechute)

Femme non ménopausée et examen clinique normal : pas d'exams

Autres situations : à discuter au cas par cas

Traitement

1/ Boissons ≥ 1500 mL/jour, traitement d'une constipation

2/ Stratégie antibiotique selon le rythme de récurrence :

► < 1 épisode / mois : idem cystite simple

Éventuellement auto-médication sur prescription

- BU par la patiente
- Sélection et éducation des patientes ++

► > 1 épisode / mois : antibioprophylaxie possible, au moins 6 mois

Soit continue :

- Triméthoprimé (150mg PO/j)
- Fosfomycine-trométamol (3g tous les 7j)

Soit post-coïtale :

- Dans les 2h avant ou après le rapport sexuel
- Triméthoprimé (150mg) ou Fosfomycine-trométamol (3g)

Sans dépasser les posologies du traitement continu

Surveillance

Réévaluation de la procédure au moins 2 fois / an

Colonisations gravidiques

1. culture monomicrobienne ≥ 10⁵ /ml

Dépistage

- BU aux consultations des 4, 5, 6, 7, 8 et 9^{ème} mois et si + (L+ OU N+) : ECBU
- Sauf patiente à haut risque (antécédent d'IU, diabète, uropathie) : ECBU en début de grossesse puis 4, 5, 6, 7, 8 et 9^{ème} mois

Traitement : d'emblée selon l'antibiogramme

- 1^{er} choix : Amoxicilline (1g PO x 3/j, 7 j)
- 2^{ème} choix : Pivmécillinam (400mg PO x 2/j, 7 j)
- 3^{ème} choix : Fosfomycine-trométamol (3g PO, dose unique)
- 4^{ème} choix : Triméthoprimé (300mg PO x 1/j, 5 j) (4^{ème} trimestre, 2^{ème} trimestre)
- 5^{ème} choix : cf. recommandations

Surveillance

ECBU 8-10 j après arrêt du traitement puis mensuel jusqu'à accouchement

SI STREPTOCOQUE B : la découverte d'une bactériurie à streptocoque B en cours de grossesse (y compris à un titre faible ne relevant pas d'une antibiothérapie) doit faire l'objet d'une prévention de l'infection maternelle à streptocoque B lors de l'accouchement (car témoin d'une très probable colonisation vaginale persistante)

Cystites gravidiques

Diagnostic ECBU

Traitement : | Probabiliste (sans attendre le résultat de l'ECBU)

- 1^{er} choix : Fosfomycine-trométamol (3g PO, dose unique)
- 2^{ème} choix : Pivmécillinam (400mg PO x 2/j, 7 j)

En cas d'échec ou de résistance

- 1^{er} choix : Amoxicilline (1g PO x 3/j, 7 j)
- 2^{ème} choix : Triméthoprimé (300mg PO x 1/j, 5 j) (4^{ème} trimestre, 2^{ème} trimestre)
- 3^{ème} choix : Nitrofurantoiné / Cotrimoxazole (SMX-TMP à éviter les 2^{ème} trimestres) / amox-acide clavulanique / cefixime ou ciprofloxacine

Surveillance

ECBU 8-10 jours après arrêt traitement puis mensuel jusqu'à accouchement

