



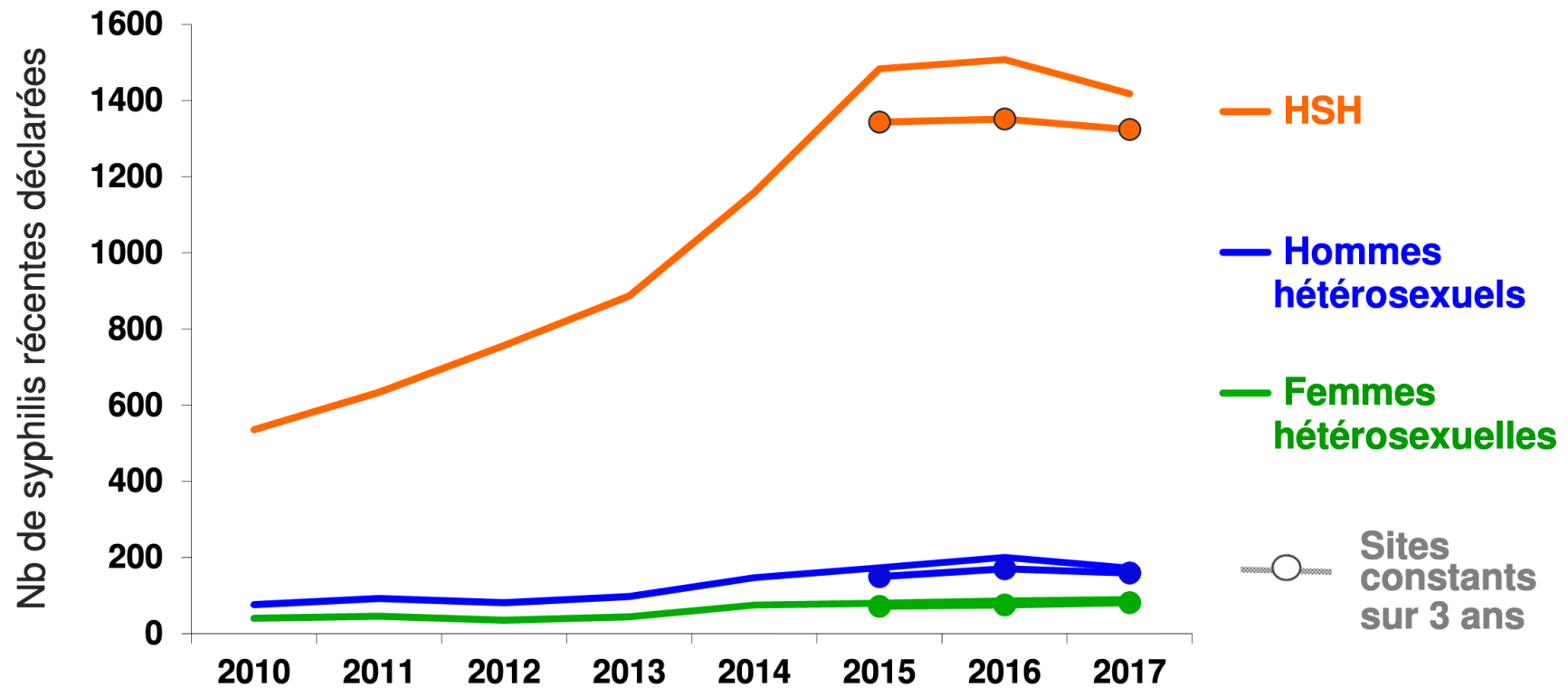
L'INIMITABLE
SUMO en
TUTU



IST en 2019

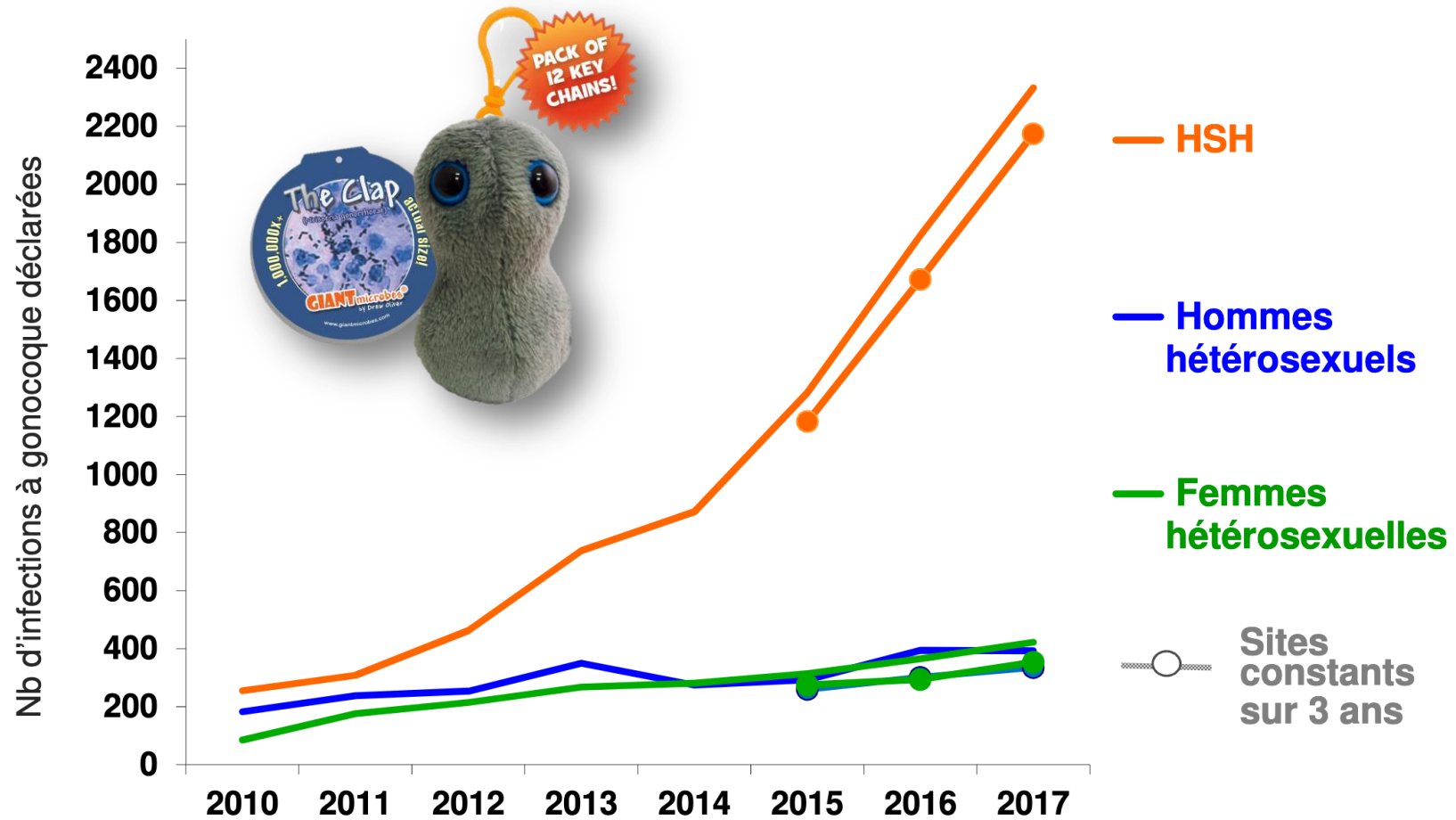
Conseils de dépistage et de traitement

Syphilis récentes 2010-2017



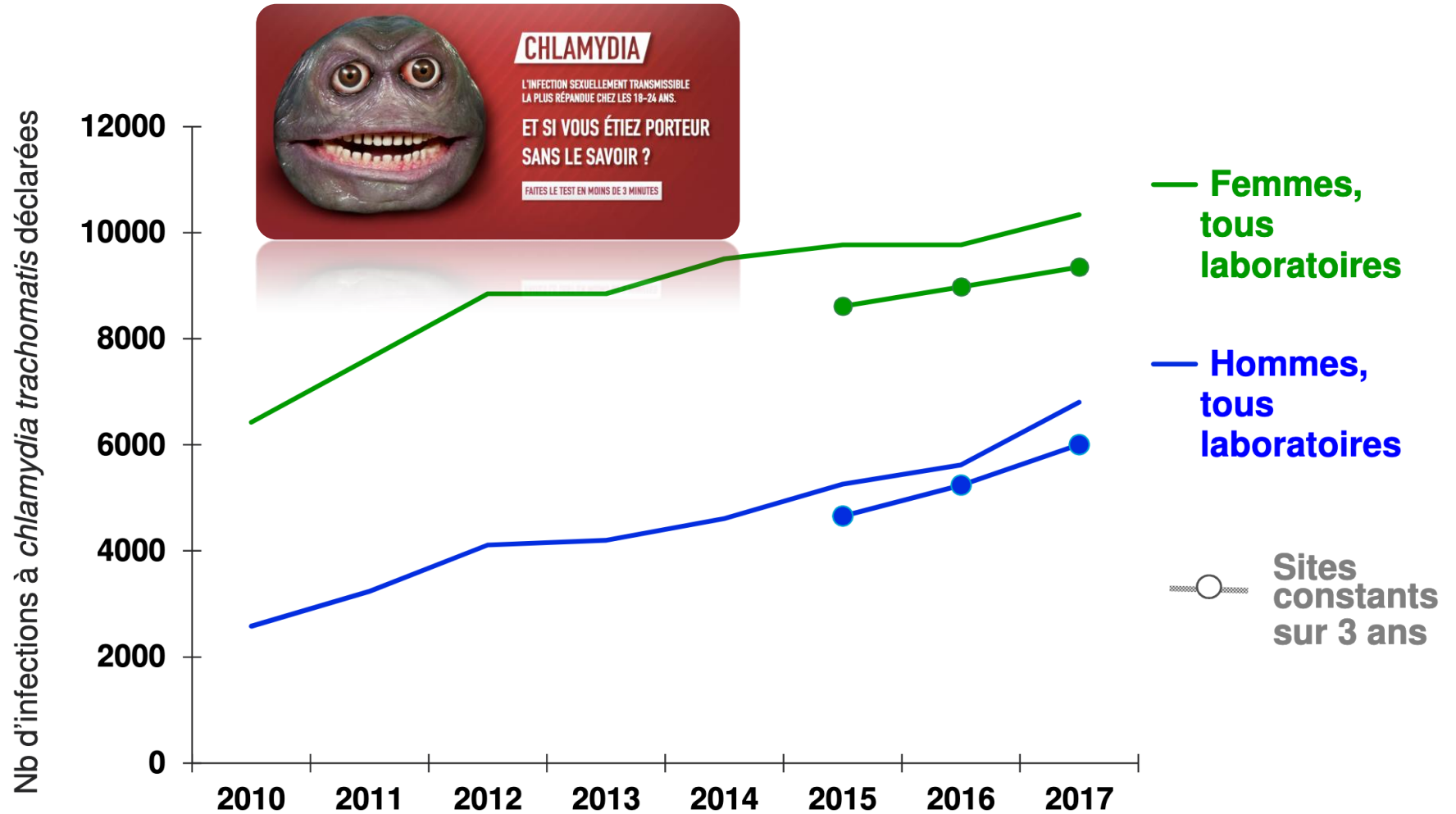
Source: Santé publique France, réseau RésIST, 2010-2017

Gonocoque, 2010-2017



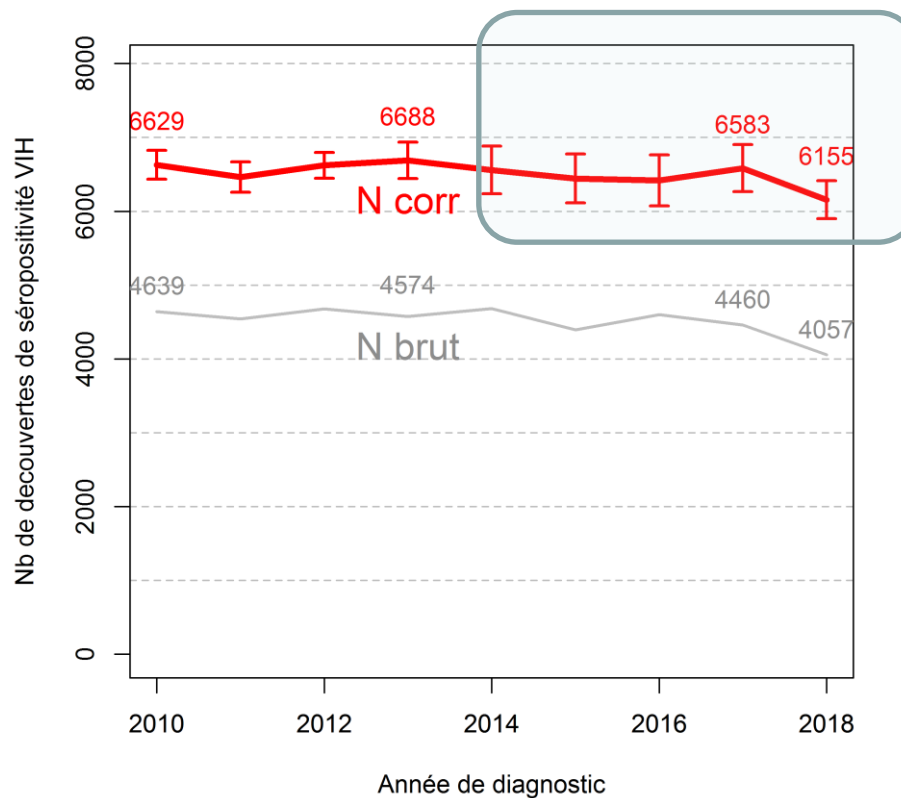
Source: Santé publique France, réseau RésIST, 2010-2017

Chlamydia trachomatis, 2010-2017



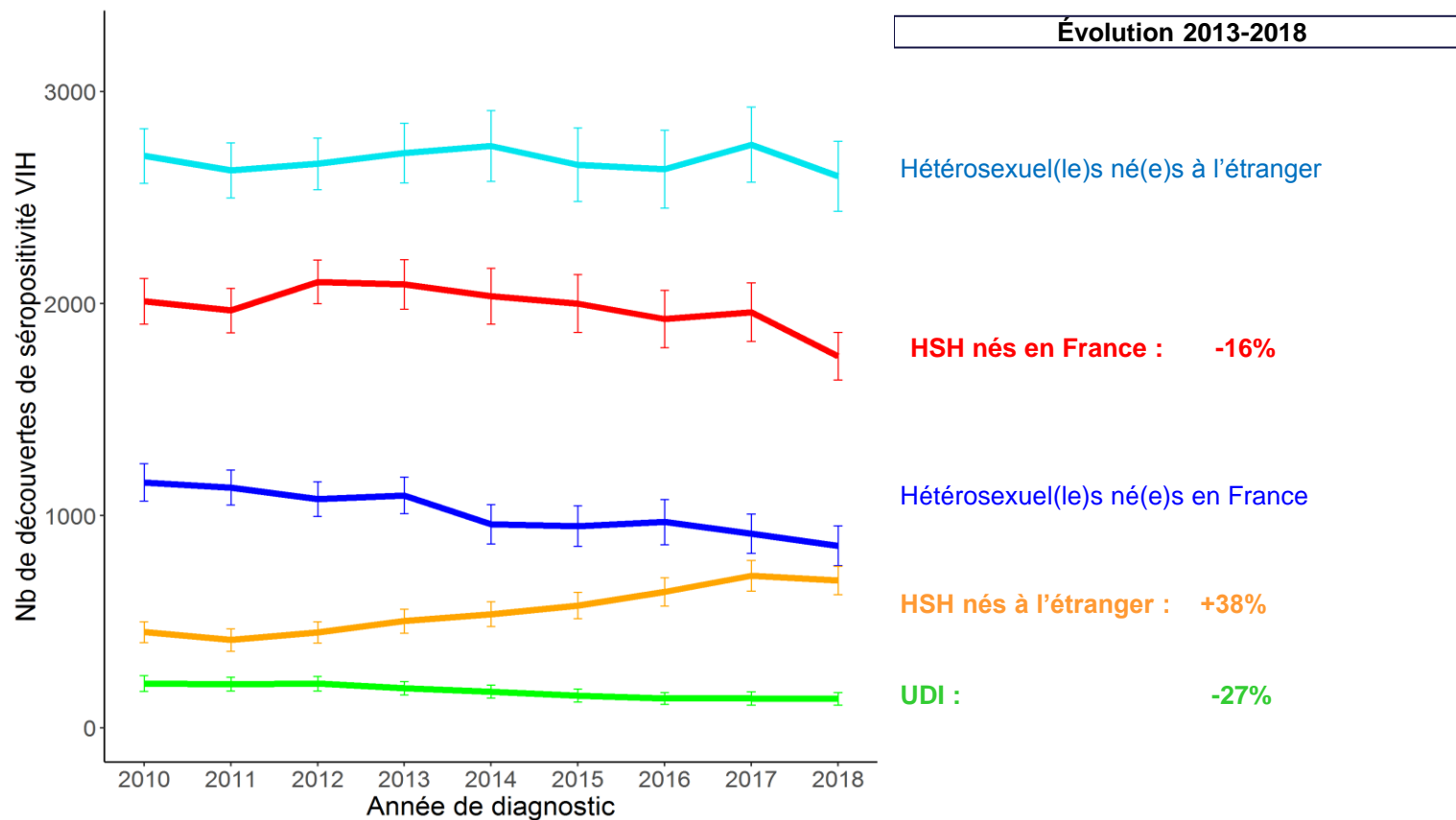
Source: Santé publique France, réseau Rénachla, 2010-2017

Enfin seule l'épidémie de VIH reste stable, voire régresse !

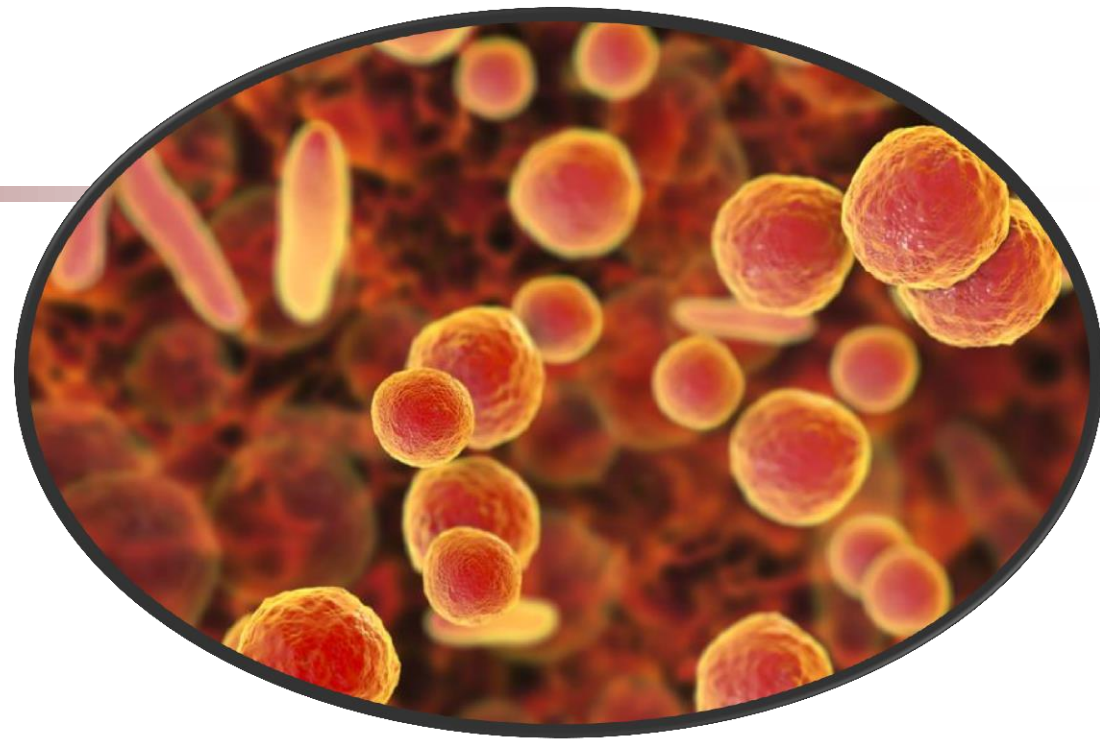


Source : Santé publique France; Données de la déclaration obligatoire du VIH au 31/03/2019, corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

Enfin, stable, ça dépend de ce que l'on regarde...



Source : Santé publique France; Données de la déclaration obligatoire du VIH au 31/03/2019, corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes



Mycoplasma genitalium

... la prise de tête !

Mycoplasmes

- *M. hominis et ureaplasma*
 - Pathogénicité ?
 - Pas de traitement habituellement
 - Sensible aux cyclines
- *M. genitalium*
 - 3^{ème} cause d'urétrite chez l'homme

Enjeux

- Bactérie naturellement assez résistante
- Le traitement minute des autres IST par azithromycine augmente le niveau de résistance en cas de portage
- Peut d'antibiotiques « de réserve » en cas de résistance à la 1^{ère} ligne

Quand dépister?

- **Ne pas rechercher systématiquement *M. genitalium* !!**
- Dépistage « par mégarde » d'un sujet asymptomatique
 - NE PAS TRAITER
 - NE PAS TESTER LES PARTENAIRES ASYMPTOMATIQUES
- Recherche à réserver aux **personnes symptomatiques** et à leurs **partenaires symptomatiques**
- Demander systématiquement la sensibilité aux macrolides en cas de PCR mycoplasma (
 - *Problème de prise en charge par l'assurance maladie*

Exemple PrEP/ Ipergay

- Etude ancillaire : prophylaxie des IST par doxycycline
- 232 participants, 210 testés

– à J0

Patient avec PCR+	Prévalence de <i>M. genitalium</i> (%) (IC 95 %)
Urines 1 ^{er} jet	6,3 % (3,4 - 10,8)
Anus	4,3 % (1,9 - 8,6)
Gorge	0,5 % (6,01 - 2,8)
Total	10,5 % (6,6 - 15,9)

un seul positif
symptomatique

– A 6 mois :

- 11 nouveaux positifs, aucun symptomatique
- Pas de différence entre les groupes avec et sans Doxycycline

- Sur 39 échantillons

– 70 % de résistance à l'azithromycine, 15% à la moxifloxacine

→ La prévalence est élevée
 →Essentiellement asymptomatique
 →La doxy ne change pas les taux de portage

M. genitalium : prévalence

- **En population générale : 1-3%**
- **Un peu plus élevé chez la femme**
- **Populations à risque : 4-40%**
- **Hautement prévalent**
 - **Chez les HSH**
 - **En particulier VIH+**

Manhart L, et al. Am J Public Health 2007

Sonnenberg P, et al. Int J Epidemiol. 2015

Bissessor M. et al. Clin Microbiol and Infect 2016

Soni, S. et al.. Sex Trans Infect 2010

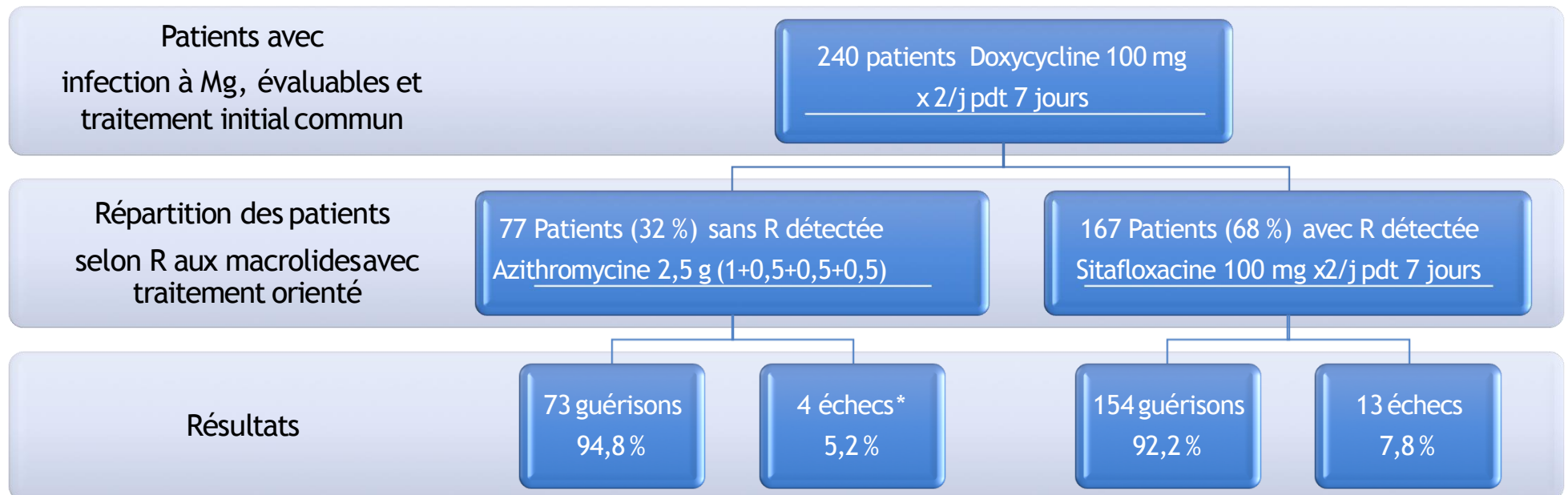
Les données récentes

Clinical Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE

Outcomes of Resistance-guided Sequential Treatment of *Mycoplasma genitalium* Infections: A Prospective Evaluation
CID 2019:68 (15 February) • Read et al

- Peut-on améliorer l'efficacité thérapeutique avec un « prétraitement » par doxy ?



Les données récentes (2)

Clinical Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE

Outcomes of Resistance-guided Sequential Treatment of *Mycoplasma genitalium* Infections: A Prospective Evaluation
CID 2019:68 (15 February) • Read et al



AVANT DOXY

APRES DOXY

-2,6 log₁₀

Figure 2. Bacterial load (log₁₀) of *Mycoplasma genitalium* in urine samples before and after doxycycline 100 mg twice daily for 7 days (n = 56).

Comment traiter ?

- Privilégier la doxycycline (200 mg/j – 7 jours) à l'azithromycine dans le traitement présomptif des symptômes d'urétrite, de cervicite, d'infection génitale haute et d'ano-rectite.
- En cas d'infection à *M. genitalium*, faire systématiquement un contrôle de guérison 4 à 5 semaines après le début du traitement.

Modalités de traitements proposées par nos camarades brexiteurs

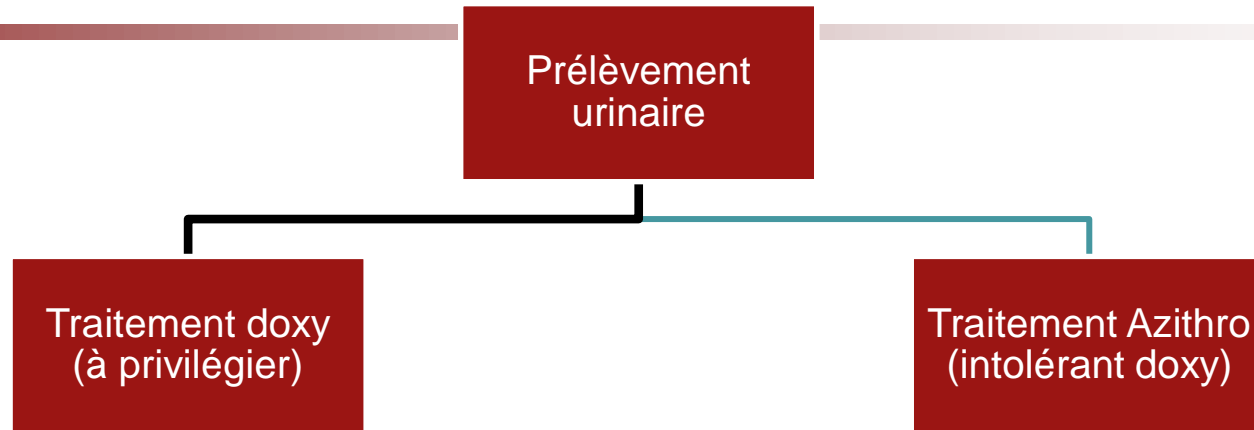


- Infections non compliquées (urétrites, cervicites)
 - Doxycycline 100 mg 2 fois/j pdt 7 jours suivi par Azithromycine 1g à J1 puis 500 mg J2,J3
 - Moxifloxacine 400 mg/j pdt 10 jours
- Infection compliquée (épididymite-orchite, rectite sévère)
 - Moxifloxacine 400 mg/j pdt 14 jours
- Traitements alternatifs
 - Doxycycline 100 mg 2 fois/j pdt 7 jours
 - Suivi par Pristinamycine 1g 4 fois /j pdt 10 jours - Pristinamycine 1g 4 fois /j pdt 10 jours
 - Doxycycline 100 mg 2 fois/j pdt 14 jours
 - Minocycline 100 mg 2 fois/j pdt 14 jours

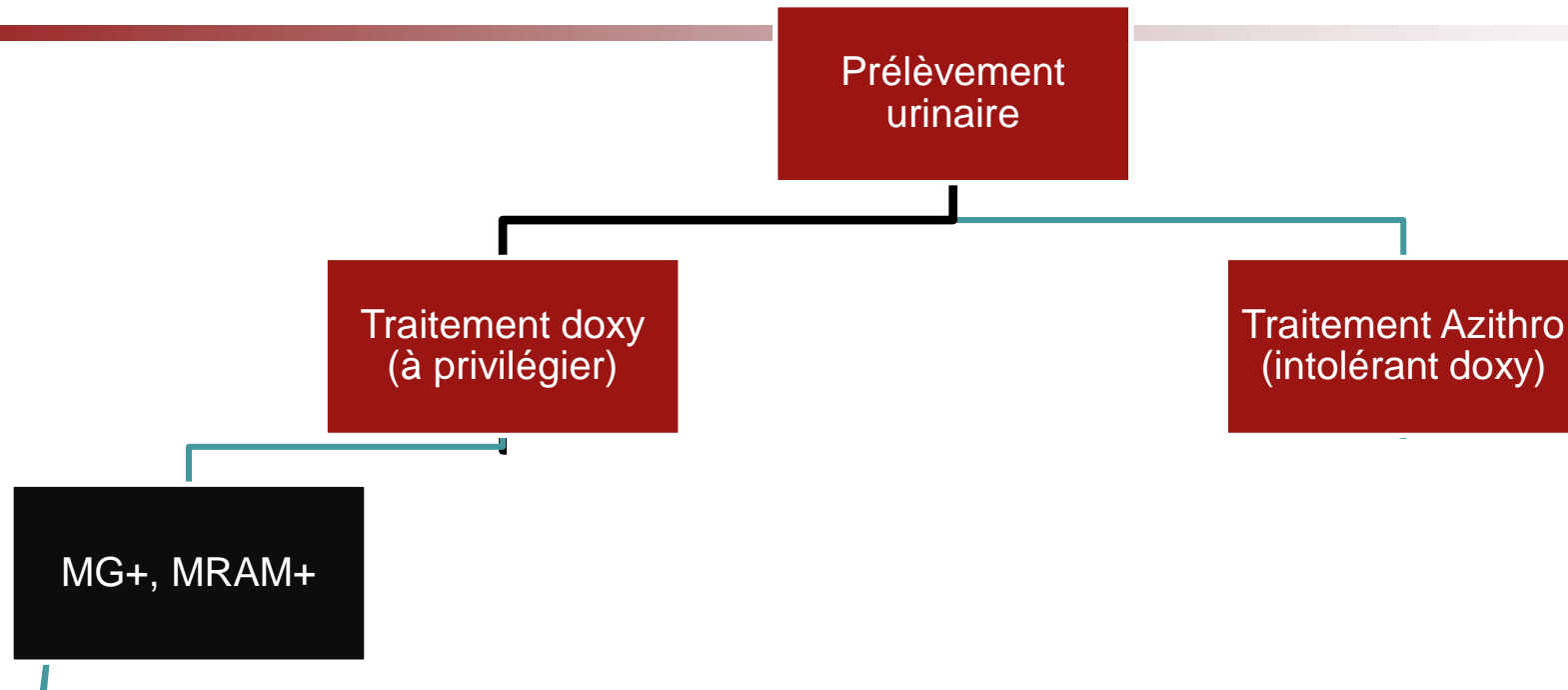
Arbre décisionnel

Prélèvement
urinaire

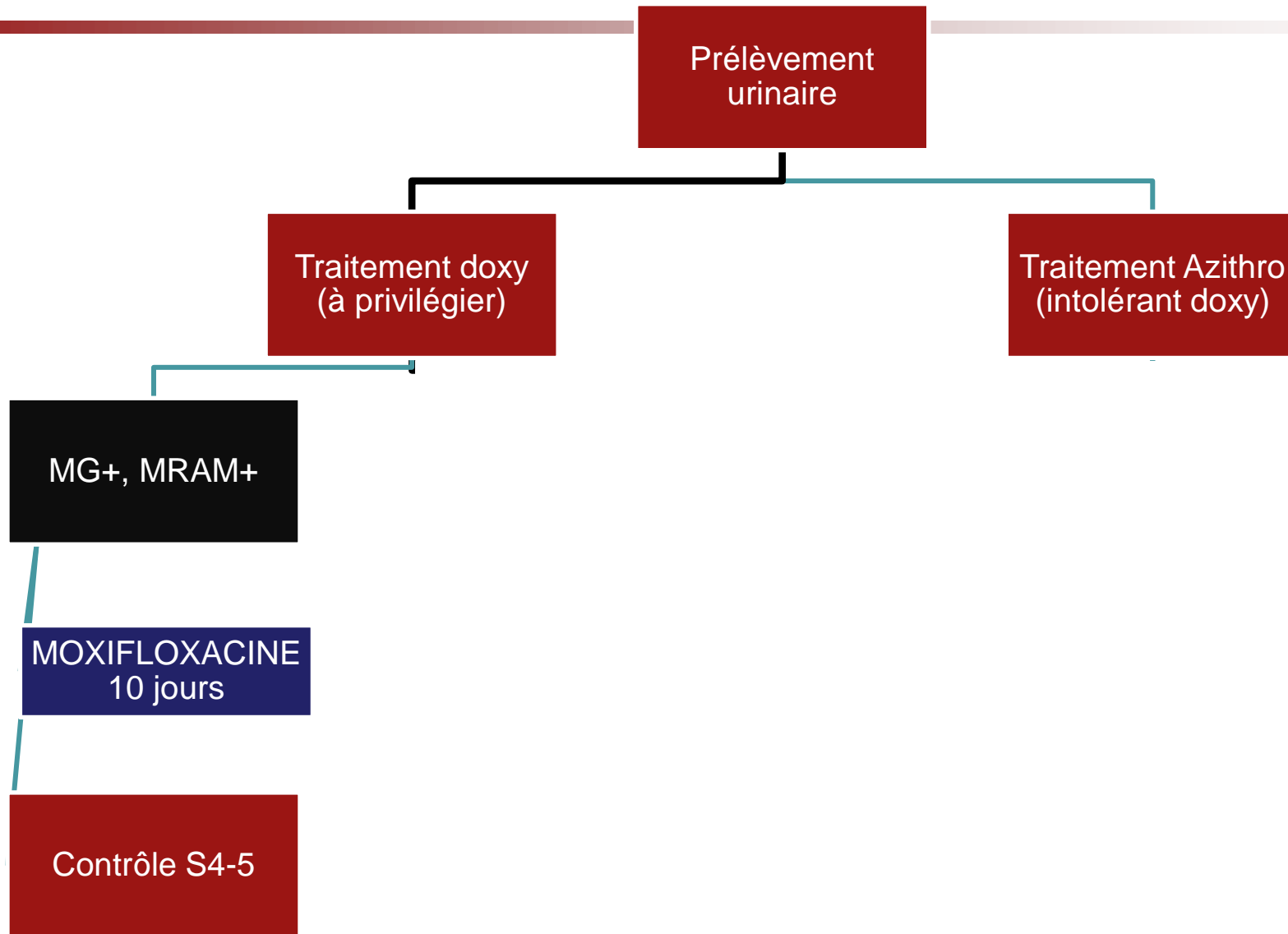
Arbre décisionnel



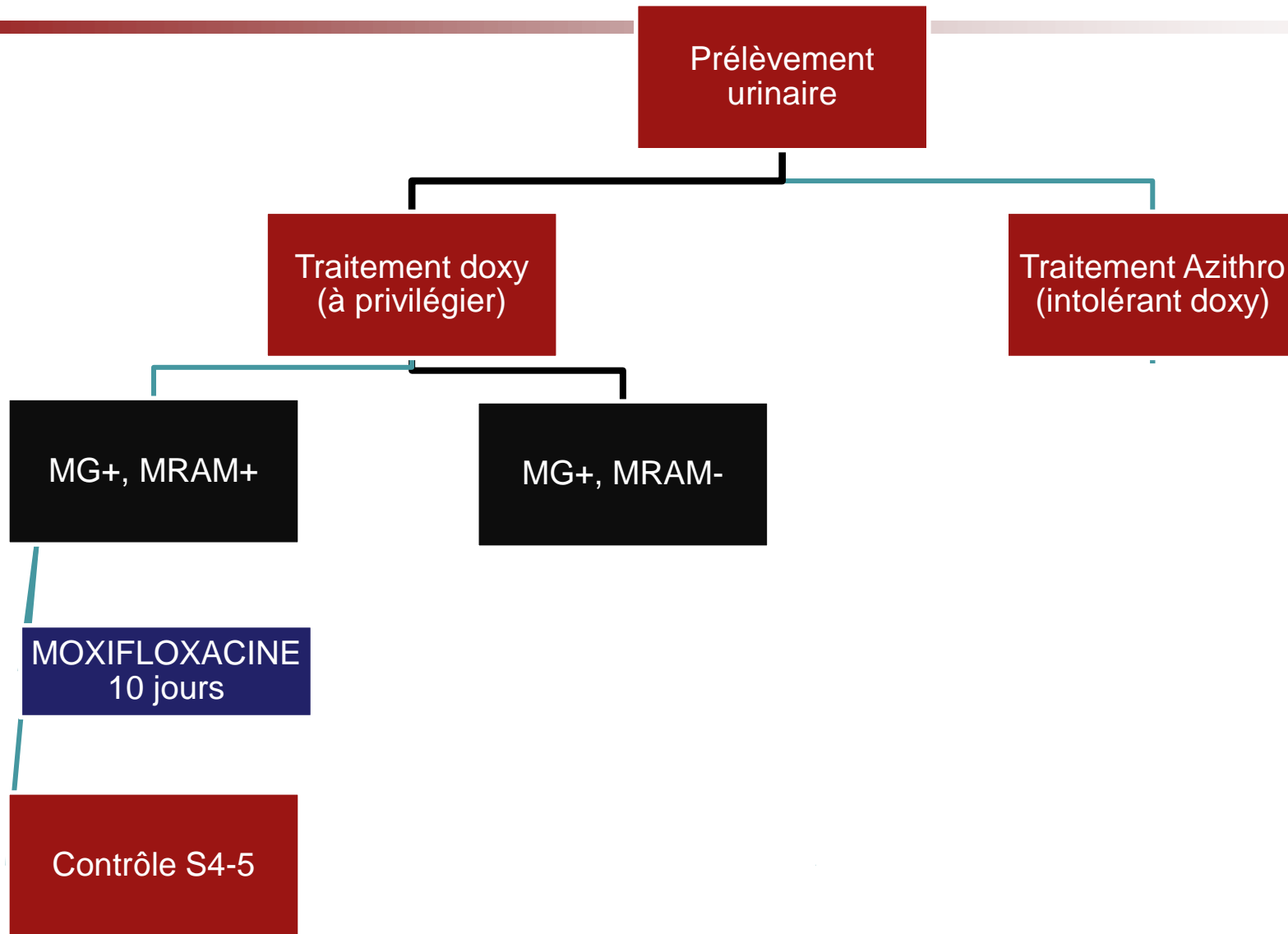
Arbre décisionnel



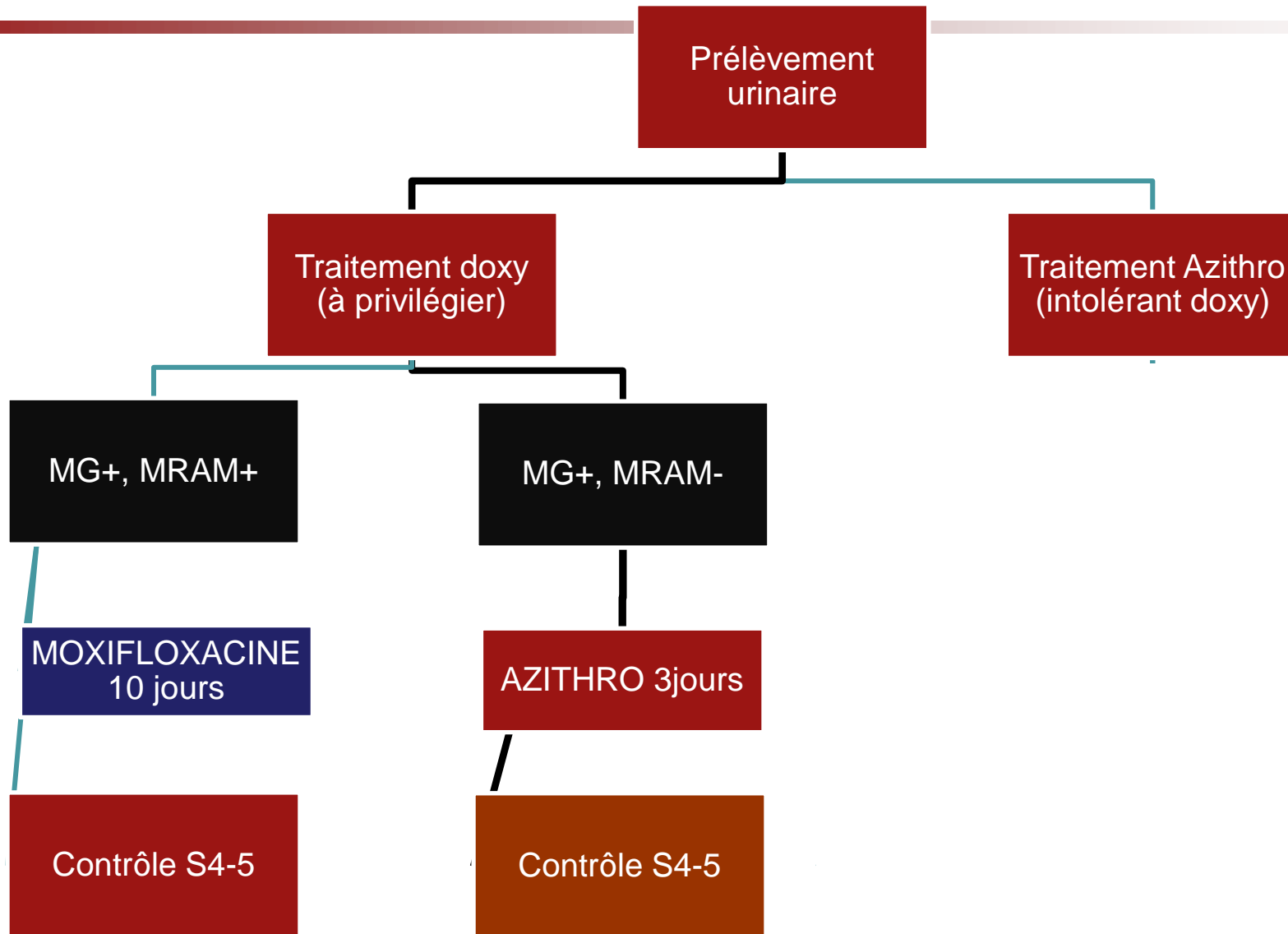
Arbre décisionnel



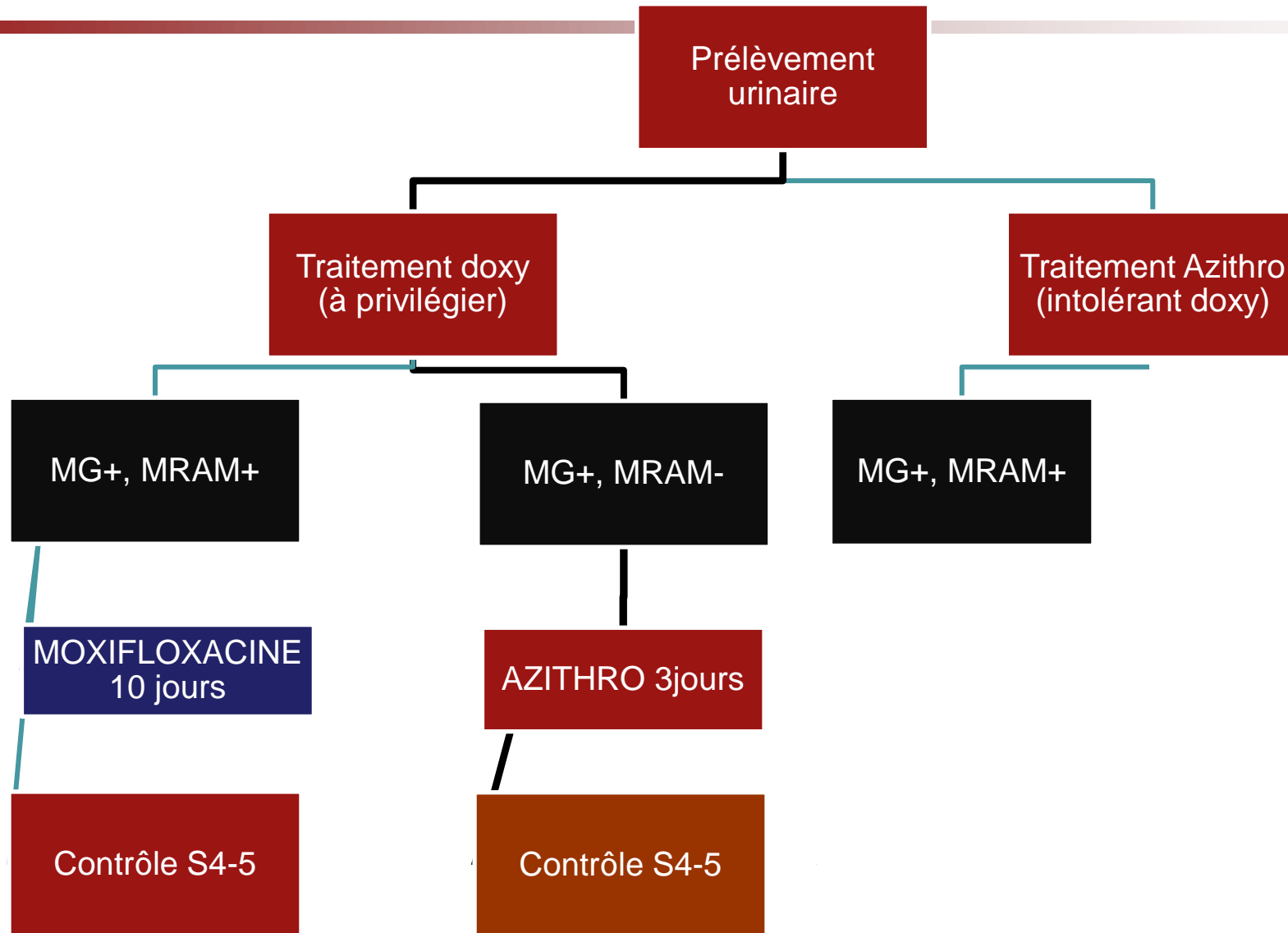
Arbre décisionnel



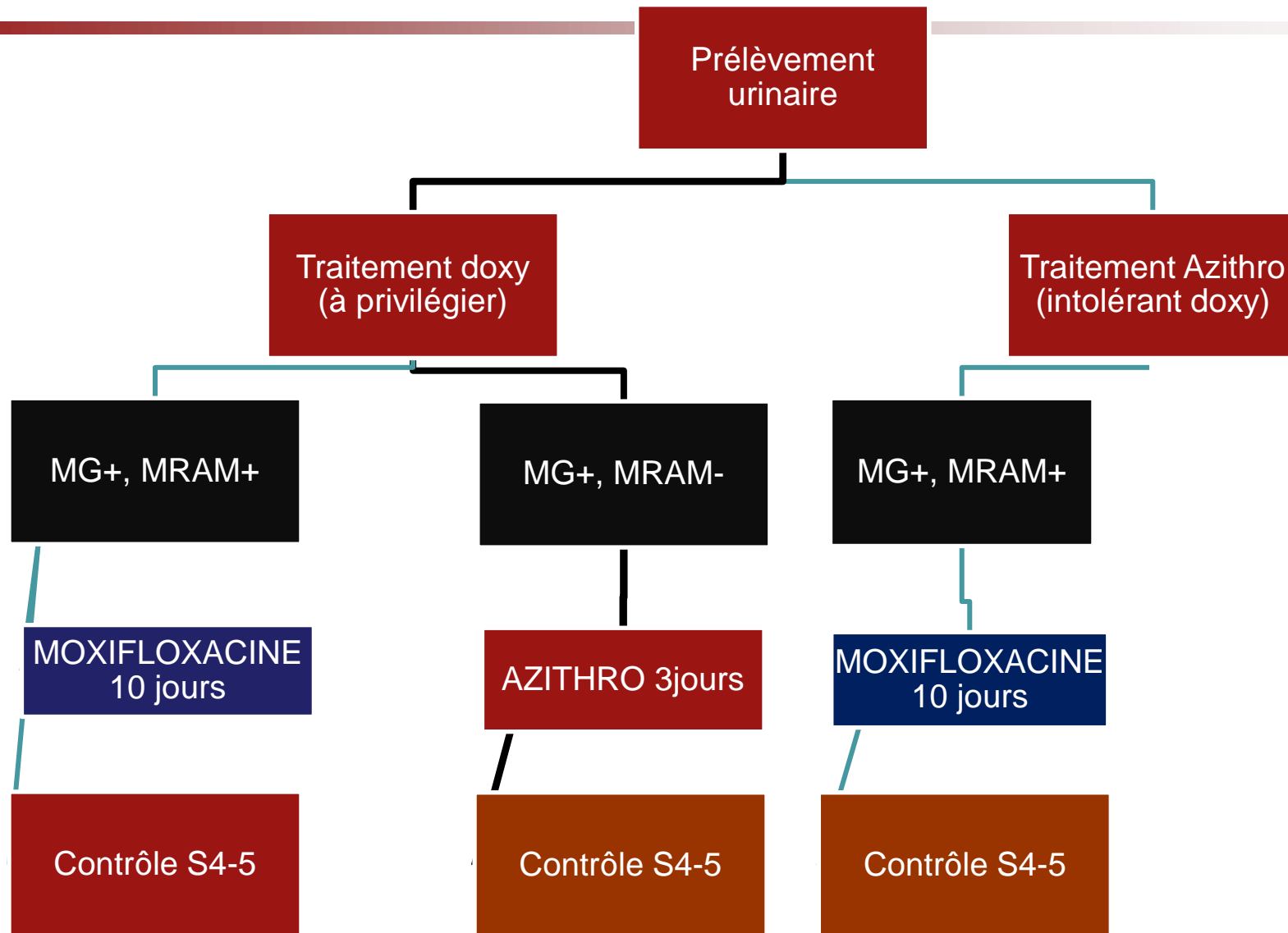
Arbre décisionnel



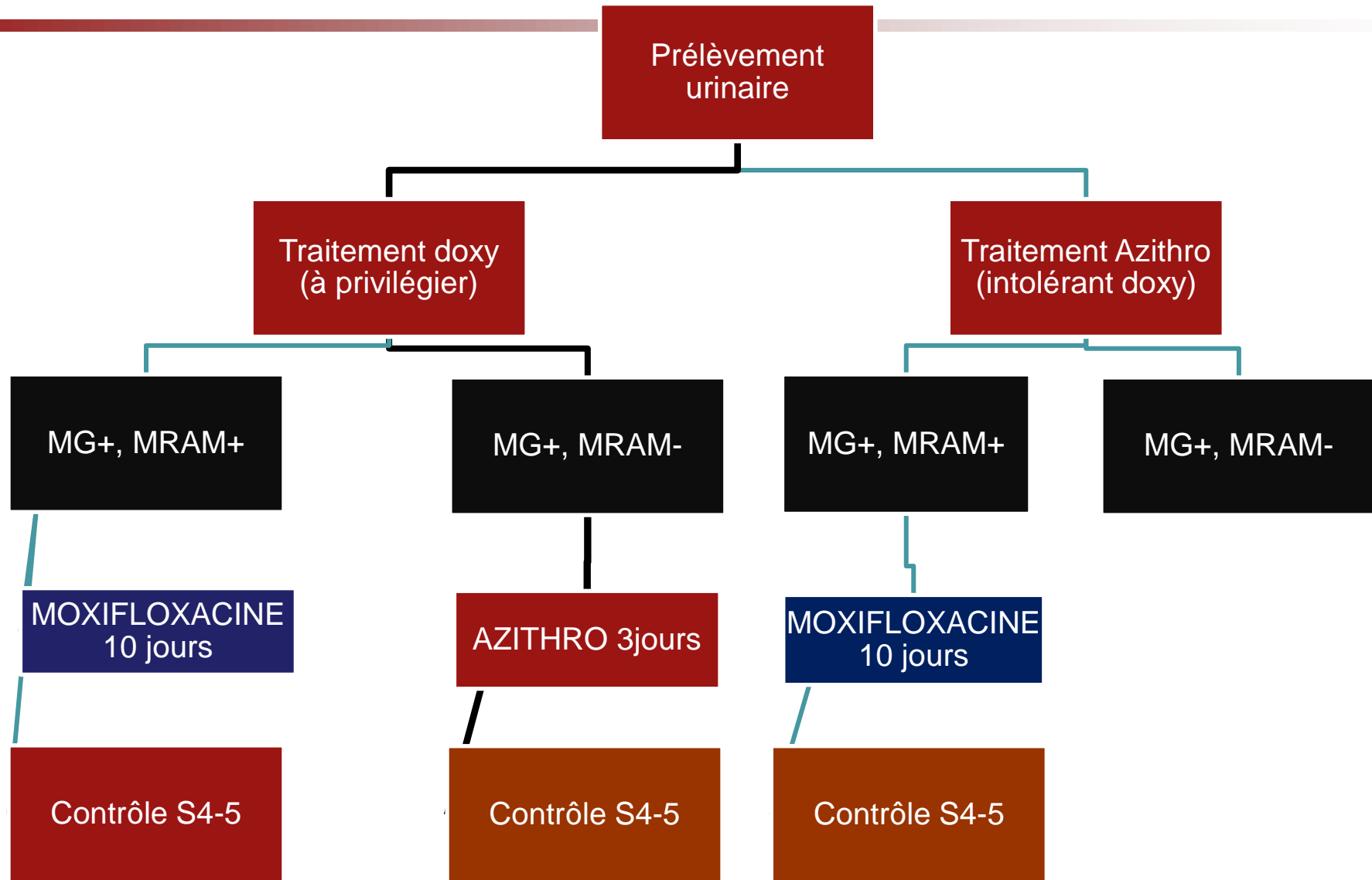
Arbre décisionnel



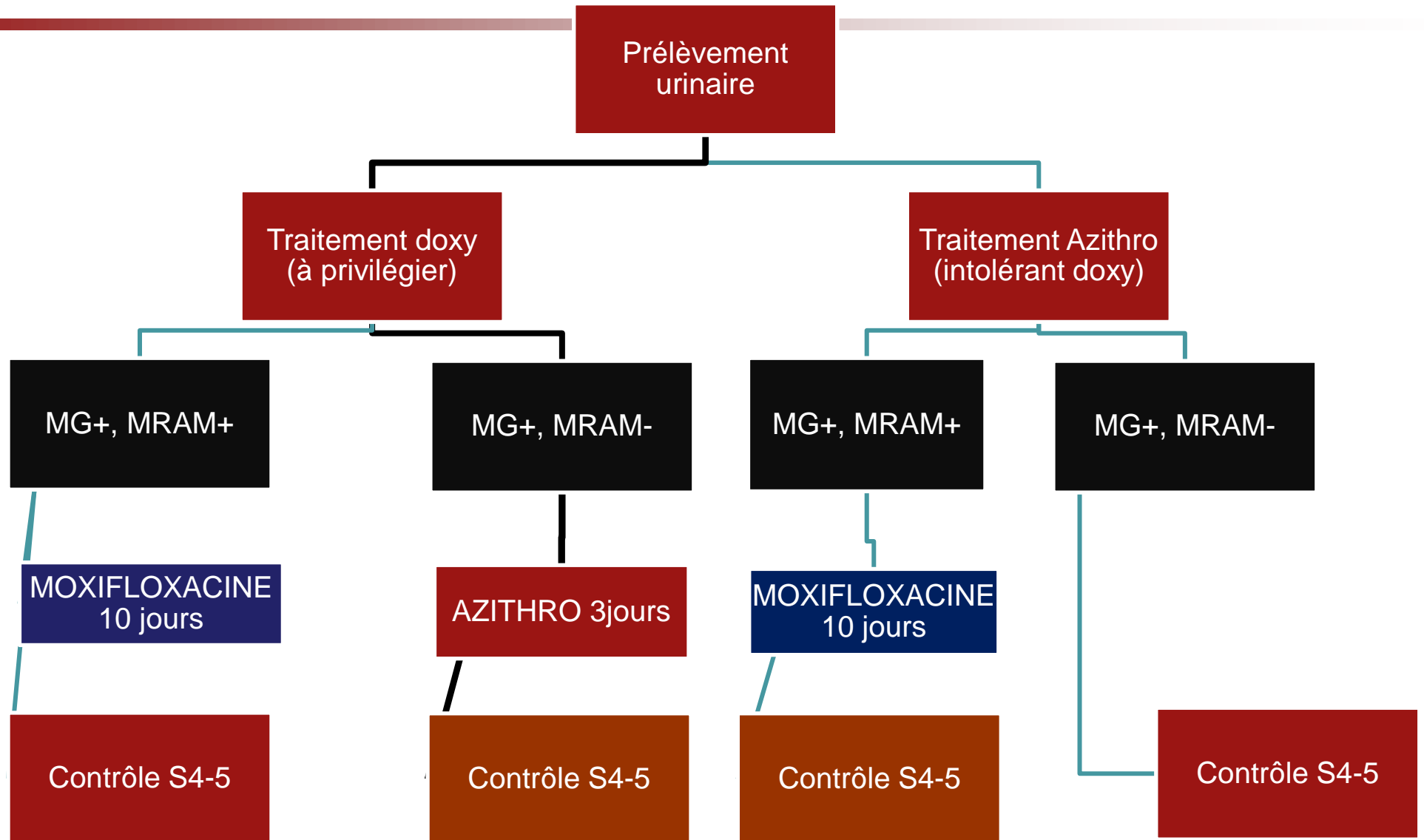
Arbre décisionnel



Arbre décisionnel

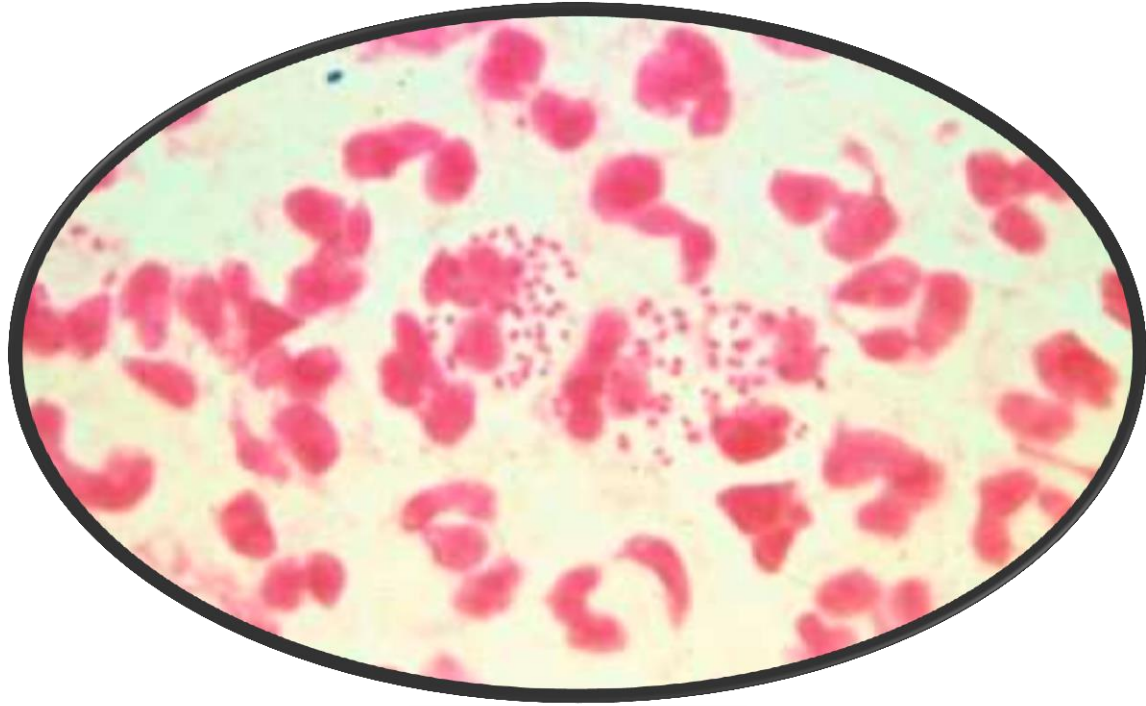


Arbre décisionnel



Le reste est plus simple...

Gonocoque



Traitement de 1^{ère} intention des infections gonococciques

- La Dose Unique (DU) de ceftriaxone IM reste la règle
 - Pour les formes symptomatiques ou asymptomatiques
 - Pour les localisations génitales, anales ou pharyngées
 - 500 mg IM x 1
 - 95% d'efficacité, excellente tolérance
 - Pas de DU dans les formes compliquées
- Résistance 2015
 - Péni G : 20% R
 - Cyclines : 45% R
 - Quinolones : 40% R

Traitement de 2nde intention des infections gonococciques

Vraiment du 2nd choix !!

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



Chlamydiae trachomatis

Recommandations HAS 2018

Lieux	Population	Modalités
CeGI DD CPEF Centres IVG Cabinets libéraux Médecine G, Gynécologie Sage Femme	1. Dépistage systématique des femmes âgées de 15-25 ans y compris les femmes enceintes 2. Dépistage ciblé des : - Hommes sexuellement actifs avec FDR - Femmes sexuellement actives >25 ans avec FDR - Femmes enceintes consultant pour IVG	1. Par test d'amplification sur auto-prélèvements (ou cliniciens) 2. Rythme : - Annuel si CT- - 3-6 mois si CT+ - 3 mois pour les HSH 3. Pas de test de contrôle systématique (sauf femme enceinte) 4. TT partenaire par la personne infectée

PCR CT/NG: combien de sites analyser?

- **Un seul site est à analyser sauf** dans les cas suivants
 - **Selon le comportement sexuel** : en cas de rapport sexuel anal et/ou pharyngé : rechercher *C.trachomatis* et *N. gonorrhoeae* dans les deux ou trois sites : association prélèvements génital, rectal et/ou pharyngé
 - Si **arthrite réactionnelle** : rechercher *C. trachomatis* dans deux ou trois sites : génital, conjonctival, articulaire
 - dans **l'exploration d'une infection haute**, rechercher les deux bactéries au niveau du col et/ou du haut appareil génital (endomètre, liquide de Douglas, biopsie des trompes, par exemple) : un ou deux sites
 - dans **l'exploration d'une épididymite, d'une prostatite, d'une infertilité d'origine masculine** : rechercher les bactéries dans le premier jet d'urine et dans le sperme
 - dans **l'exploration de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV)**, rechercher *C. trachomatis*
 - dans le ganglion satellite et les éventuelles ulcérations.

Une seule cotation (B85)
par patient



Pas de difficultés thérapeutiques particulières (infections « simples »)

- Doxycycline
 - 100 mg x 2/j x 7 jours
- Alternative : Azythromycine (uniquement *M. genitalium neg*)
 - La dose unique est efficace (1g) !

IST-12

Traitement par azithromycine dans l'infection rectale asymptomatique à *Chlamydia trachomatis*

L. Macaux , G. Camuset , N. Zemali , J. Jaubert , Y. Koumar , R. Manaquin , P. Gerardin , P. Poubeau , A. Bertolotti

CHU de la Réunion, Site Sud, Saint-Pierre, La Réunion

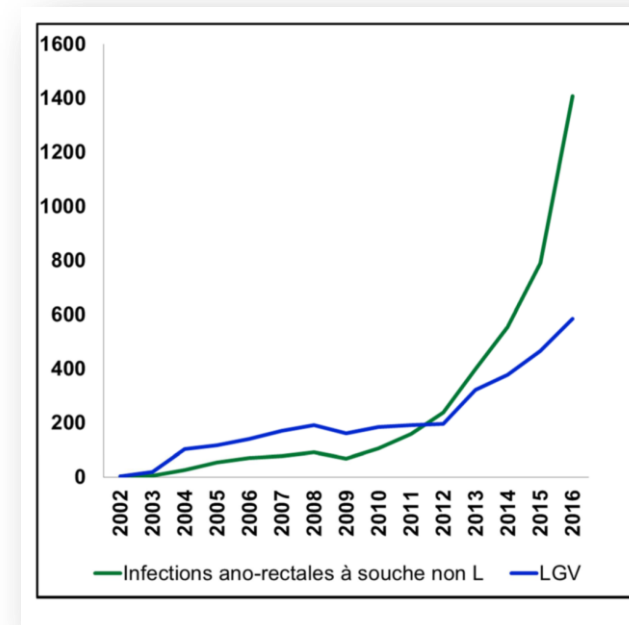


- 32 patients positifs à CT traités par Azithro dose unique
- 13 contrôles à 6 semaines
 - 2 positifs seulement, considérées comme des recontaminations (sans preuve)

JNI 2019

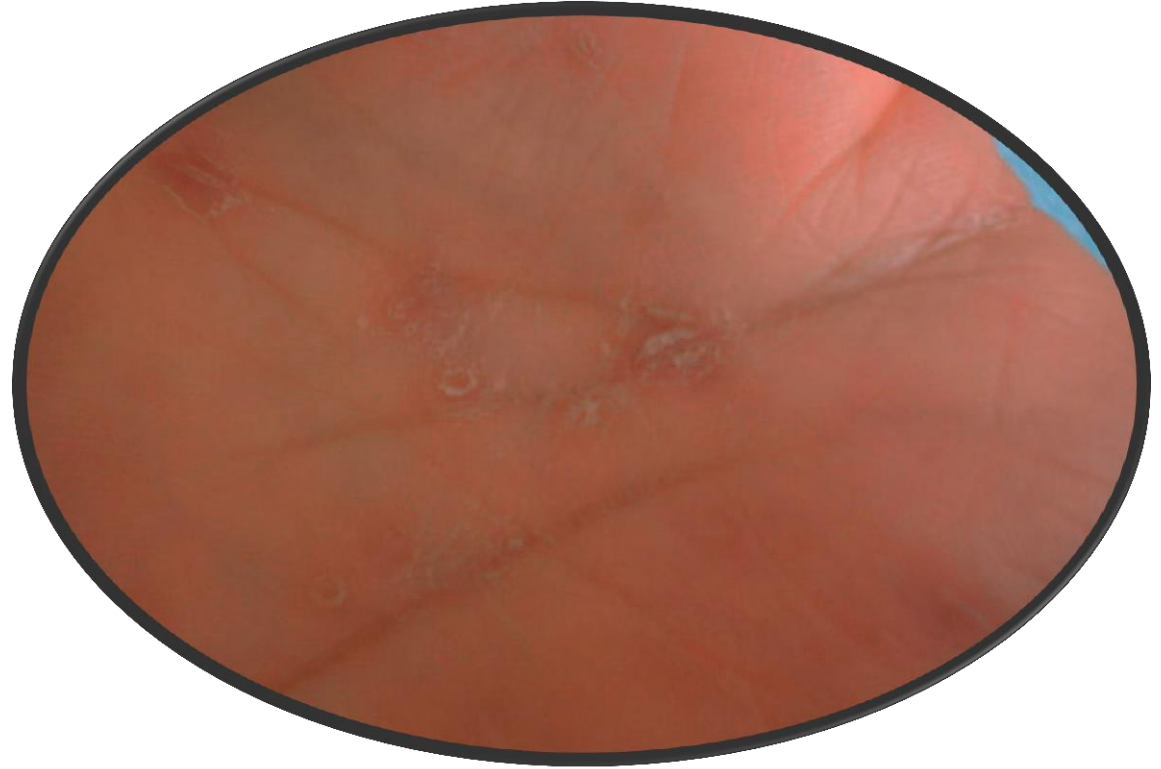
Mais attention aux lymphogranulomatoses vénériennes (LGV)...

- C. trachomatis génovar L (Maladie de Nicolas Favre)
- Essentiellement forme rectale des HSH
- Forme plus résistante au traitement
 - 1^{ère} intention : Doxycycline 100 mg x 2 po 21 jours
- Autres rectites à CT (Non-L) : 7 jours



Bulletin des réseaux de surveillance des IST
Données au 31/12/2016
Santé Publique France
76% des LGV sont VIH +

Syphilis



Pas de nouveauté pour la syphilis de base...

	Syphilis précoce < 1an	Syphilis tardive > 1 an ou inconnu	Remarques
Benzyl-Pénicilline	2,4 M UI x 1 IM	2,4 M UI x 3 IM	1 ^{er} choix
Doxycycline	100 mg x 2/j 14 j	100 mg x 2/j 28 j	CI : < 8 ans, grossesse
Ceftriaxone	1 g/j 8 à 10 j	500 mg/j 28 j ?	Alternative peu documentée, spectre large, demi-vie plus courte

Situations particulières

- Femmes enceintes
 - Aucune autre alternative que la pénicilline G
 - Désensibilisation si nécessaire
- Allergie aux bêta-lactamines
 - Doxycycline (attention à la minocycline particulièrement sur peaux noires, DRESS)
 - Azithromycine : trop de résistances acquises (mutation A2058G)
 - Désensibilisation
- Neurosyphilis
 - Pénicilline G IV : 20 MUI IVSE/24h
 - 10-15 jours
 - Pas de nécessité d'hospitalisation : perfusion sur infuseur/12h

Synthèse

En résumé

Micro-organisme	Traitement	
	En 1 ^{ère} intention	En 2 ^{nde} intention
Urétrite ou cervicite/Gonocoque	Ceftriaxone 500 mg DU	Gentamicine* Ciprofloxacine** 500 mg DU
Urétrite ou cervicite à <i>Chlamydiae trachomatis</i>	Doxycycline 100x2x7j	Azithromycine (M. genitalium-)
Urétrite ou cervico-vaginite à <i>Mycoplasma genitalium</i>	Cyclines 7 jours puis azithromycine	Moxifloxacine
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Azolés (métronidazole...) 2g DU	
<i>Syphilis</i>	Benzyl-pénicilline ou péni G IV	Doxycycline

*Uniquement urétrite

** Antibiogramme nécessaire

Et surtout ne pas oublier :

- les vaccinations

Hépatite B, Papilloma

- Le traitement des partenaires !

- Le préservatif ou l'abstinence 7 jours

Merci à ceux à qui j'ai piqué des diapos



- Charles Cazanave
- Jacques Reynes
- Cécile Bebear
- Gentiane Montiel

<http://www.corevih-bretagne.fr>



Un petit cas clinique

Erwan, 22 ans

- Vient consulter pour une urétrite évoluant depuis une dizaine de jours
- ATCD
 - Vaccination : pense être « à jour »
 - Pas d'IST diagnostiquée jusqu'alors
 - Jamais fait de « dépistage »
 - Pratiques sexuelles : ≈ 10 partenaires masculins par mois

Plan de diagnostic pour Erwan

- En 1^{ère} intention
 - PCR gonocoque et Chlamydiae « 3 sites »
 - Pris en charge assurance maladie depuis juillet 2018
 - Sérologie VIH/VHB/VHC
 - Sérologie Syphilis
- En 2^{nde} intention si échec 1^{ère} ligne
 - PCR *Mycoplasma genitalium*

Ne pas oublier le plan de prévention pour Erwan !

- Vaccination VHB selon résultats sérologie
- Vaccination VHA
- Vaccination HPV (Gardasil9™)
- PrEP par ténofovir/emtricitabine
- Préservatif...

Plan thérapeutique pour Erwan

- En fonction des résultats des examens complémentaires
 - *Neisseria Gonorrhoe*
 - *Chlamydiae trachomatis*
 - *Mycoplasma genitalium*
 - Syphilis