

**Le Comité
de coordination
de la lutte contre
les IST et le VIH
de Normandie
vous invite
à ...**

Jeudi 20 septembre 2018



**La deuxième journée
d'échange des
CeGIDD
En partenariat
avec les associations
habilitées au TROD**

**Pôle des Savoirs
Rouen rive gauche**

Bienvenue à cette

2^{ème} Journée d'échange

des CeGIDD/TRODeurs

2018

Remerciements :

F.LEBRUN, JC. RENET, M. SLIMANI, C. DELEBARRE, B. DUVAL, S. CASSE,
A. LESOURD, N. NICOLAY, G. UNAL
Vous... qualité des échanges !

Programme de la journée

Pré-programme de la journée

09h00 : accueil

09h30 : mot d'introduction

09h45 – 10h45 : Actualités scientifiques IST

10h45 – 11h15 : Groupe épidémiologique (objectifs, appel à participation)

Pause de ¼ d'heure

11h30 - 13h00 : atelier (*l'annonce ou Santé sexuelle*)

13h00 – 14h00 : pause déjeuner

14h00 - 15h30 : atelier (*l'annonce ou Santé sexuelle*)

Pause de ¼ d'heure

15h45 – 16h30 : restitution des ateliers

16h30 – 17h00 : exposé sur la santé sexuelle

Intervenante presentie : Coraline Delebarre, Psychologue - Sexologue, CeGIDD du CHI André Grégoire, Montreuil

17h00 – 17h30 : Discussion

Actualités scientifiques :

- Epidémiologie du VIH et des IST
- Quelle PREP pour qui ?
- PREP et IST
- Actualités diagnostiques des IST
- Actualités thérapeutique des IST

Epidémiologie du VIH/ des IST

Dr N. NICOLAY

Les infections sexuellement transmissibles en Normandie

Données Santé Publique France

Nathalie NICOLY, médecin épidémiologiste

CIRE NORMANDIE

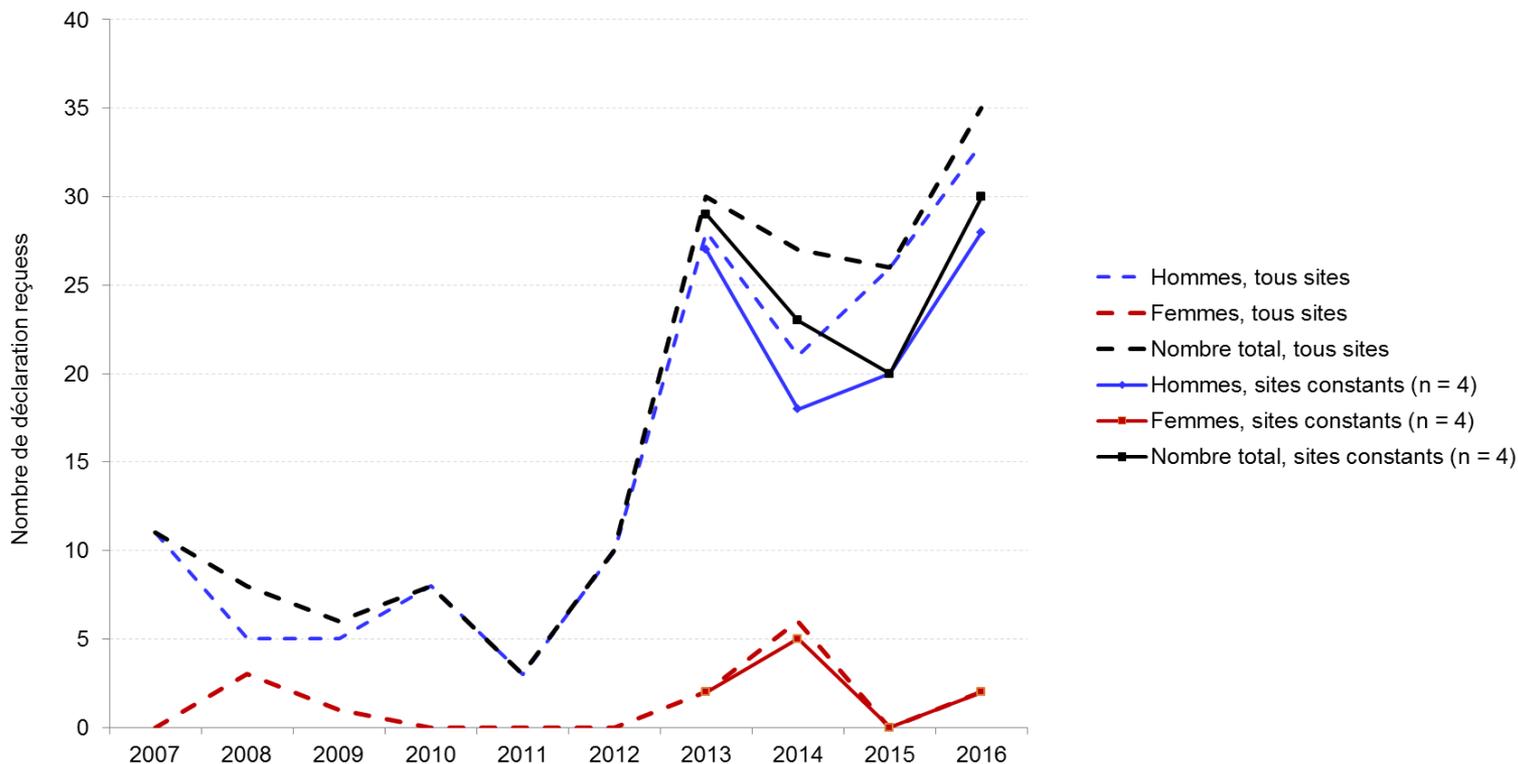
20 Septembre 2018

PARTIE 1

LA SURVEILLANCE DES CAS DE SYPHILIS PRÉCOCE, DE GONOCOCCIE ET DE *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

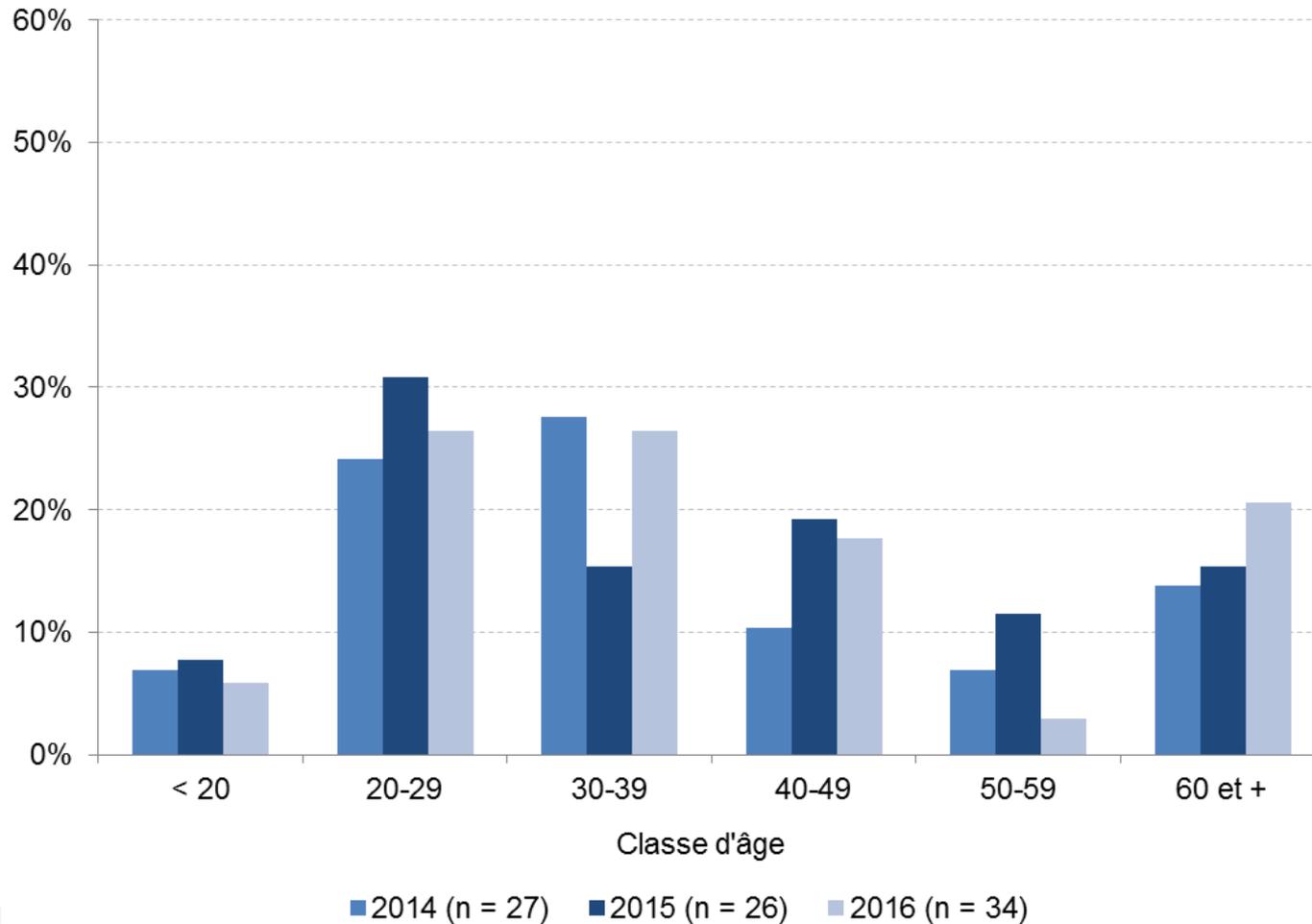
NORMANDIE

Evolution du nombre de cas de syphilis récente, RésIST, Normandie, 2007/16

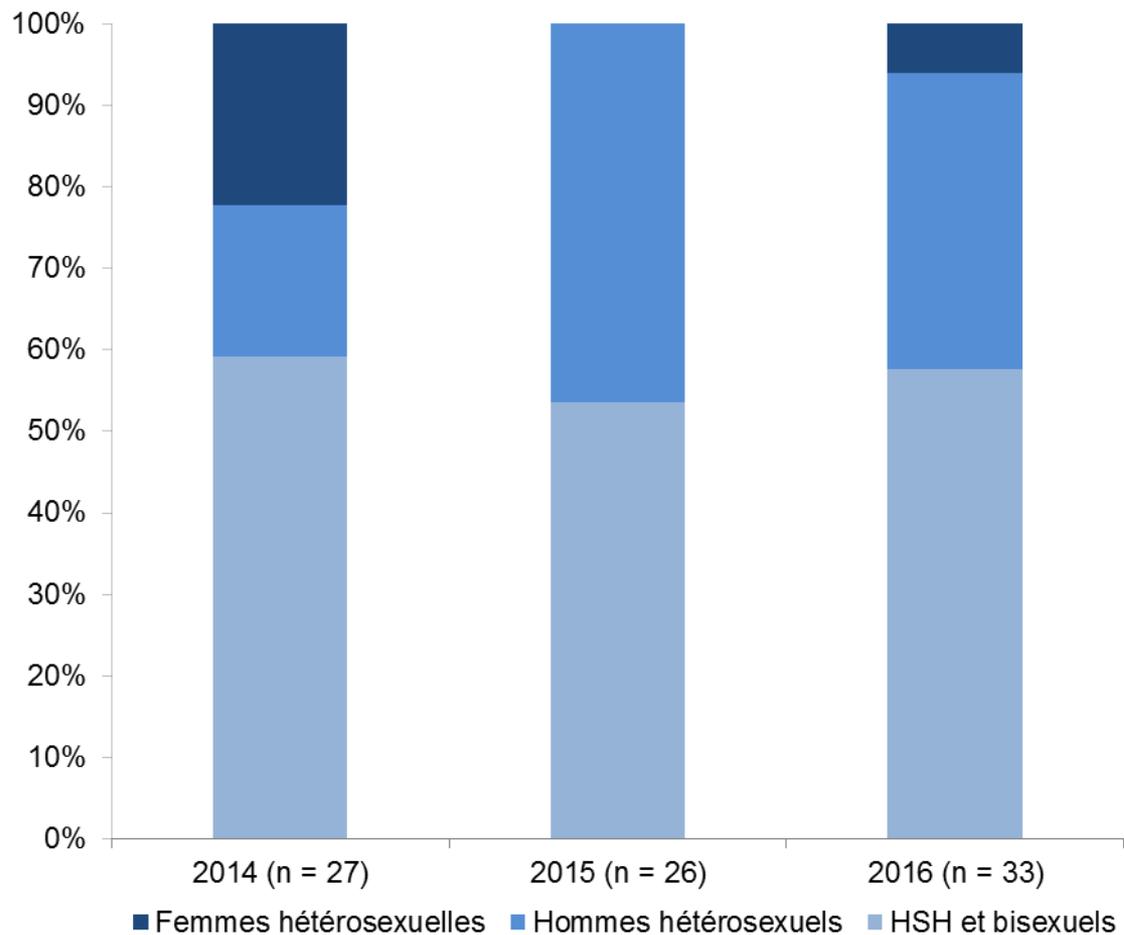


Données épidémiologiques IST / VIH-sida

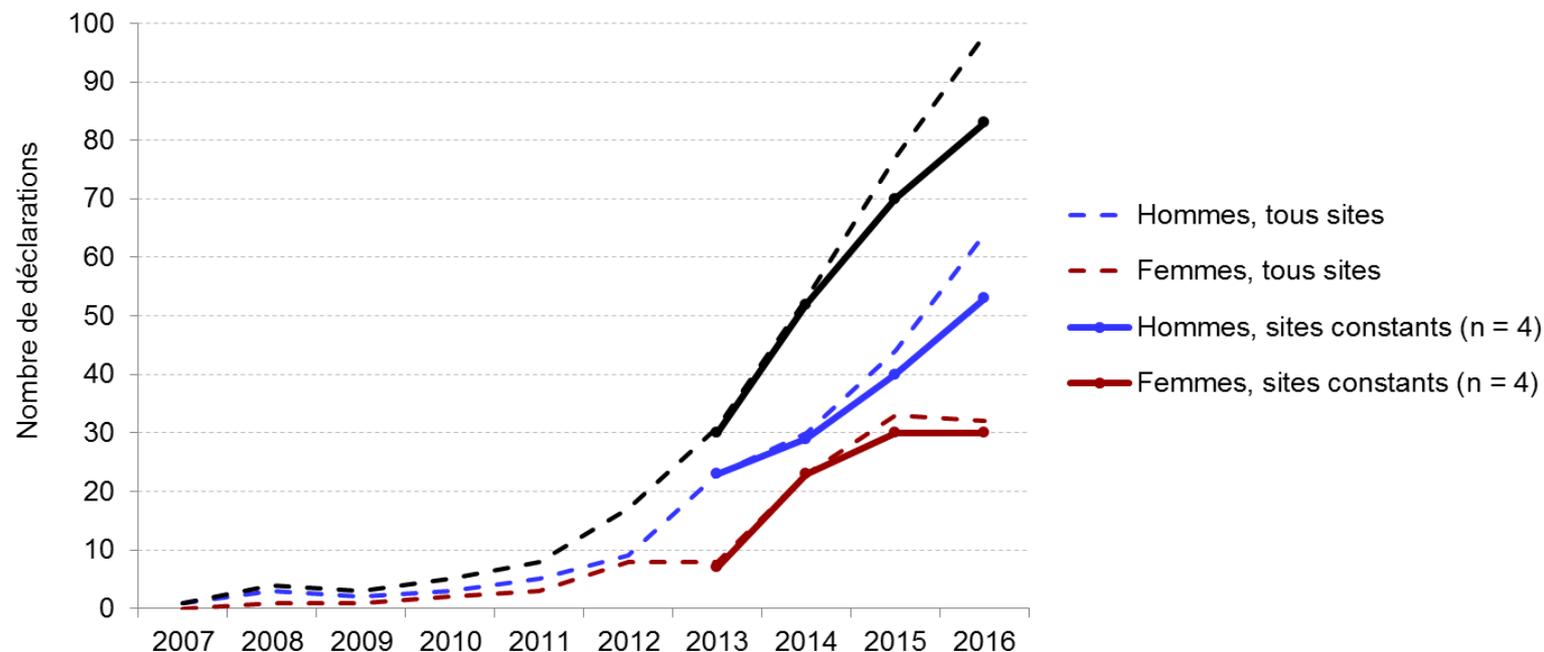
Distribution des cas de syphilis récente selon l'âge, RésIST, Normandie, 2014/16



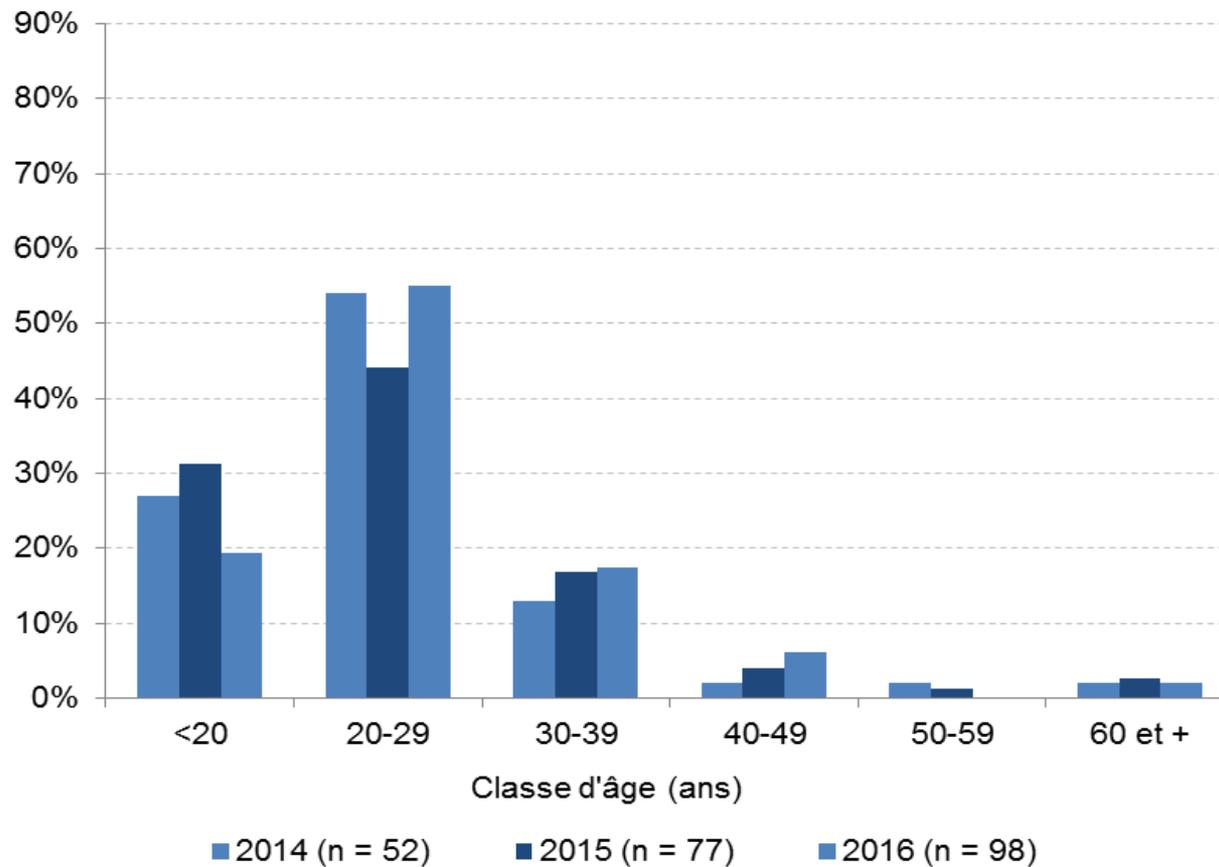
Distribution des cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, RésIST, Normandie, 2014/16



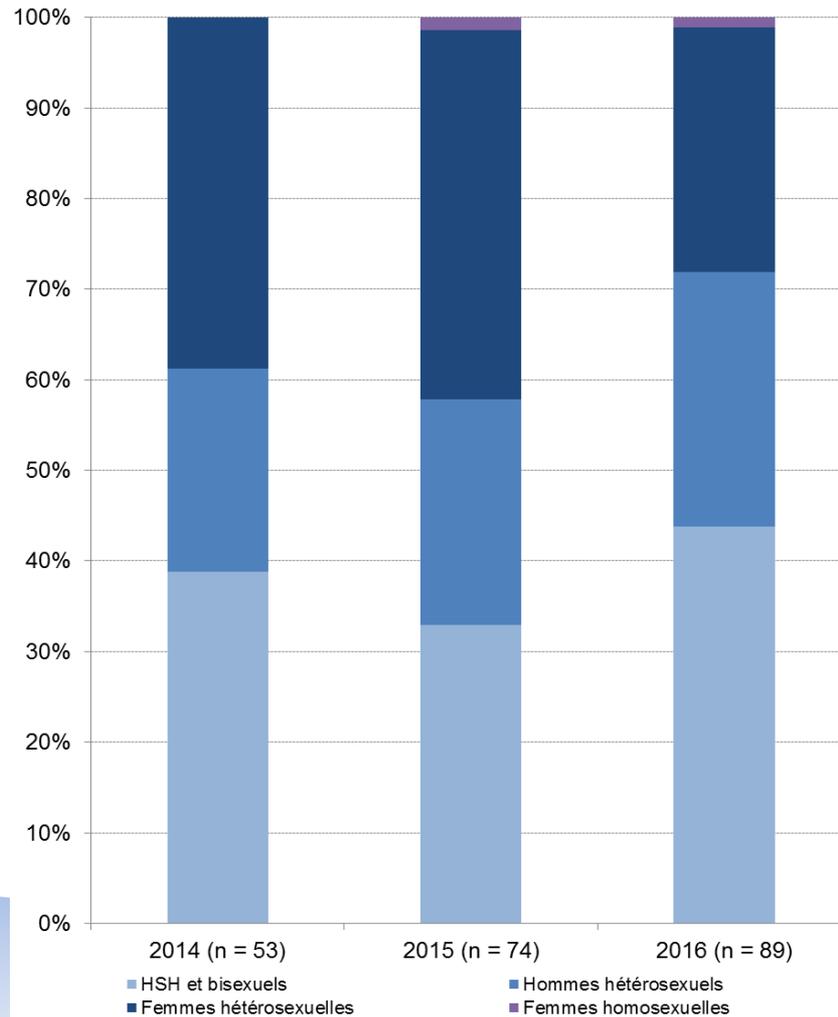
Evolution du nombre de cas de gonococcie, RésIST, Normandie, 2007/16



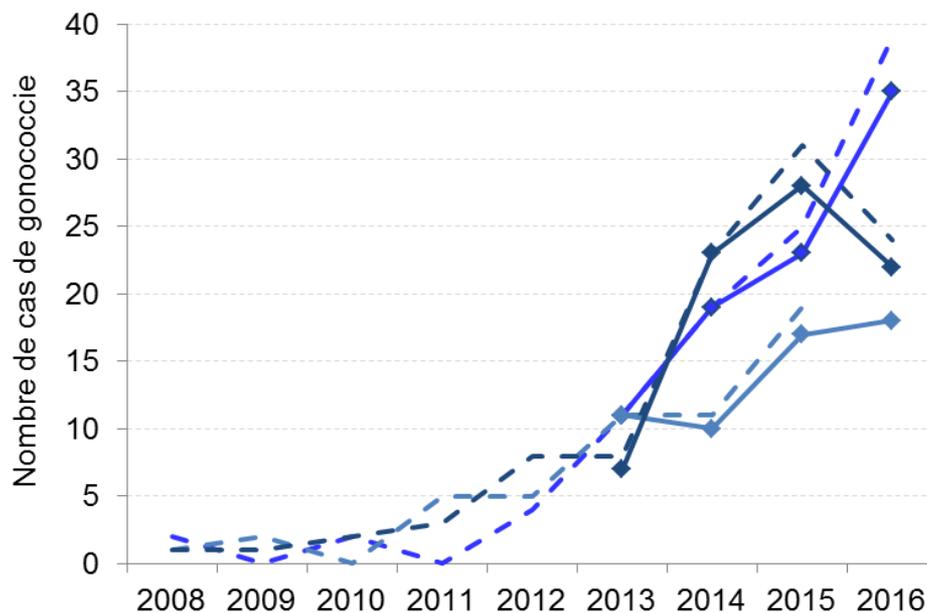
Distribution des cas de gonococcie selon leur âge, RésIST, Normandie, 2014/16



Distribution des cas de gonococcie selon leur orientation sexuelle, RésIST, Normandie, 2014/16

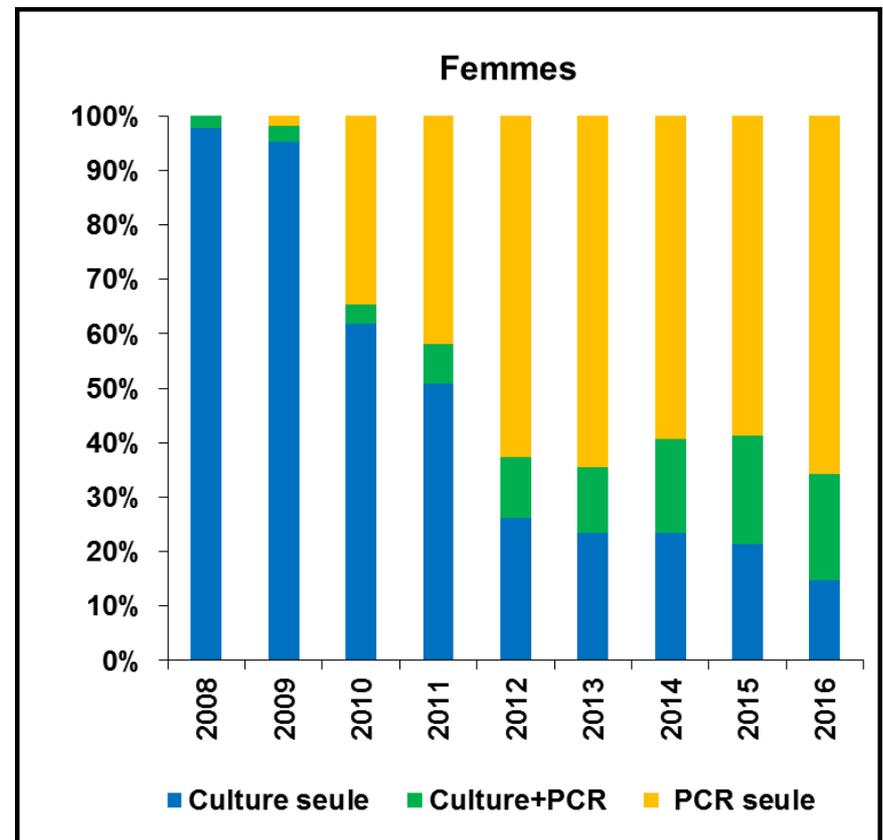
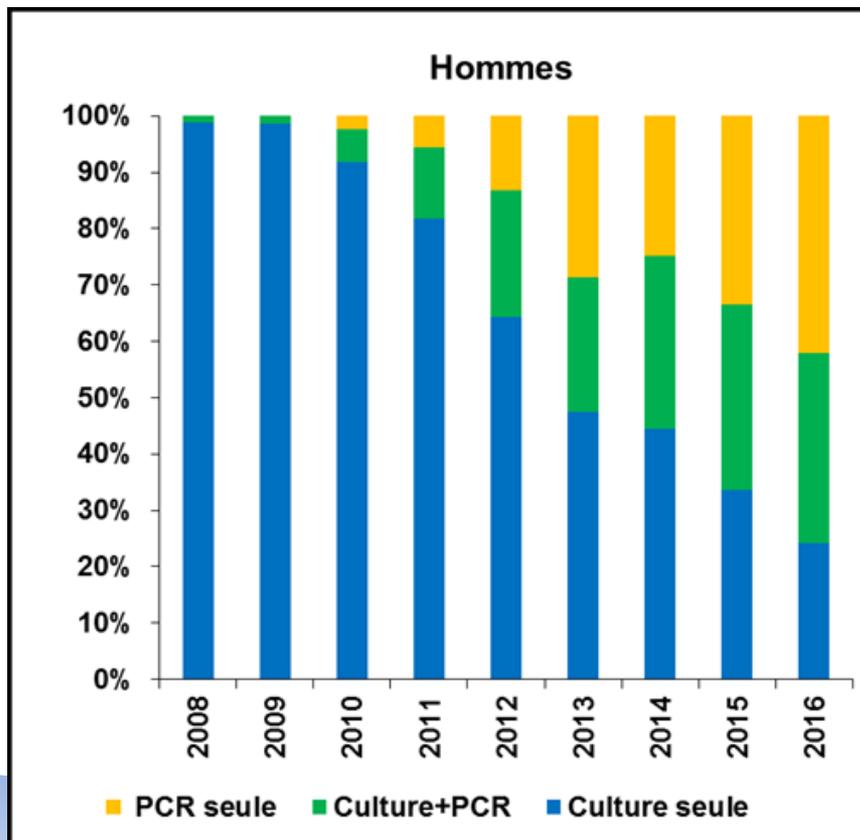


Evolution du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle, RésIST, Normandie, 2008/15



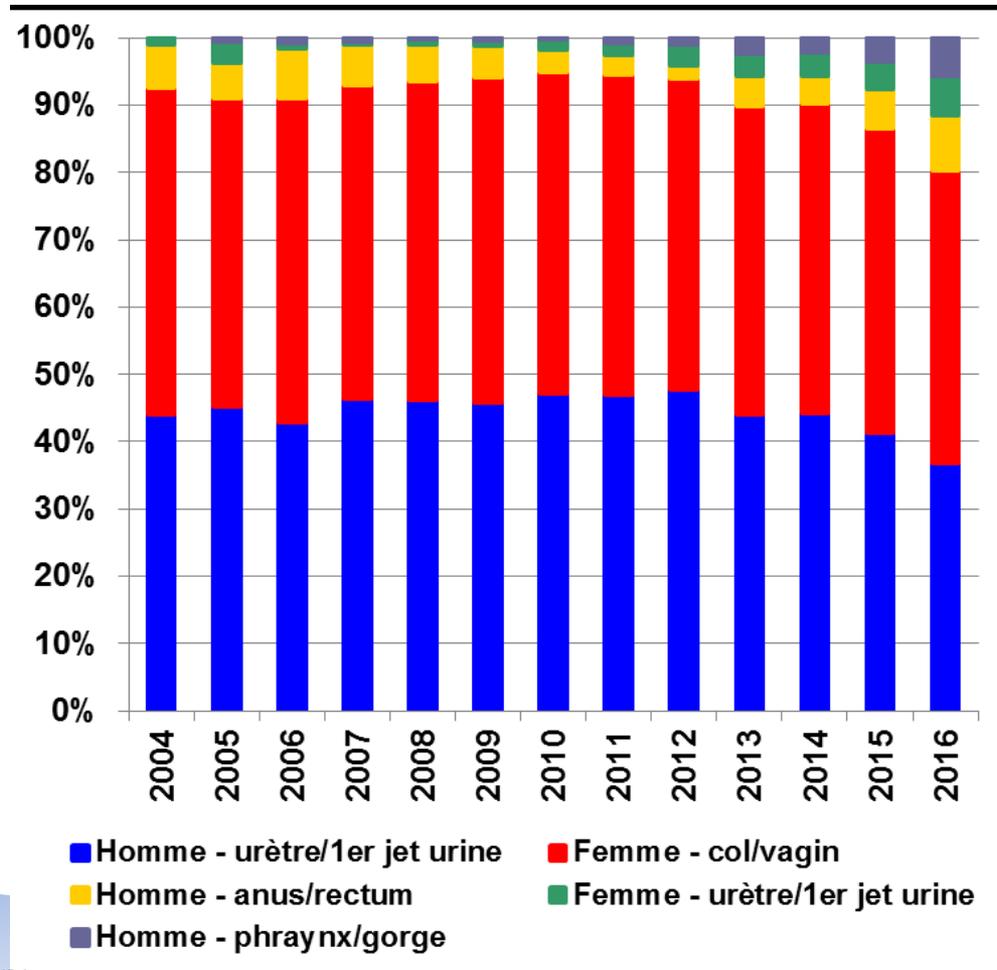
- - Hommes homo-bisexuels, nombre total
- - Hommes hétérosexuels, nombre total
- - Femmes hétérosexuelles, nombre total
- ◆ Hommes homo-bisexuels, sites constants (n = 4)
- ◆ Hommes hétérosexuels, sites constants (n = 4)
- ◆ Femmes hétérosexuelles, sites constants (n = 4)

Évolution de la distribution des cas de gonococcies selon la technique utilisée réseau Rénago, France, 2008-2016

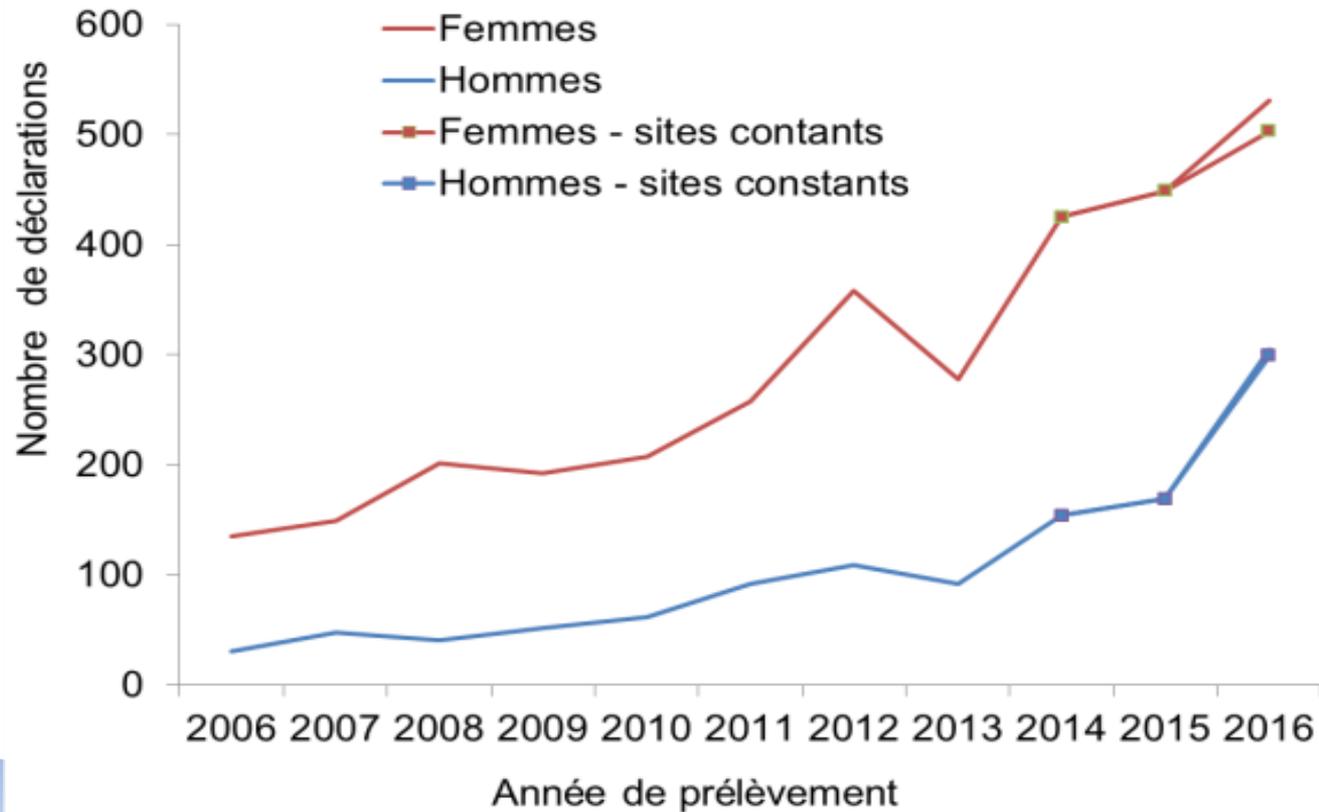


Sites de prélèvements positifs à gonocoque

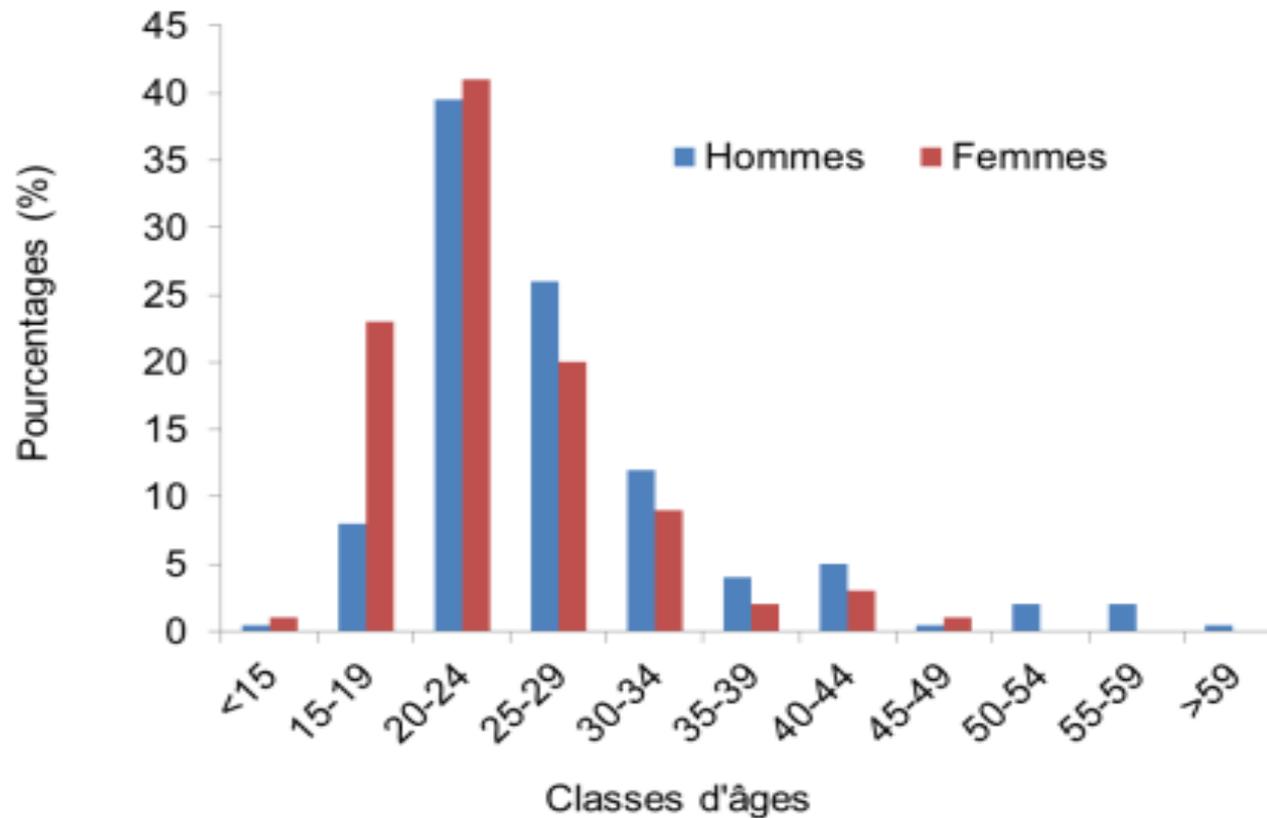
Tendance nationale



Evolution du nombre de cas de Chlamydia trachomatis, Rénachla, Normandie, 2006/16

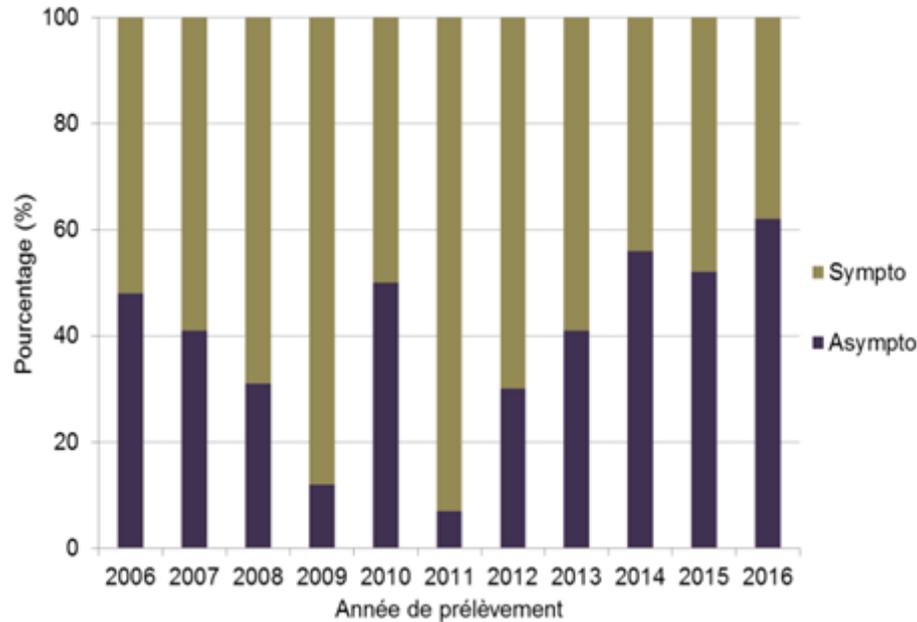


Distribution des cas de Chlamydia trachomatis par âge (2016)

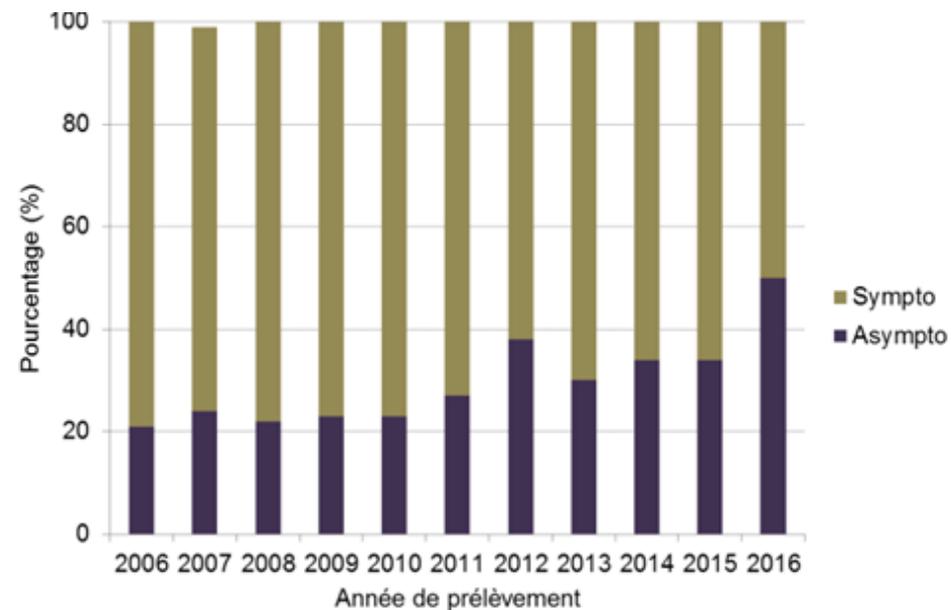


Distribution des cas de Chlamydia trachomatis selon la présence ou non de symptômes, Renachla, Normandie, 2006/16

Hommes

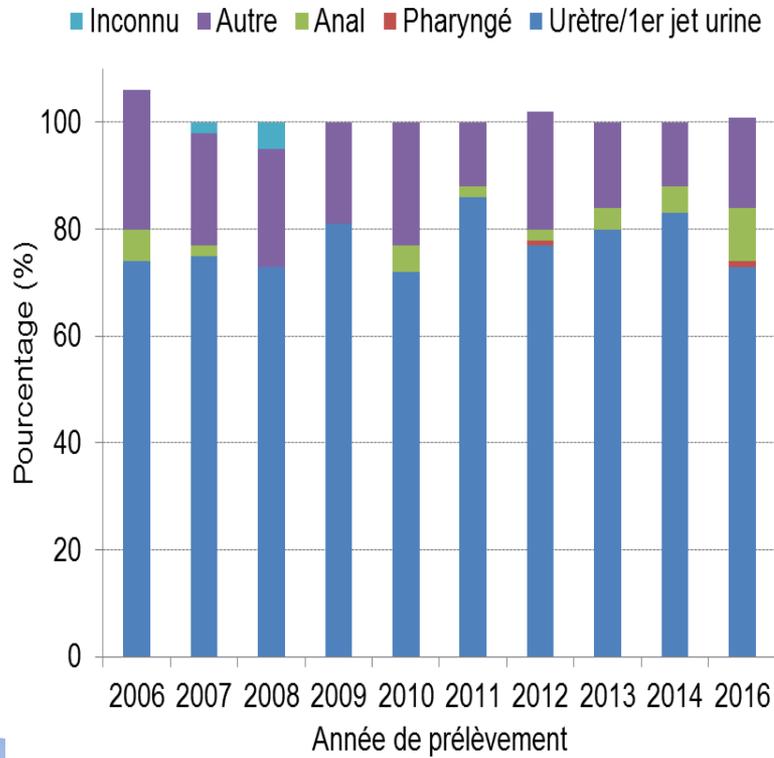


Femmes

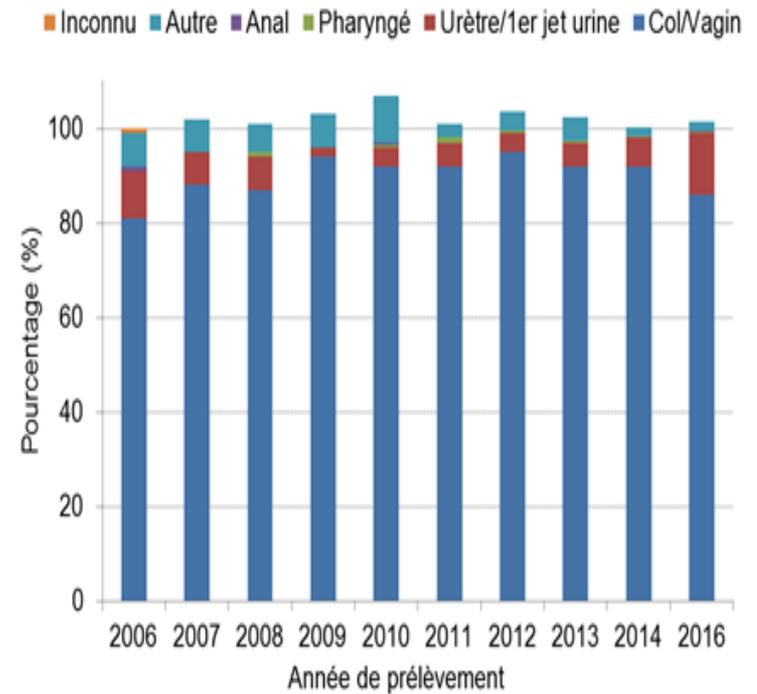


Distribution des sites de prélèvements positifs à Chlamydia trachomatis, Renachla, Normandie, 2006/16

Hommes



Femmes



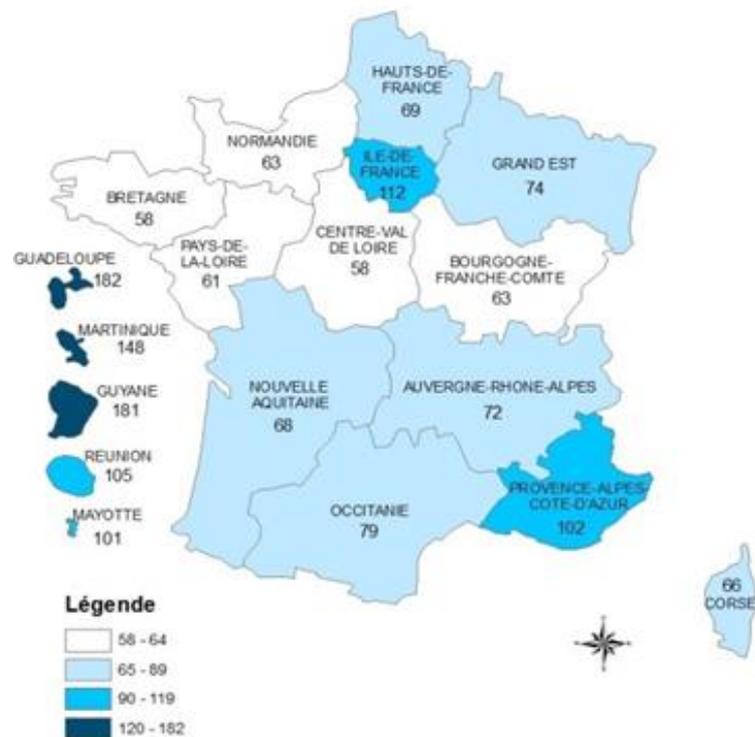
PARTIE 2

DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH ET DU SIDA

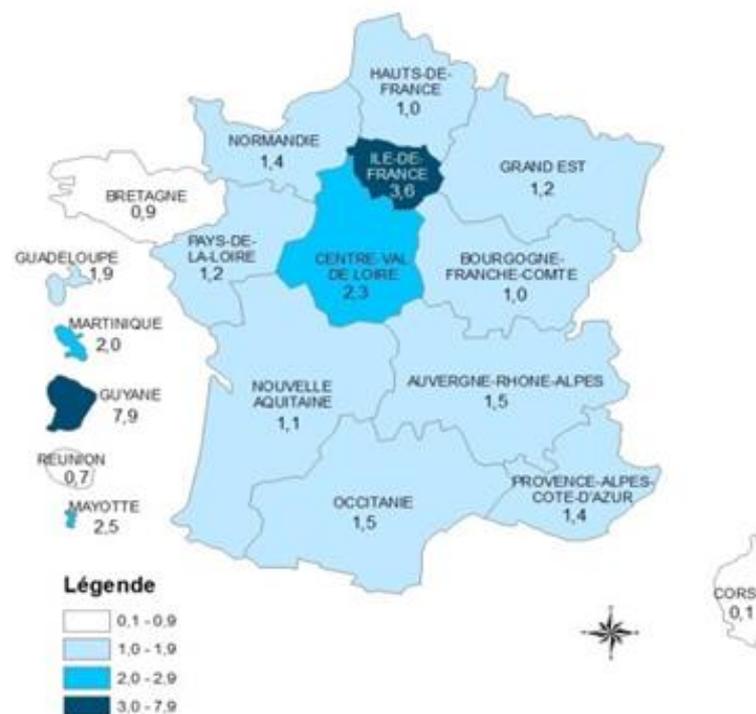
Données labovih

Activité de dépistage, 2016

Nombre de sérologies VIH réalisées pour 1 000 habitants, par région, 2016.



Nombre de sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies réalisées, par région, 2016



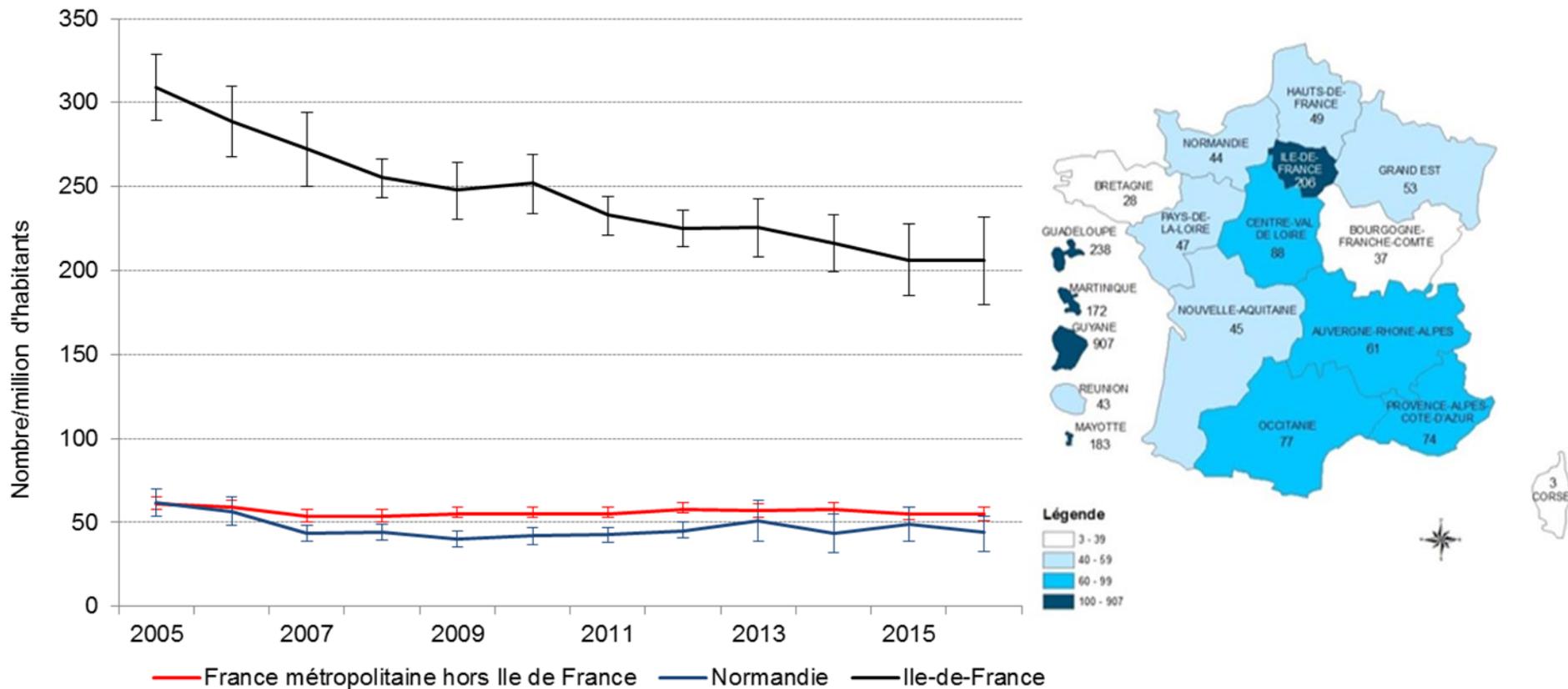
Source : Santé publique France, données LaboVIH au 30/06/2017

PARTIE 3

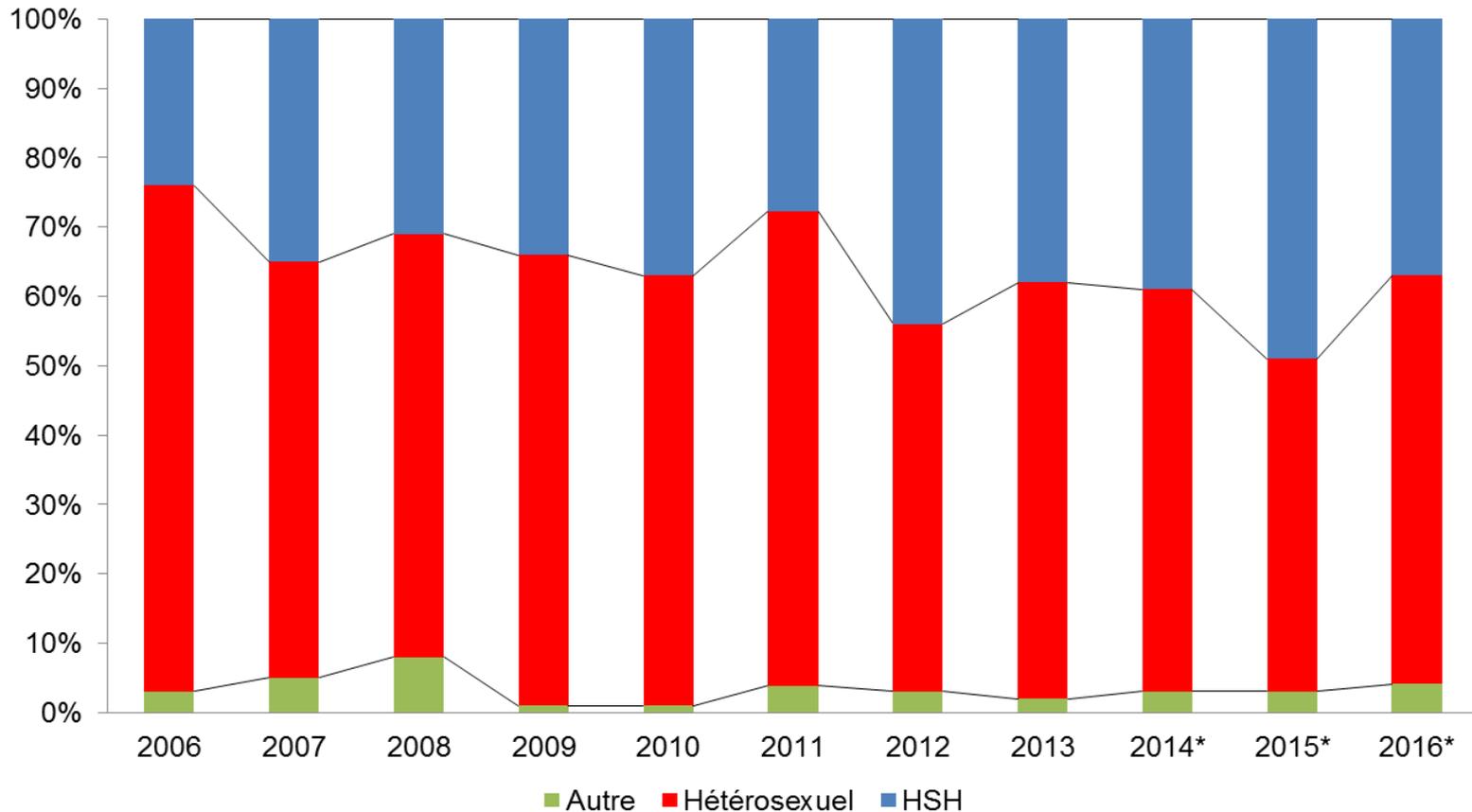
EPIDÉMIOLOGIE DE L'INFECTION À VIH ET DU SIDA

Données de déclaration obligatoire

Evolution du nombre de découvertes d'infection à VIH par million d'habitants, 2006/16



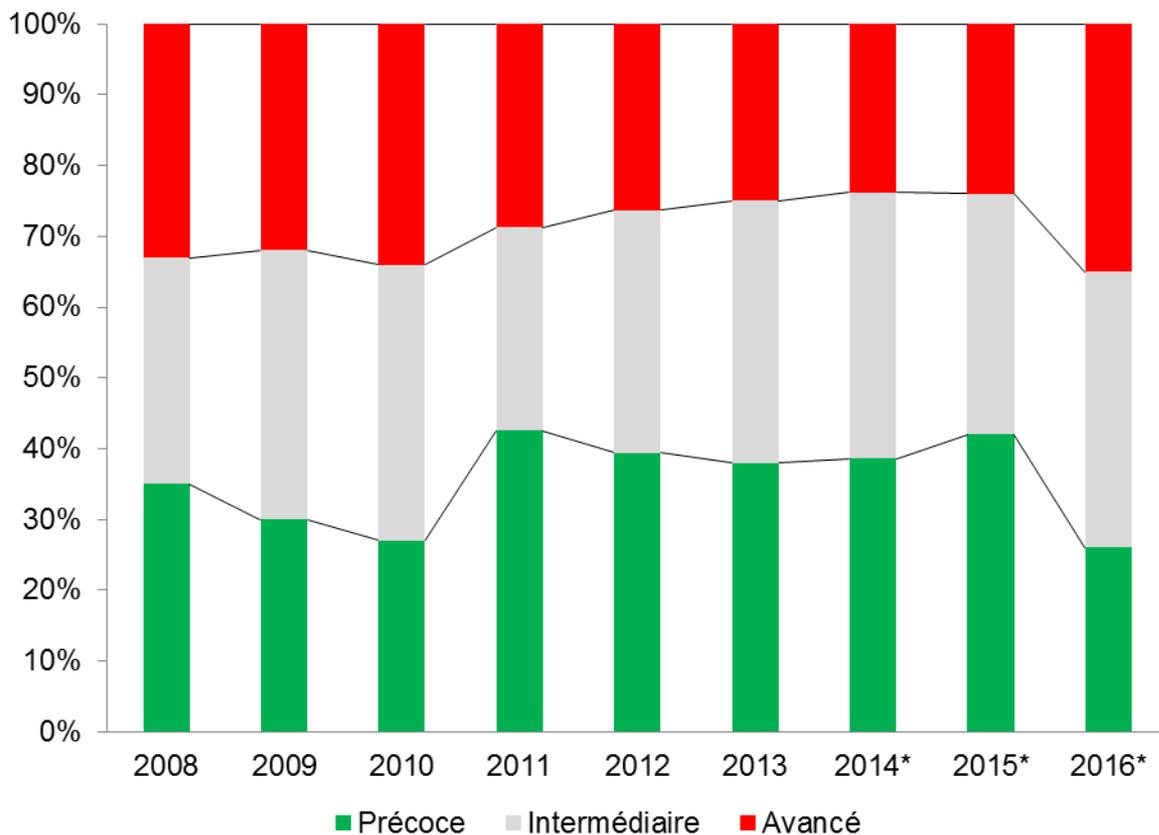
Distribution des modes de contamination entre 2005 et 2016, Normandie



source : Santé publique France, données DO-VIH brutes au 30/06/2017, données 2014-2016 provisoires

Données épidémiologiques IST / VIH-sida

Distribution des diagnostics précoces, intermédiaires et avancés entre 2008 et 2016, Normandie



Source : Santé publique France, données DO-VIH brutes au 30/06/2017, données 2014-2016 provisoires

Données épidémiologiques IST / VIH-sida

Limites et pistes de travail

- Pas de diagnostic infra-territorial précis
- Place des indicateurs de déprivation sociale ?
 - afin de mieux cibler les campagnes de dépistage et de prévention
 - évaluation de l'impact des campagnes de prévention sur l'épidémiologie locale
- Etudes d'intervention à faire sur IST / VIH ?
- Quid de la prep ? Quelles données en région Normandie ?

Quelle PREP VIH ?

Pour QUI ?

Pr M. ETIENNE

Qui sait ce qu'est la PREP ?

La PREP est un concept qui n'a pas encore démontré son efficacité ?

La PREP est utile et efficace uniquement ou essentiellement chez les HSH ?

La PREP c'est 1 cp/j qui permet d'éviter d'attraper le VIH ?

Qui pense manquer d'informations/formation pour expliquer, recommander, ou prescrire la PREP ?

Qui sait ce qu'est la PREP ?

~~La PREP est un concept qui n'a pas encore démontré son efficacité ?~~

~~La PREP est utile et efficace uniquement ou essentiellement chez les HSH ?~~

~~La PREP c'est 1 cp/j qui permet d'éviter d'attraper le VIH ?~~

Qui pense manquer d'informations/formation pour expliquer, recommander, ou prescrire la PREP ?



Rappels :

- **PREP = Pre-Exposure Prophylaxis**
- **Principe** : traitement antirétroviral (anti-VIH) pris avant et après une exposition à un risque viral
- **Un des outils de prévention du VIH** qui peut être utilisé par les personnes séronégatives pour prévenir une infection au VIH
- Depuis quand ?

2006 !

Quelle PREP-VIH ? Pour qui ?

Des preuves scientifiques d'efficacité ?

39 articles, dont 18 études originales

15 essais randomisés contrôlés :

counseling+ préservatif +/- TPE... (= les outils d'avant la PREP)

COMPARE A :

counseling + préservatif +/- TPE + PREP

Molécules : mono ou bithérapie (Truvada)

Continue (1/j) le plus souvent, rarement discontinuée

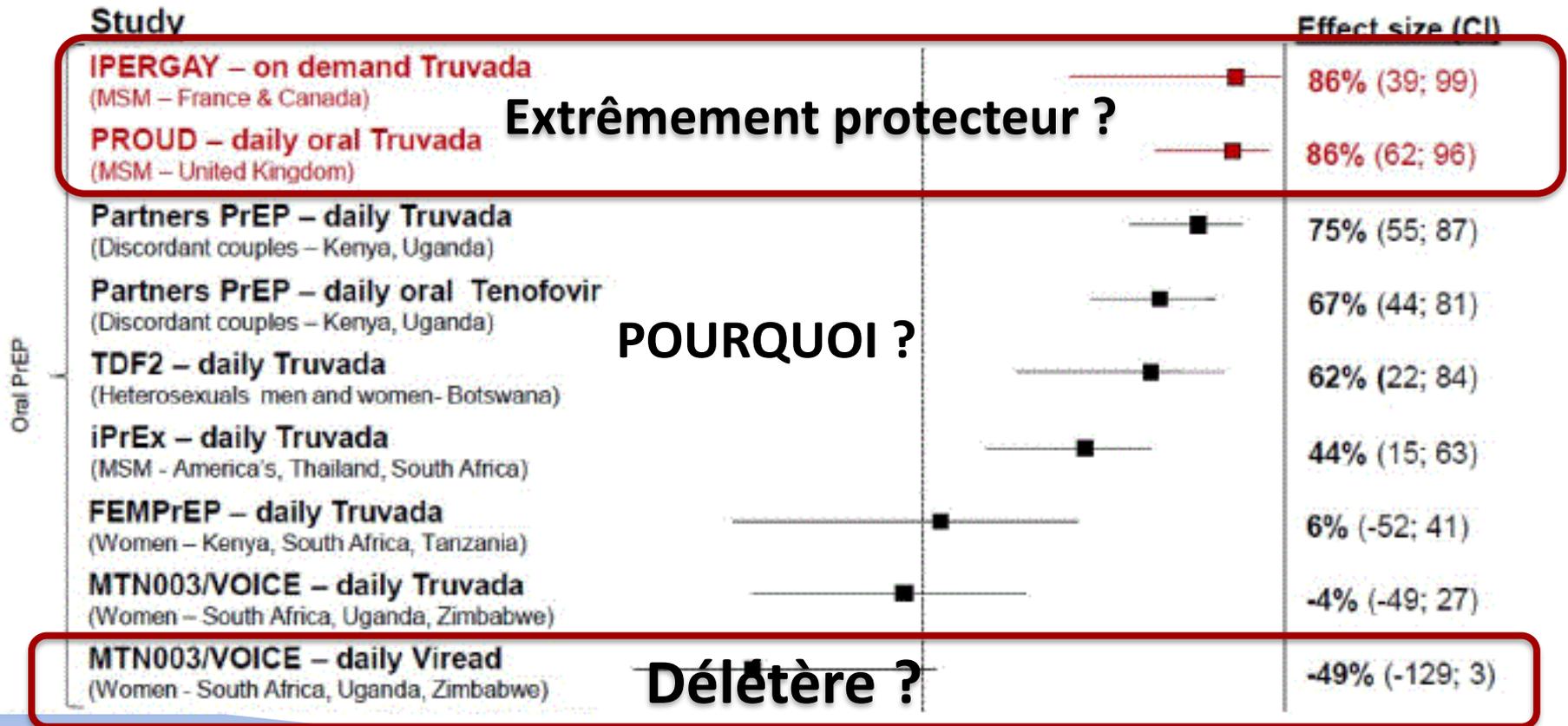
Population des études : toujours à haut risque, HSH ++++

(méthodologie : + de contaminations = effet plus aisé à mettre en évidence)

Variables : pays, systèmes de santé, accès au TPE, précarité...

Quelle PREP-VIH, pour qui ?

Quelle efficacité ?



Quelle PREP-VIH, pour qui ?

Pourquoi une telle différence entre ces études ?

- OBSERVANCE, LE facteur majeur d'efficacité

Si l'on ne prend en compte les résultats que des personnes qui ont pris la PREP plus de 4j/7, l'efficacité est de 99% !

- chaque fois que séroconversion investiguée : défaut de prise
- déterminants de l'observance multiples et complexes :
 - coût
 - confidentialité
 - lassitude
 - tolérance
 - psychologique
 - précarité
 - motivation...

Quelle PREP-VIH, pour qui ?

HSH et hommes transgenre :

PROUD : 500 HSH et transgenres, VIH-, rapports anaux non protégés, truvada 1/j

→ prévention sans PREP 12 mois, puis avec PREP 12 mois

→ 19 contaminations période sans PREP

→ 2 contaminations pendant période PREP

→ efficacité 86%

IPIRGAY : HSH, VIH-, rapports anaux non protégés, truvada discontinu selon risques

→ prévention + placebo OU prévention +PREP

→ d'abord « en aveugle » puis « essai ouvert »

→ suivi 11 puis 18 mois,

→ 1 contamination groupe PREP (arrêtée par le patient 2 semaines

avant)

→ efficacité 97%

Quelle PREP-VIH, pour qui ?

HSH et hommes transgenre :

1 contamination évitée tous les 17 patients traités

Réduction de 30% de l'infection par le VIH en 5 ans dans la communauté HSH à San FRANCISCO, de 45% dans un centre de santé sexuelle à Londres

Hors contexte d'étude interventionnelle :

PREVENIR, Ile de France (mai 2017-mai 2018) :

1435 personnes à fort risque, suivis 1 à 12 mois : 0 contamination

Quelle PREP-VIH, pour qui ?

Femmes transgenre :

- 399/2499 dans étude iPrEx,
 - 10 contaminations dans le groupe sans PREP
 - 11 contaminations dans le groupe PREP
 - MAIS : observance < 3 prises par semaine
-
- Suivi « ouvert » : 79% choisissent la PREP
 - 1 contamination (prise PREP < 2/semaine)

Quelle PREP-VIH, pour qui ?

Hétérosexuel(le)s :

6 études, toutes en prise continue

Partners PrEP 4747 couples (Afr sub-saharienne) séro-discordants, prise continue

Efficacité 75%

Autres études ne démontrant pas de bénéfice de la PREP, mais avec observance < 30%

Usagers de drogue Intra-veineuse :

1 étude contre placebo, 2413 UDIV, Thaïlande, -49% de contaminations groupe PREP

79% chez les femmes, vs 38% chez les hommes

NB : pas de stéribox fourni dans le protocole

Quelle PREP-VIH, pour qui ?

« Minorités ethniques » :

iPrEx : hispaniques vs non hispaniques = efficacité similaire

Expériences :

CeGIDD Montreuil : quelques migrants sous PREP

Questionnaire en ligne (SFLS) :

Obstacles : méconnaissance, difficultés de suivi, ne se sentent pas concernés, accès aux droits, public difficile à toucher, barrière de la langue, parcours HSH inadapté...

- PB : accès à l'info, à la délivrance, et à l'observance...
 - ➔ former PASS ? Partenariats PASS CeGIDD ++
 - ➔ Aller vers....++

Quelle PREP-VIH, pour qui ?

Etudes menées principalement chez les HSH, MAIS PAS UNIQUEMENT

Aucun rationnel pour une inefficacité de la PREP dans d'autres groupes à haut risque

(femmes... en prise continue)

Depuis les 1^{ères} études (et la période en France de RTU), sont concernés :

Adultes (quoique ?), VIH-, à haut risque d'infection par le VIH :

- HSH ou Transgenres avec rapports sexuels à risques, IST ou TPE répétés, chemsex

- Travailleurs du sexe exposés à des rapports sans préservatifs

- Personnes vulnérables exposées à des personnes appartenant à un groupe à haut risque (région à forte prévalence...)

- Toute autre situation à risque élevé d'infection

Quelle PREP-VIH, pour qui ?

Un outil supplémentaire très efficace au sein d'une stratégie de prévention combinée

A connaître et faire connaître au même titre que les autres moyens de prévention

Protégeant contre le VIH, pas contre les autres IST

Dispensé avec du counseling, et devant faire questionner la demande cachée (sexualité choisie ou subie-addiction, contrainte-...)

Selon des modalités individualisées (continu ou intermittent), ≥ 1 fois par an en centre prescripteur spécialisé, favorisant l'OBSERVANCE

Associé à des dépistages+/-traitements + fréquents du VIH et des autres IST

Potentiellement utile à TOUTE PERSONNE PRESENTANT UN RISQUE ELEVE D'ACQUISITION DU VIH, souhaitant renforcer sa protection contre le VIH ou n'utilisant pas ou peu le préservatif

PREP et IST

**Remerciements au Pr JM MOLINA, pour ses travaux, et dont j'ai
largement emprunté les diapositives ci-après**

PREP et IST

Recrudescence avérée des diagnostics d'IST : oui

Recrudescence des IST chez les PREPeurs ?

Recevoir une PREP favorise la recrudescence des IST ?

ou

Recevoir une PREP favorise le contrôle et la décroissance des IST ?

→ La recrudescence des IST doit inciter à freiner la prescription de PREP ?

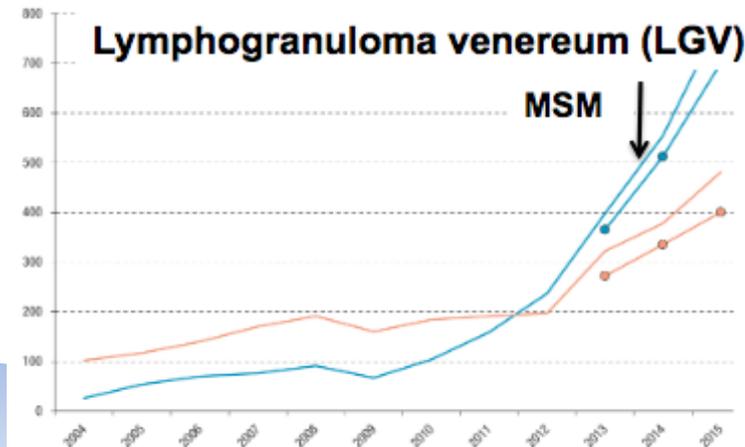
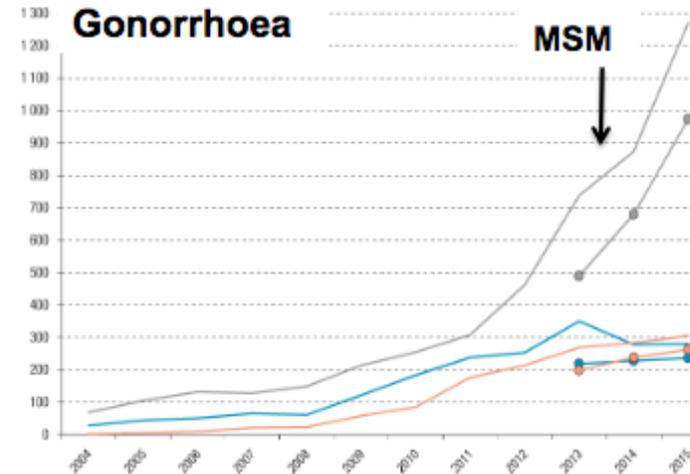
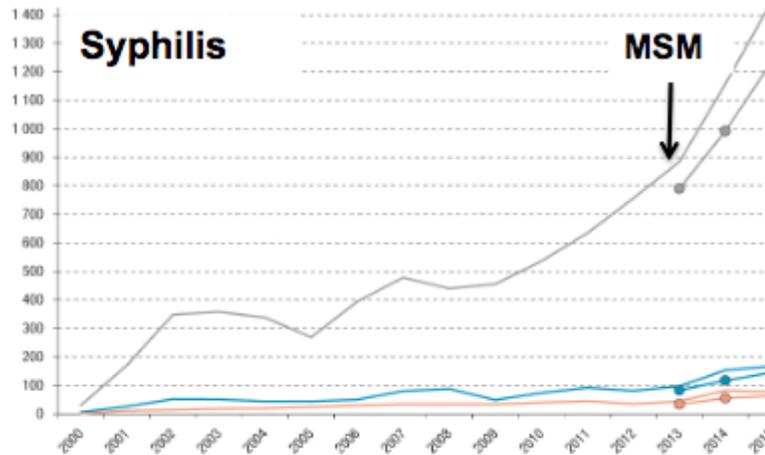
ou

→ La recrudescence des IST doit inciter à développer l'offre de PREP ?

PREP et IST

Recrudescence
des diagnostics d'IST

Reported STIs in France: National Data for Syphilis, Gonorrhoea and LGV

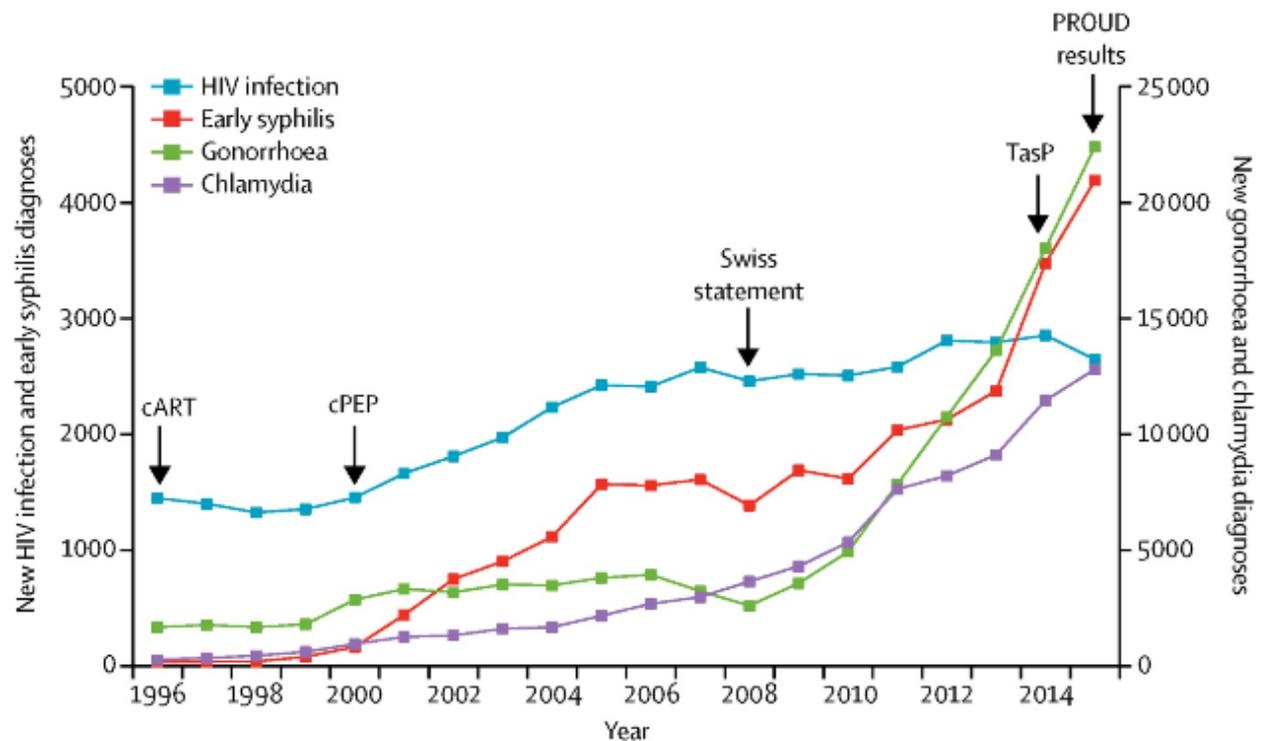


Early syphilis, gonorrhoea and LGV infection increase in France, especially among Men who have Sex with Men (MSM)

PREP et IST

Recrudescence
des diagnostics
d'IST chez les HSH
(*population
majoritaire dans
les essais de
PREP*)

New diagnoses of STIs from 1996 to 2015 in MSM in England

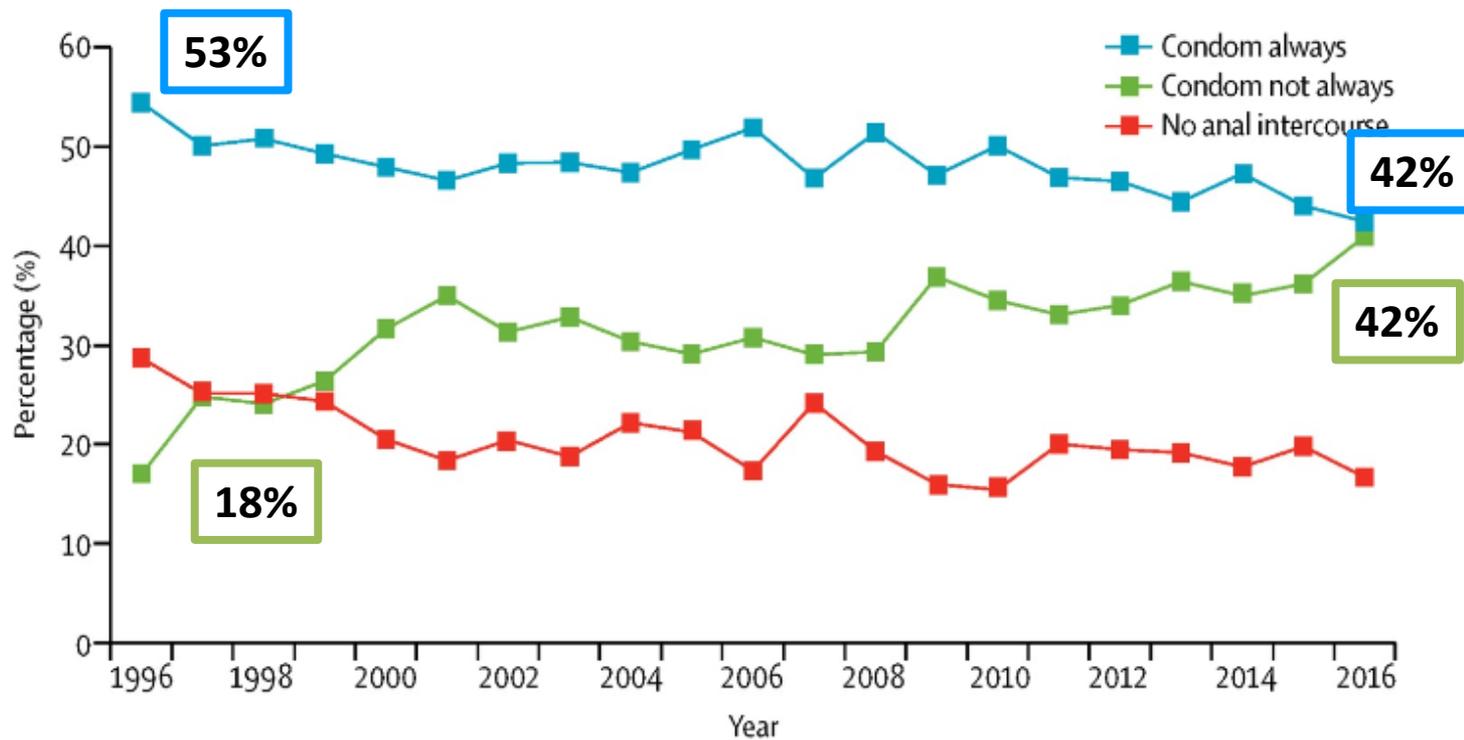


Unemo M et al. Lancet Infect Dis 2017

PREP et IST

Diminution de l'usage du préservatif chez les HSH

Condom use for Anal Sex in MSM in Sydney, 1997-2016



Unemo et al. STIs: challenges ahead. Lancet ID 2017; 17:e235-79

PREP et IST

IST très fréquente et récurrente chez les PREPeurs

Prevalence and Incidence of STIs* in PreP Trials

Study	Prevalence	Incidence
Partners PrEP	7%	5%
CDC TDF2	17.5%	17%
FEM-PrEP	29.9%	21.7%
iPrEX	13%**	33%
IPERGAY	25.5%	49.1%
PROUD	64%***	57% vs 50%

* trichomoniasis, gonorrhoea, syphilis or chlamydial infection **only for syphilis
*** in past 6 months

PREP et IST

MAIS les PREPeurs sont sélectionnés parmi les personnes les plus à risque !



Sexually Transmitted Infections

	Double-Blind Median FU: 9.3 months n=400		Open-Label Median FU: 18.4 months n=362	
	Nb Pt (%)	Nb Cases	Nb Pt (%)	Nb Cases
Chlamydiae	81 (20)	114	122 (34)	158
Gonorrhoeae	88 (22)	123	117 (32)	175
Syphilis	39 (10)	45	68 (19)	77
HCV	5 (1)	5	5 (1)	5
All STIs	147 (37)	287	210 (58)	415

PREP et IST

MAIS les PREPeurs sont sélectionnés parmi les personnes les plus à risque !

Baseline demographics in the PROUD study

Characteristics	Immediate	Deferred
Age, median (IQR)	35 (30 – 43)	35 (29 – 42)
Ethnicity White	80%	82%
Sexuality Gay	96%	94%
Education University	59%	60%
Employment Full-time	70%	73%
PEP in past 12 months	35%	37%
Chemsex²	43%	45%
Number of anal sex partners²	10.5 (5-20)	10 (4-20)
Condomless partners, receptive anal sex²	3 (1-5)	2 (1-5)

² in the last 90 days

Mc Cormack Lancet 2016

PREP et IST

Mais mise sous PREP →

- Dépistage au début du traitement et augmentation de la fréquence de dépistage des IST (+48%)

→ augmentation initiale du nombre de cas rapportés

- 25% des PREPeurs ont 76% des IST

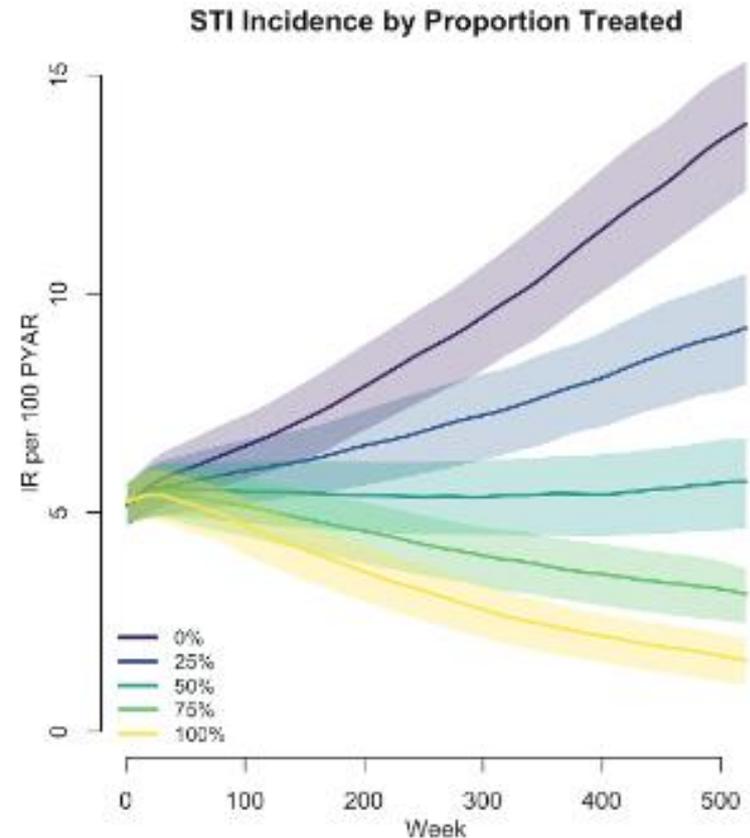
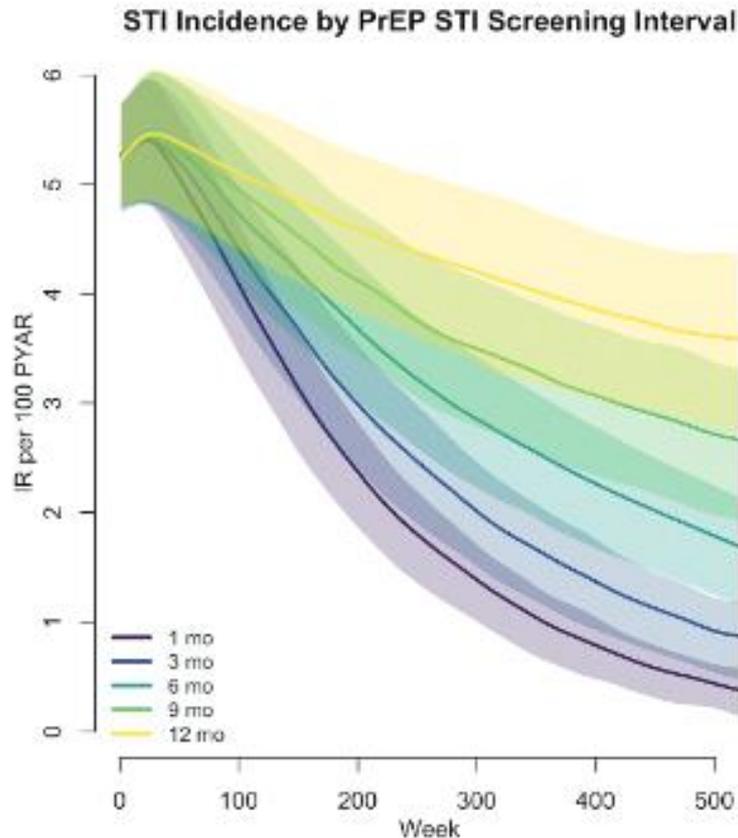
→ un petit nombre de personnes concentrent les IST

- Traitement précoce des IST → réduction de la transmission

PREP et IST

Hausse initiale : dépistages à l'instauration de la PREP

Réduction ensuite, d'autant plus importante que la fréquence des dépistages augmente que le nb de patients traités augmente

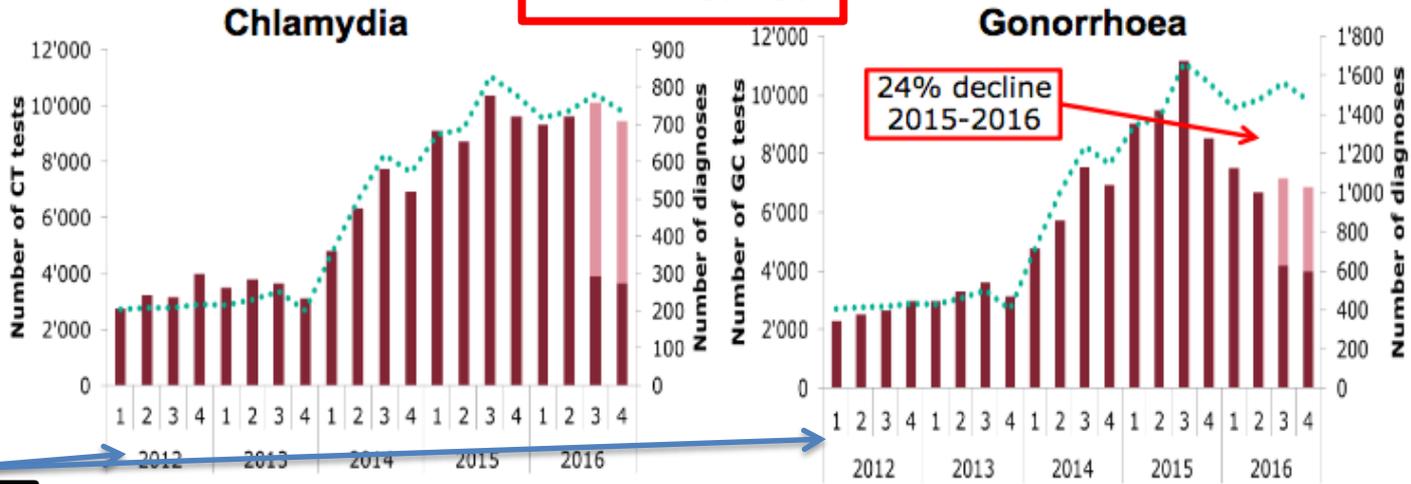


PREP et IST

Lorsque le taux de PREPeurs augmente, le nombre de séroconversion VIH diminue, ET le nombre d'IST diminue

Chlamydia and Gonorrhoea tests and diagnoses in HIV negative MSM

HIV = -45% et



PREP

PHE GUMCADv2 datasets from Dean Street 2012-16 (NHS sexual health clinic)



Protecting and improving the nation's health



Slide courtesy of Sheena McCormack, London, presented at IAS, Paris, 2017

PREP et IST

**Les comportements à risque d'IST pré-existent à la PREP...
c'est d'ailleurs pour cela que la PREP est donnée**

**Bien cibler les indications de PREP, c'est aussi bien cibler les
patients atteints d'IST**

Si la PREP est donnée insuffisamment :

**-le taux de patients très à risque et transmetteurs
dépistés est faible**

-le taux d'IST reste stable

**Si le taux de patients très à risque et transmetteurs sous
PREP est importants, ils sont mieux dépistés et traités, et
l'incidence des IST diminue**

PREP et IST

La PREP est très efficace..si elle est bien prise

Mais

La PREP ce n'est pas SEULEMENT 1cp/j, c'est :

un accompagnement pour aider à l'observance

des dépistages et des traitements des IST accrus et rapprochés

un outil dans un panel de prévention

pour une personne donnée à un moment donné de sa vie

un élément à apporter, dans un environnement de santé sexuelle

PREP-VIH et CeGIDD

Counseling : intégrer la PREP à la prévention combinée

Ajouter la PREP à tout l'environnement de santé sexuelle dispensé par le CeGIDD

Prescrire la PREP

Ou

**Identifier/orienter les personnes éligibles vers un centre PREP
(cartographie à venir sur le site du COREVIH)**

ET

Réaliser les dépistages et traitements + le counseling intercurrents



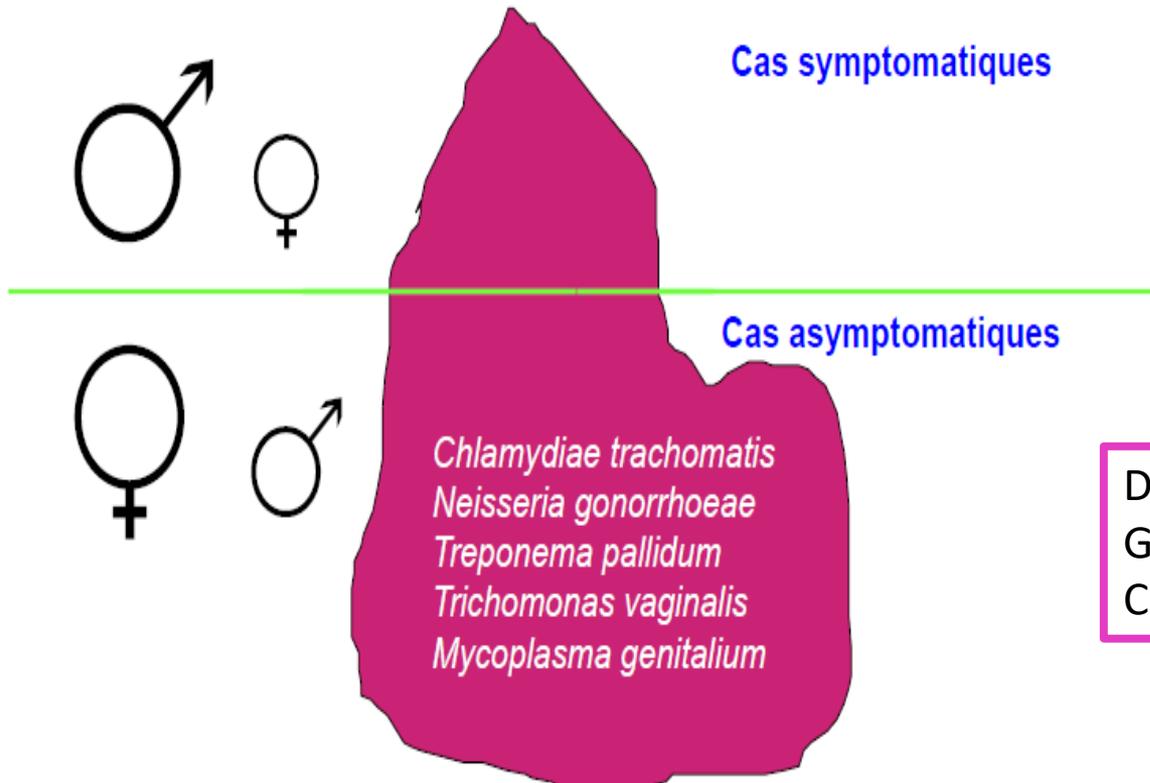
IST,
quels nouveaux outils
diagnostiques ?

Dr Anaïs Lesourd

IST - Méfiez-vous

Infections sexuellement transmissibles

EPP en méd.générale en Seine
Maritime :
nombre de cas IST annuel = 7,7
→ Seulement 0,12 % de la
patientèle



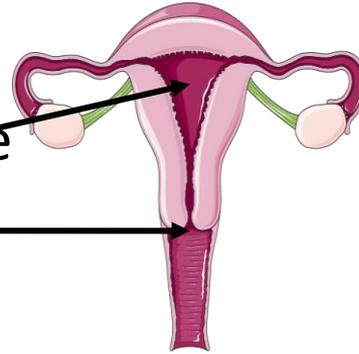
Diagnostics sans signes cliniques
Gonococcies 40 %
Chlamydioses 77 %

Chlamydiae trachomatis / Neisseria gonorrhoeae

- Infection génitale



salpingite
cervicite



urétrite

- Anite / rectite
- Pharyngite

Complications :



Troubles de la vie affective : dyspareunies
Stérilité tubaire, algies pelviennes
Atteintes extra-génitales : i.e; Arthrites réactionnelles

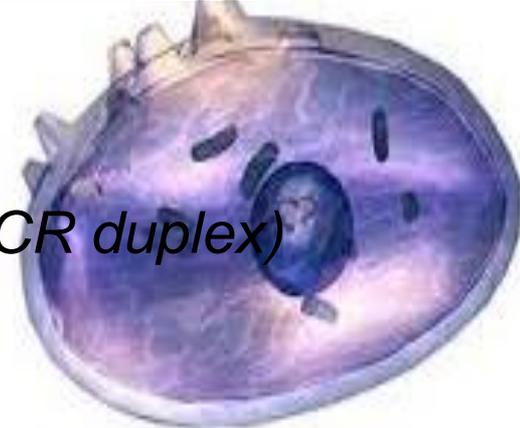
1/ *C. trachomatis*

- Culture cellulaire fastidieuse, peu sensible (bactérie intracellulaire)
- Sérologie qui doit être réservée aux infections complexes extra-génitales.

EPP en méd.générale en Seine Maritime :
20,3% des médecins généralistes demandent
encore cette examen

Détection d'ADN bactérien par technique d'amplification acide nucléique (TAAN)

- Diagnostic direct
- Double test *C. trachomatis* - *N. gonorrhoeae* (PCR duplex)
- Seul test remboursé en France



2/ N...rheae



Examen de

Rapide

Sensible pour les ure

Peu S pour les PV

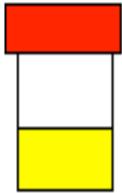
AN

Très sensible et spécifique,

Asymptomatiques, anal, oral

Duplex CT/NG

- **Echantillons non invasifs++ pour TAAN**



Home sampling

Urines 1er jet (hommes) Auto-prélèvement vaginal (femmes)

- **Echantillons urogénitaux et autres**

- ✓ **Ecouvillons cervical, urétral, anal et pharyngé**

- ✓ **Milieux de transport**



Flocked swab

Recommandations 2017

Recommandé en systématique chez :

« Toutes les femmes âgées de moins de 25 ans et tous les hommes âgés de moins de 30 ans »

> Renouvellement à chaque changement de partenaire

> Renouvellement 1x/an en cas de partenaire multiple

Recommandations 2017

Et population à risque d'IST :

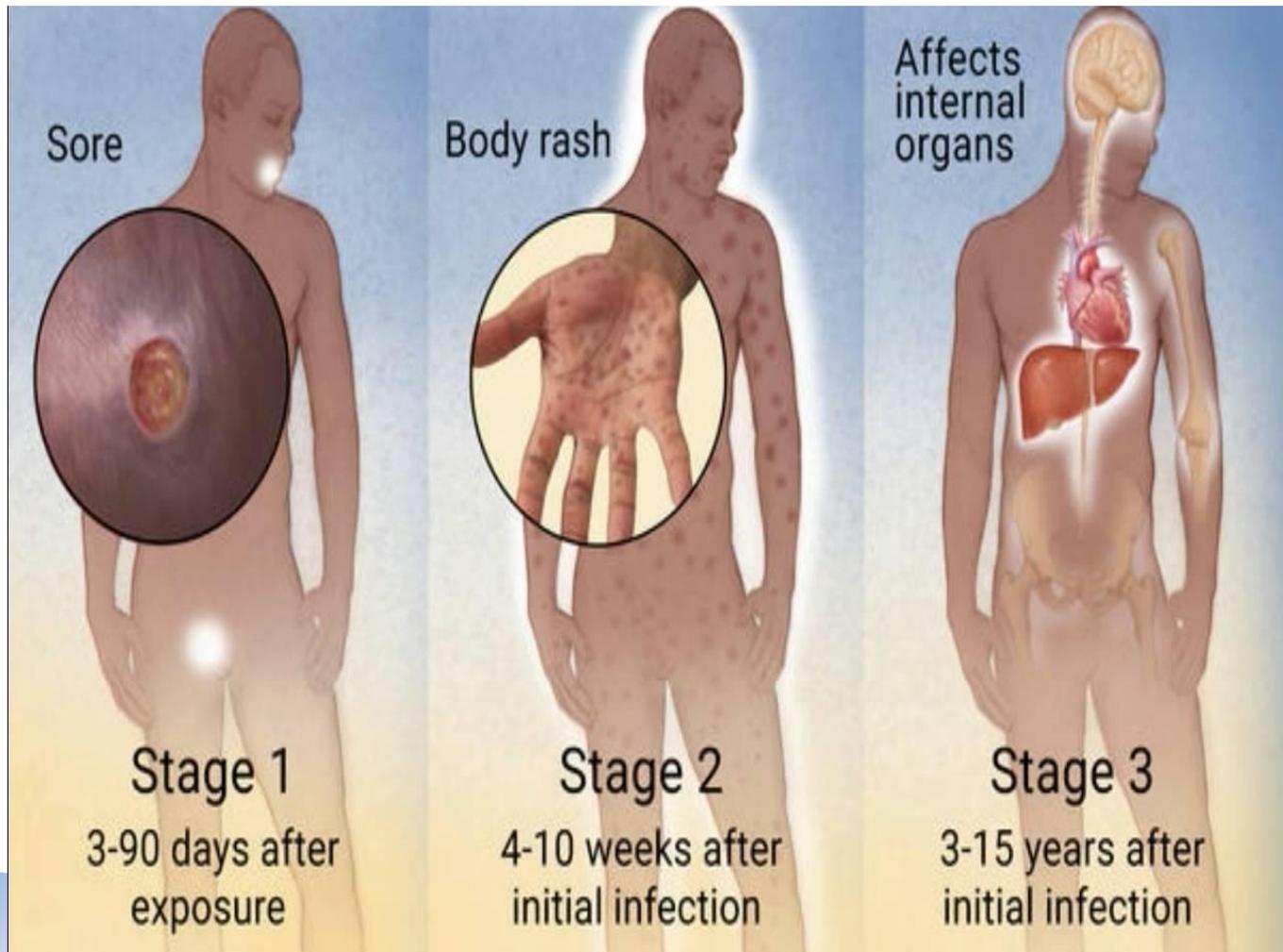
- Travailleurs/ses du sexe
- Transgenres et HSH à risque élevé
 - > prélèvement 3 sites tous les 3 mois
- Autre personnes : Prisonniers, Victimes de viol, PVVIH, Antécédents d'IST...

Intérêt du dépistage multi-site

- CeGIDD Parisien en 2016-2017
- Evaluation de l'apport de prélèvement multi-sites (anal, oropharyngé et urinaire) vs prélèvement urinaire seul dans le dépistage d'une IST
- 396 HSH
- Diagnostiques positifs **x 4**
- Prévalence des IST à gonocoque
 - prélèvement urinaire seul : 3 %
 - prélèvement multi-site : 11 % n = 44/396
- Prévalence des IST à chlamydia
 - prélèvement urinaire seul : 2 %
 - prélèvement multi-site : 9 % n = 36/396

Pour les trois-quarts des infections à chlamydiae ou à gonocoque diagnostiquées, le prélèvement urinaire était négatif.

Syphilis

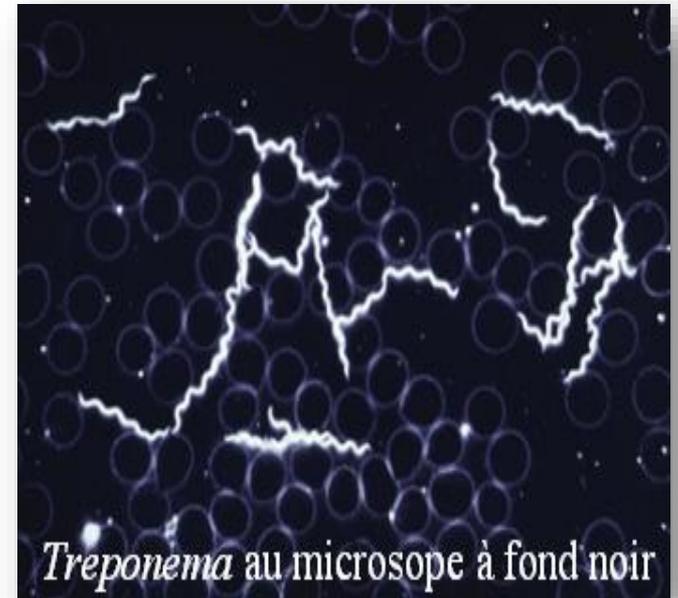


Syphilis – infection à *Treponema pallidum*

Examen direct sur microscope à fond noir

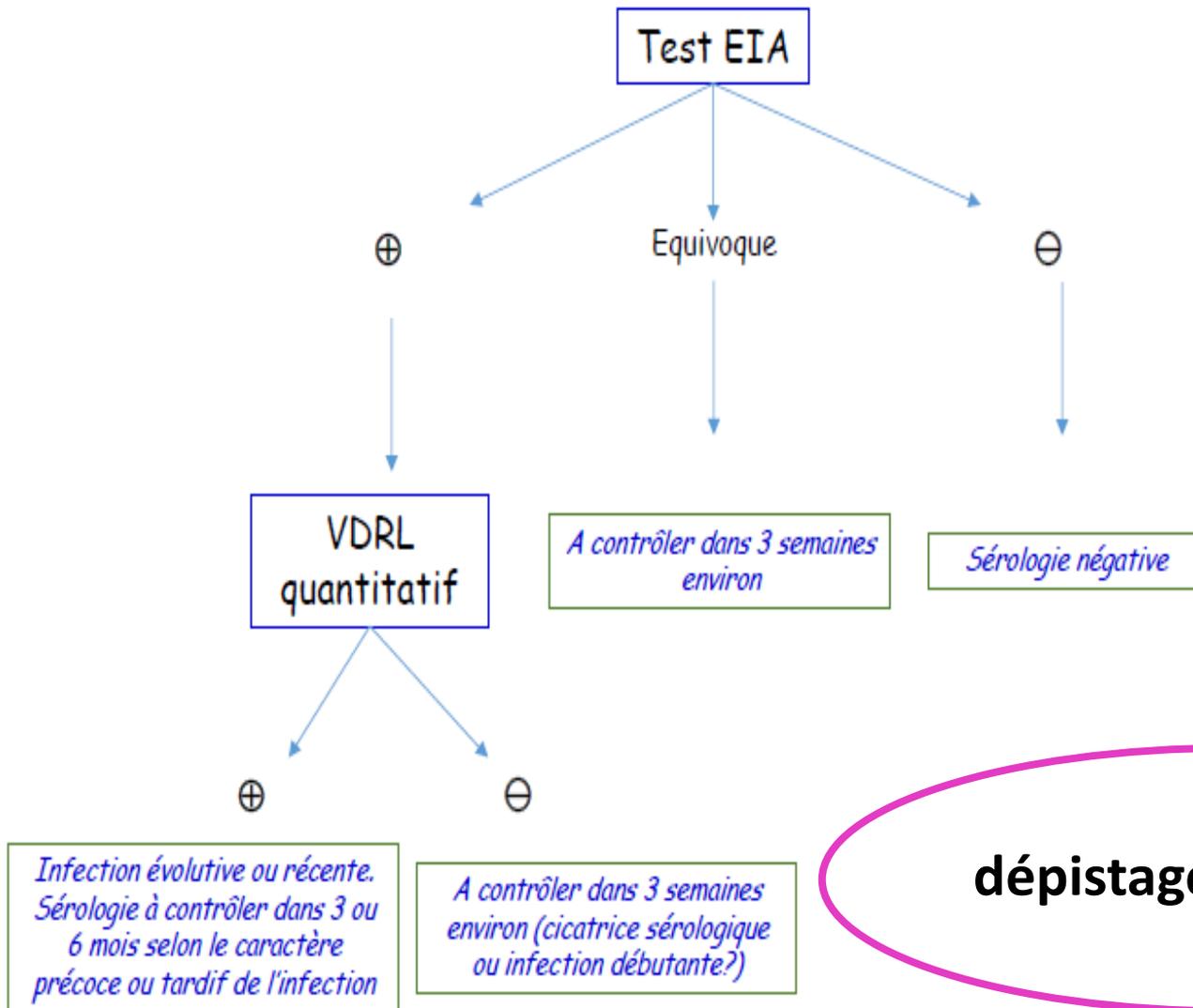
Bactéries mobiles et spiralées

Non cultivable

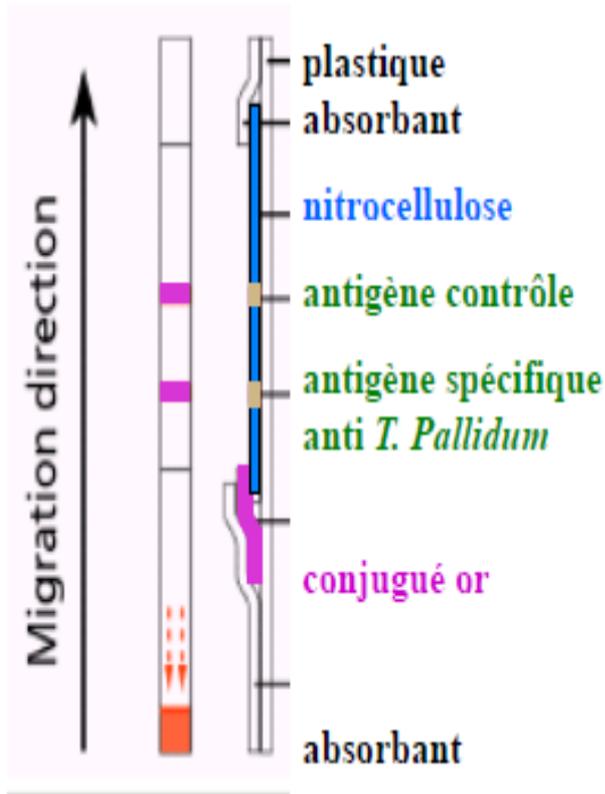


➤ Seul examen diagnostique : sérologie.

Modification récente de la nomenclature



dépistage annuel de la syphilis



TROD syphilis= Sérologie rapide

- Anticorps dirigés (IgG+/- IgM ou IgA) contre *T. pallidum*
- Sang total ou plasma
- Performances (ANSM janvier 2016)
Sensibilité : 95% à 100%
Spécificité : 94,7% à 100%
VPP : 99,5% & VPN : 99.9%
- Place à trouver dans le schéma diagnostique

Bientôt ? PCR multiplex

- Recherche simultanée de 7 agents différents grâce à l'utilisation de plusieurs colorants fluorescents. Les analyses répétées de la courbe de fusion permettent à la fois une distinction et une indication semi-quantitative.

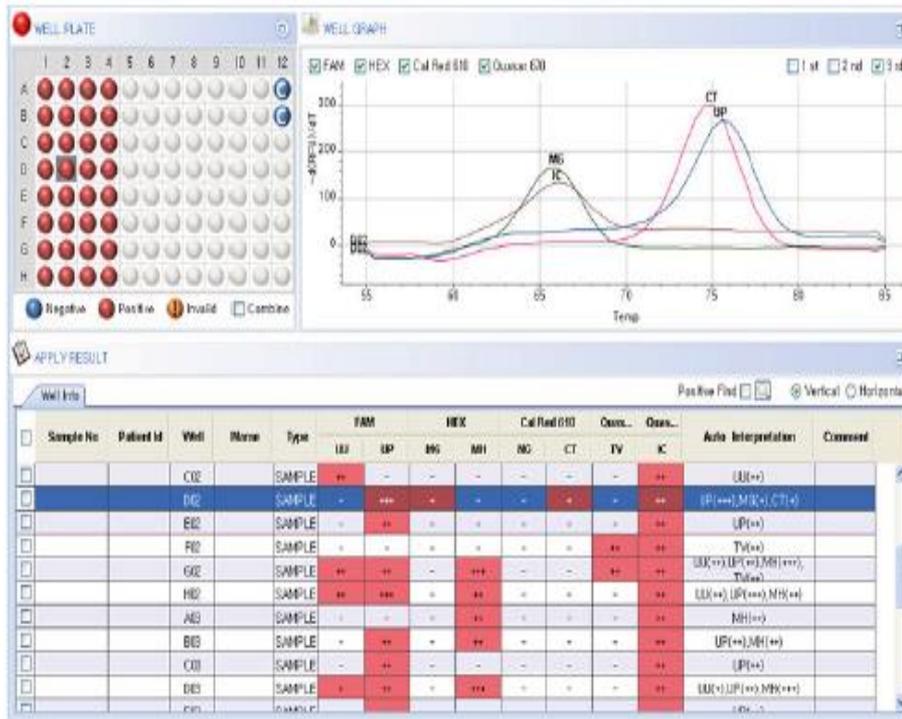


fig 1 Result-screen (source: http://www.seegene.com/neo/en/products/sti/anyplex2_STI7.php)

Culture (sans mycoplasmes/ureaplasmes)	63 points, si négatif	
	70 points, si positif	
Culture mycoplasmes et ureaplasmes	42 points	
Culture gonocoques	22 points, si négatif	
	70 points, si positif	
	facturation PCR isolée	PCR Multiplex infect. génitales
<i>Chlamydia trachomatis</i> , PCR	95	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , PCR	95	
<i>Mycoplasma hominis</i> , PCR et ureaplasmes, PCR		prix forfaitaire
<i>Mycoplasma genitalium</i> , PCR	230	
<i>Trichomonas vaginalis</i> , PCR	180 ¹⁾	
Total points [1 point = Fr. 100]	600	325
Si le prix total des analyses PCR demandées isolément est supérieur à 325,-, nous effectuons automatiquement la PCR-Multiplex.		
¹⁾ ne figure pas dans la liste d'analyses		

Les tests diagnostiques en 2018

Tests rapides (<2h)	Tests 24h-48h	Tests >48h
<p>Examen direct</p> <ul style="list-style-type: none">Gonocoque (gram)<i>Trichomonas</i> (état frais)Syphilis (fond noir)	<p>TAAN en série</p> <p>CT/NG</p> <p>MG,TV, MG/TV</p>	<p>Cultures</p> <p>ATB</p> <p>Gonocoque</p>
<p>Immunochromatographie sur sang total (TROD)</p> <p>Syphilis</p>	<p>Sérologies Elisa</p> <p>Syphilis</p>	
<p>PCR en temps réel (Cepheid)</p> <p>CT/NG</p> <p><i>Trichomonas vaginalis</i></p>		<p>PCR spécifiques (sur demande)</p> <ul style="list-style-type: none"><i>M. genitalium</i><i>T. vaginalis</i><i>T. pallidum</i>

Actualités thérapeutiques des IST

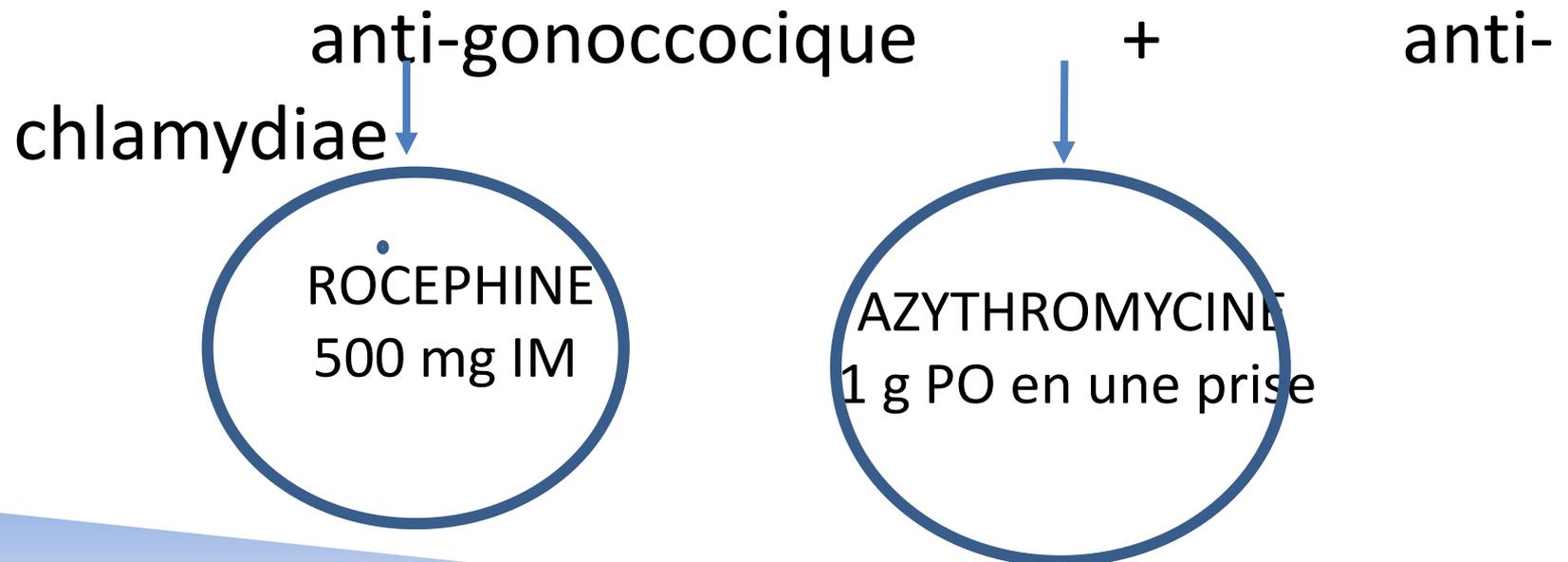


Chlamydia trachomatis
Neisseria gonorrhoeae
Mycoplasma genitalium

20 septembre 2018
Dr Anaïs Lesourd

IST génitales basses / urétrites

Traitement associant :



Ou doxycycline 100 mg x 2/jour pendant

1/ IST à gonocoque

- TTT : recommandations françaises

- Ceftriaxone : gold **standard**

- Administration de 500 mg de ceftriaxone, en une injection intramusculaire unique, efficace dans plus de 95 % des cas sur les localisations génitales, anorectales et pharyngées, en l'absence de complications (indication hors AMM)

- Tolérance excellente (hormis d'exceptionnels accidents anaphylactiques ou malaises vagues)

Quid si allergie ?

Antibiotiques indiqués dans les écoulements génitaux selon l'étiologie
(d'après E. CAUMES, PILLY 2018)

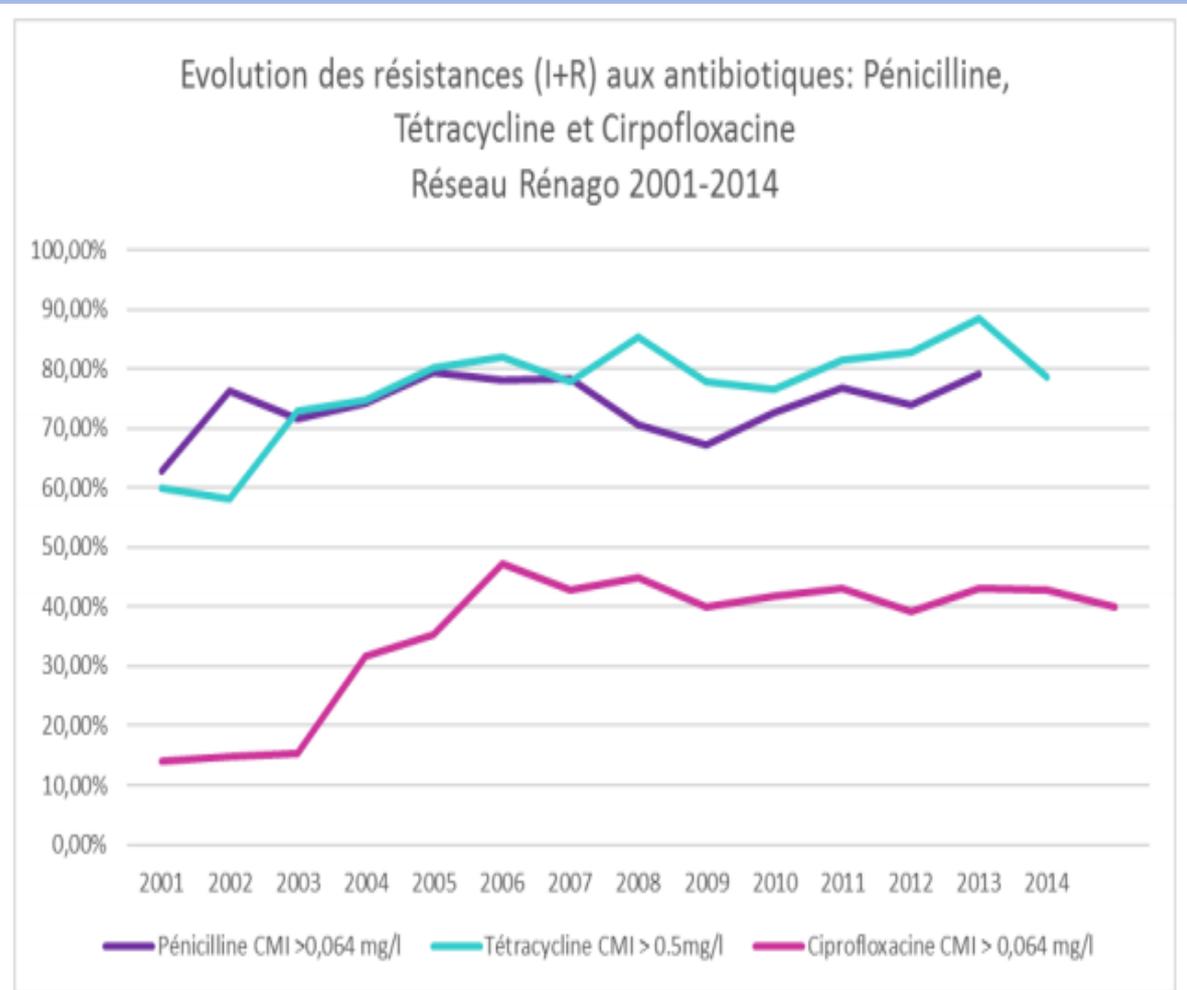
Agent	Traitement	
	1 ^{ère} intention	2 ^{nde} intention*
Gonocoque	Ceftriaxone 500 mg IM DU	Gentamicine** 240 mg IM DU Ciprofloxacine*** 500 mg PO DU

* A ne pas utiliser en cas de localisation oropharyngée et/ou anale

** En cas de C-I aux bêta-lactamines

*** Sous couvert d'une étude de la sensibilité aux FQ

De plus en plus résistant

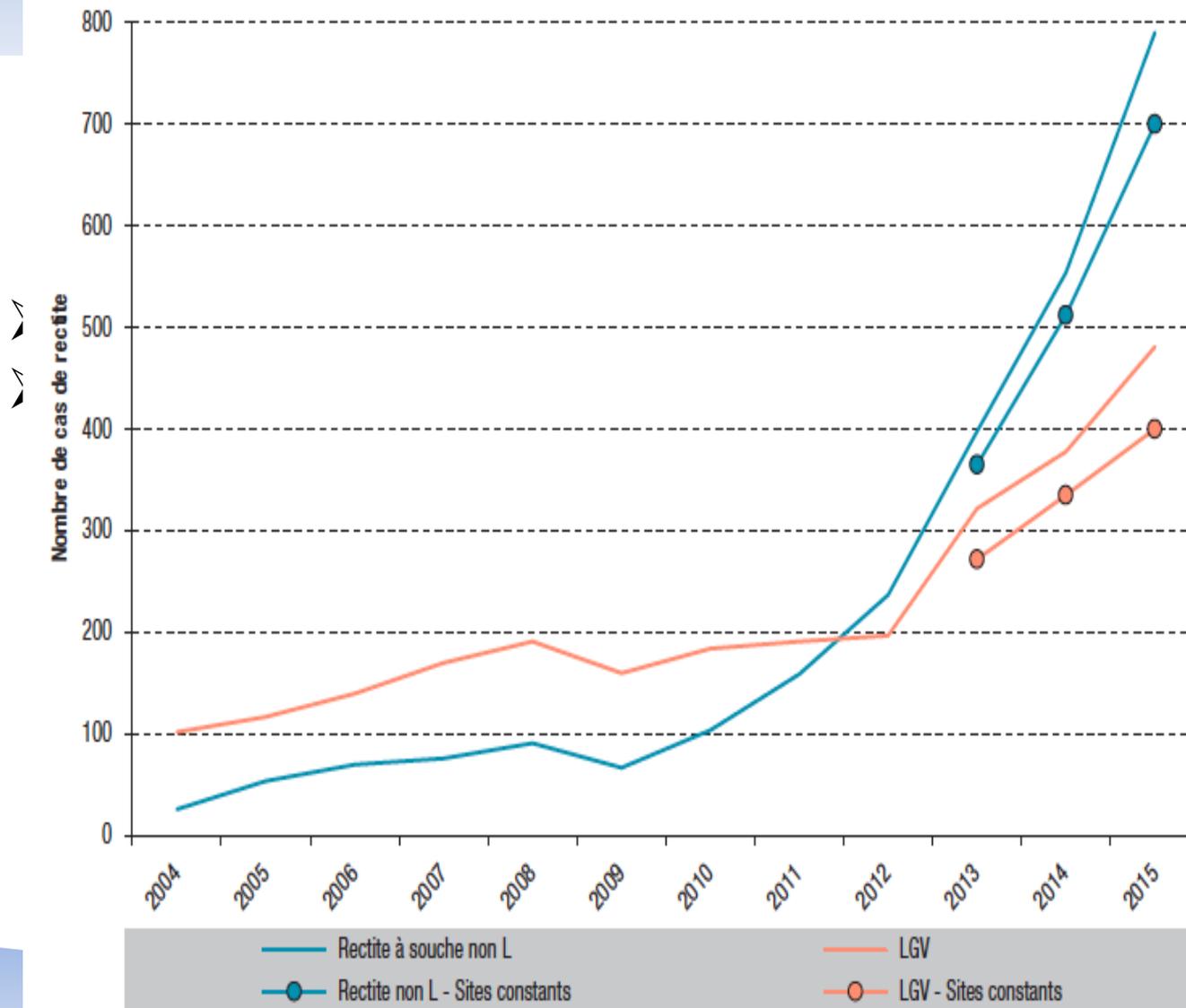


XDR *N.gonorrhoeae*

1^{ère} souche isolée au Japon en 2011.

1 cas d'infection à XDR *N.gonorrhoeae* en mars
2018 au Royaume Uni

Évolution du nombre de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et de rectites à souche non L. CNR *Chlamydiae*, France, 2004-2015



The efficacy of azithromycin and doxycycline for the treatment of rectal chlamydia infection: a systematic review and meta-analysis

Fabian Yuh Shiong Kong^{1*}, Sepehr N. Tabrizi^{2,3}, Christopher Kincaid Fairley^{4,5}, Lenka A. Vodstrcil^{1,2,5},
Wilhelmina M. Huston⁶, Marcus Chen⁵, Catriona Bradshaw⁵ and Jane S. Hocking¹

Revue de la littérature – 8 études observationnelles

Efficacité azithromycine 82,9% (IC95% : 76 – 89,8) *versus* doxycycline 99,6 % (IC95% :

Différence poolée d'efficacité : 19,9 % (IC95% 11,4 – 28,3), $p = 0.101$ en faveur de la c

 Doxycycline 200 mg/jour pendant 7 jours

- si typage *C.trachomatis* en faveur LGV : prolonger traitement au moins 3 semaines.

3/ urétrites non gonococcique / non à chlamydia

BIOLOGIE MOLECULAIRE : PCR

Nature de prélèvement : Urines

Neisseria gonorrhoeae :

Négatif

PCR en temps réel, Aripex II STI-7 Detection (Seegene)

Trichomonas vaginalis :

Négatif

PCR en temps réel, Aripex II STI-7 Detection (Seegene)

Mycoplasma genitalium :

POSITIF

PCR en temps réel, Aripex II STI-7 Detection (Seegene)

Mycoplasma hominis :

Négatif

PCR en temps réel, Aripex II STI-7 Detection (Seegene)

Ureaplasma urealyticum :

Négatif

PCR en temps réel, Aripex II STI-7 Detection (Seegene)

Ureaplasma parvum :

Négatif

PCR en temps réel, Aripex II STI-7 Detection (Seegene)

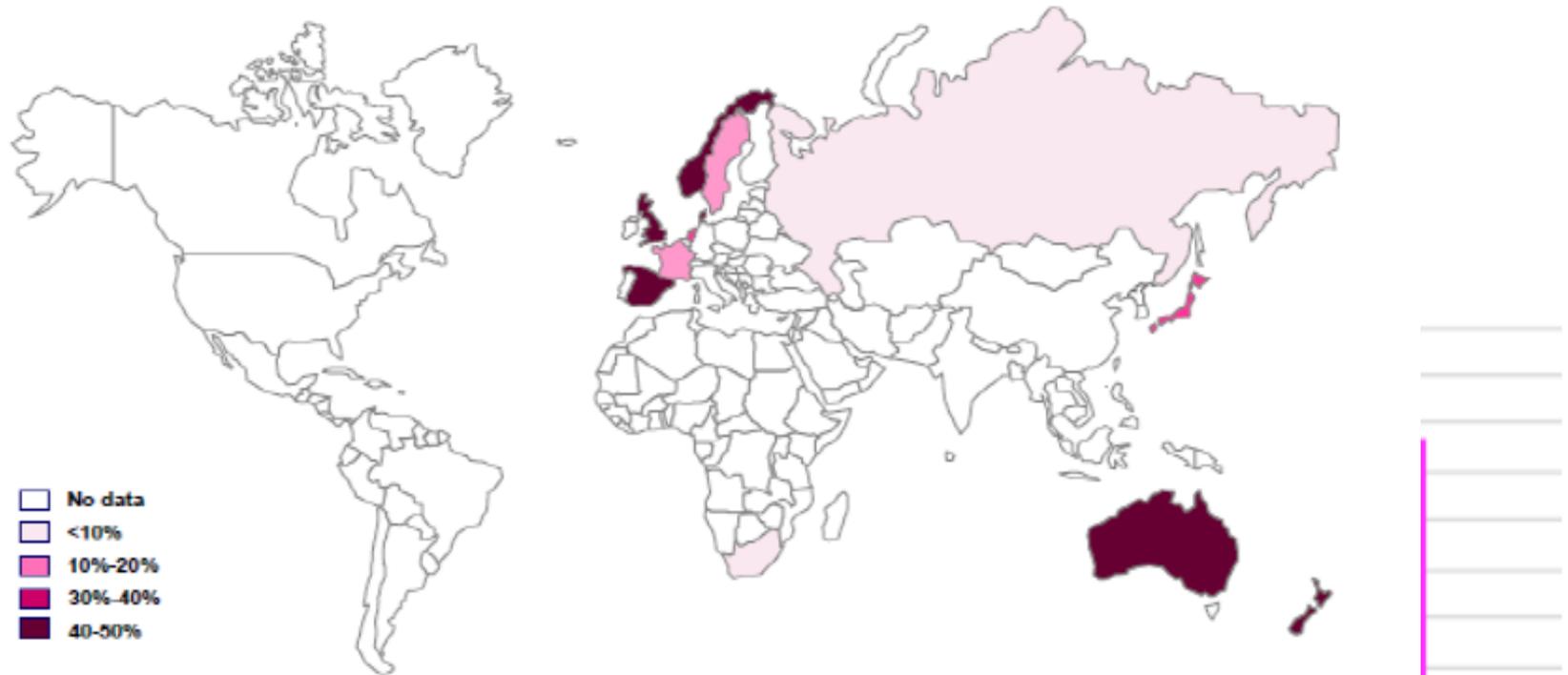
- *Mycoplasma genitalium* : suis-je pathogène ?

Cazanave C et al. Med Mal Infect. 2012

Hommes	Femmes
UNG	Urétrites
Balanoposthites	Cervicites
Epididymites Prostatites	Endométrites, salpingites (PID)
Ano-rectites (HSH)	Problèmes grossesse ?
	Infertilité féminine ?
	Augmentation transmission VIH

10 – 35 % des urétrites non gonococcique/non chlamydia

Frequency of macrolide resistance in *M. genitalium*



France : 17 %

Danemark, UK : 40 %

Groenland : 100%

Recommandations européennes 2016

- En l'absence de résistance aux macrolides :
Azithromycine 1,5 g sur 5 jours (J1 500 mg puis 250 mg/jour J2 à J5)
- Si résistance aux macrolides, et/ou IST persistante :
Moxifloxacine 400 mg/jour – 7 à 10 jours
- Traitement de 3^{ème} ligne :
Doxycycline 100 mg x 2/jour – durée 14 jours (efficacité 30 %)
Pristinamycine 1 g x 4/jour – 10 jours

Place de la doxycycline

J Antimicrob Chemother 2018; **73**: 553–563
doi:10.1093/jac/dkx420 Advance Access publication 22 November 2017

**Journal of
Antimicrobial
Chemotherapy**

Doxycycline in the management of sexually transmitted infections

Hélène Peyriere^{1*}, Alain Makinson^{1,2}, Hélène Marchandin^{3,4} and Jacques Reynes^{1,2}

Indication thérapeutiques multiples

- Urétrites non documentée : 1^{ère} ligne
- Infection à chlamydiae : efficace pour toutes localisation
- Infection à m.genitalium : 3^{ème} ligne
- Syphilis : traitement alternatif si allergie pénicilline

Avantages : bonne tolérance, cout modéré, pas de pénurie d'approvisionnement

Prophylaxie des IST ?

Réduction incidence de la syphilis (73 %) et infection à c.trachomatis (70%)

IST / urétrites

AZYTHROMYCINE
1,5 g PO sur 5 jours
Ou
DOXYCYCLINE

Traitement associant

anti-gonococcique
↓
chlamydiae

ROCEPHINE
500 mg IM

+ anti-

~~AZYTHROMYCINE
1 g PO en une prise~~

Ou doxycycline 100 mg x 2/jour pendant 7 jours

Mesures associées préventives !

CONTRACEPTION - Port du **préservatif** +++

Consultation de suivi à J7

+ Contrôle efficacité du traitement – PCR
chlam/gono à 6 semaines

Dépistage précoce si prise de risque – même
asymptomatique



Préconisations



- Dépistage 3 sites des HSH pour chlamydia et gonocoque
- **Pas de traitement empirique en cas d'urétrite**
 - Mais nécessité d'un examen direct négatif
 - ET symptômes modérés
- **Traitement**
 - Si absence de documentation : doxycycline 100 mg X 2/j 7 jours
 - Si positivité à *Mycoplasma genitalium* : Azithromycine 500 mg à J1 puis 250 mg/j pendant 4 jours

Azithromycin 1.5g Over 5 Days Compared to 1g Single Dose in Urethral *Mycoplasma genitalium*: Impact on Treatment Outcome and Resistance

Table 1. Characteristics of 106 Men With *Mycoplasma genitalium* Urethritis Who Returned for Test of Cure

Characteristic	Heterosexual Men, N = 65	Men Who Have Sex With Men, ^a N = 41	P Value	Total N = 106 ^b
Age, y (median [IQR])	29 (24–32)	32 (27–39)	.02 ^c	31 (25–35)
N partners in previous 3 months (median [IQR])	2 (1–4)	3 (2–6)	.01 ^c	3 (1–4)
Reported sex outside Australia, n/N (%) ^d	29/53 (55)	5/27 (19)	.002 ^c	34/80 (43)
Prior azithromycin for this nongonococcal urethritis, n (%) ^b	4/65 (6)	6/41 (15)	.15 ^c	10/106 (9)
Specimen				
First-void urine, n (%)	60 (92)	41 (100)		101 (95)
Urethral swab, n (%)	5 (8)	0		5 (5)
Macrolide resistance pre-treatment, n/N (%) ^f	25/64 (39)	26/34 (76)	<.001 ^c	51/98 (52)

Azithromycin 1.5g Over 5 Days Compared to 1g Single Dose in Urethral *Mycoplasma genitalium*: Impact on Treatment Outcome and Resistance

Table 3. Pre-treatment Resistance, Selected Resistance, and Outcomes After a Single Dose of Azithromycin 1g in 2012–2013 or Extended Azithromycin 1.5g Over 5 Days in 2013–2015 for Men With *Mycoplasma genitalium* Urethritis

Patient Group	1.5g Over 5 Days		1g Single Dose ^a		P Value ^b
	n/N	% (95% CI)	n/N	% (95% CI)	
Proportion cured	62/106	58 (49, 68)	56/107	52 (42, 62)	.34
Pretreatment resistance					
Overall	51/98	52 (42, 62)	47/107	44 (34, 54)	.25
Heterosexual	25/64	39 (27, 52)	31/77	40 (29, 52)	.90
Men who have sex with men ^c	26/34	76 (59, 89)	16/30	53 (34, 72)	.05
Proportion of each pretreatment genotype cured					
Wild type	28/34	82 (65, 92)	49/60	82 (70, 90)	1.0
Resistant	4/29	14 (8, 35)	7/47	15 (6, 28)	.90
Selected resistance ^d	4/34	12 (3, 27) ^e	11/60	18 (10, 30)	.40

Azithromycin 1.5g Over 5 Days Compared to 1g Single Dose in Urethral *Mycoplasma genitalium*: Impact on Treatment Outcome and Resistance

- Azithromycine 1g monodose semble aussi efficace que 1,5 g
- Pas de sélection évidente de résistance dans

cette étude

Conclusions. Extended azithromycin 1.5g was no more effective than a single 1g dose at achieving cure of *M. genitalium* urethritis and importantly did not reduce the selection of macrolide resistance.

Nonmacrolide and new approaches for the treatment

of *M. genitalium* urethritis are required.

Epidémiologie des CeGIDD

Groupe « Epidémiologie » des CeGIDD

Actuellement :

- 1/ Données saisies dans Cupidon : quelques données bloquantes, nombreuses données non bloquantes
 - ➔ remplissage hétérogène inter et intra-CeGIDD
- 2/ implémentation « sur-mesure » par centre
- 3/ Extraction automatisée des données du rapport d'activité → Solen
 - ➔ des « incohérences » ou des résultats partiels,
 - ➔ sans recours aisé pour les explorer/corriger
- 4/ « Contrôle qualité » des données : interne à chaque CeGIDD
(possible ? capacité de mise en œuvre ?)
- 5/ Pas d'accès formalisé des COREVIH aux données des CeGIDD

Groupe « Epidémiologie » des CeGIDD

Actuellement :

6/ Transfert données → Santé Publique France : extraction annuelle des données individuelles anonymes collectées (article D. 3121-25 du code de la santé publique)

Enquête nationale (179 CeGIDD) : 9 logiciels différents, 28% capacité de transmettre totalité des données, 40% en mesure de recoder données ;

Etude pilote (13 CeGIDD) transmission de données : 6 ont pu transmettre des données partielles, 1 seul dans le format attendu par Santé Publique France

Inadéquation données Cupidon/Siloxane → Solen / SPF (travail OR2S Bretagne)

Groupe « Epidémiologie » des CeGIDD

Animation : G. Unal (coordinatrice de projets)
JC Renet (coordinateur CeGIDD)
Santé Publique France

Objectifs :

- 1/ qualité des données saisies / action concertée (groupe utilisateur) → Cupidon®
- 2/ recueil et analyse de données : rapport d'activité, analyses ponctuelles...
- 3/ intégration de ResIST et RenaCHLA dans Cupidon®
(exhaustivité sans double saisie)
- 4/ projet de recherche épidémiologique régional original en partenariat avec Santé Publique France

Condition : accès centralisé du COREVIH aux données régionales des CeGIDD

→ Réunion Psdt COREVIH/SPF (23/11/2018)

Programme de la journée

09h00 : accueil

09h30 : mot d'introduction

09h45 – 10h45 : Actualités scientifiques IST

10h45 – 11h15 : Groupe épidémiologique (objectifs, appel à participation)

Pause de ¼ d'heure

11h30 - 13h00 : atelier (*l'annonce ou Santé sexuelle*)

13h00 – 14h00 : pause déjeuner

14h00 - 15h30 : atelier (*l'annonce ou Santé sexuelle*)

Pause de ¼ d'heure

15h45 – 16h30 : restitution des ateliers

16h30 – 17h00 : exposé sur la santé sexuelle

Intervenante pressentie : Coraline Delebarre, Psychologue - Sexologue, CeGIDD du CHI André Grégoire, Montreuil

17h00 – 17h30 : Discussion

Ateliers :

- Annonce
- Santé sexuelle

Restitution / exposé sur la santé sexuelle :

- Annonce
- Santé sexuelle

Me Coraline DELEBARRE
(psychologue, sexologue en
CeGIDD)