FORMATION CeGIDD 31 janvier 2019

Prévention combinée

VIH, HEPATITES et IST

Dr Anaïs LESOURD
Service des maladies infectieuses
CeGIDD
CHU Rouen

Pas de lien d’intérêt

- Introduction / définition de la prévention combinée

- Réduction du risque de transmission du VIH

  TasP / TPE / PrEP

- Réduction du risque de transmissions des hépatites et IST

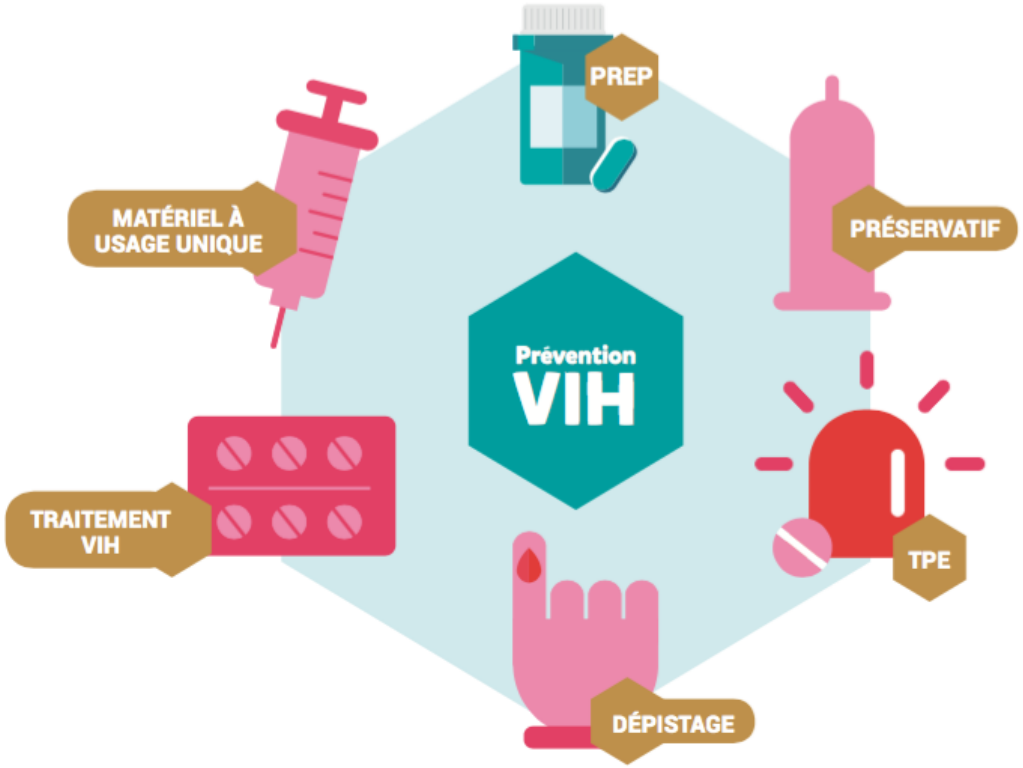
Introduction / définition

CeGIDD

Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

Prévention combinée ?
ou prévention diversifiée

« **l'utilisation d'autant d'outils que nécessaire dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie de prévention individualisée.** »

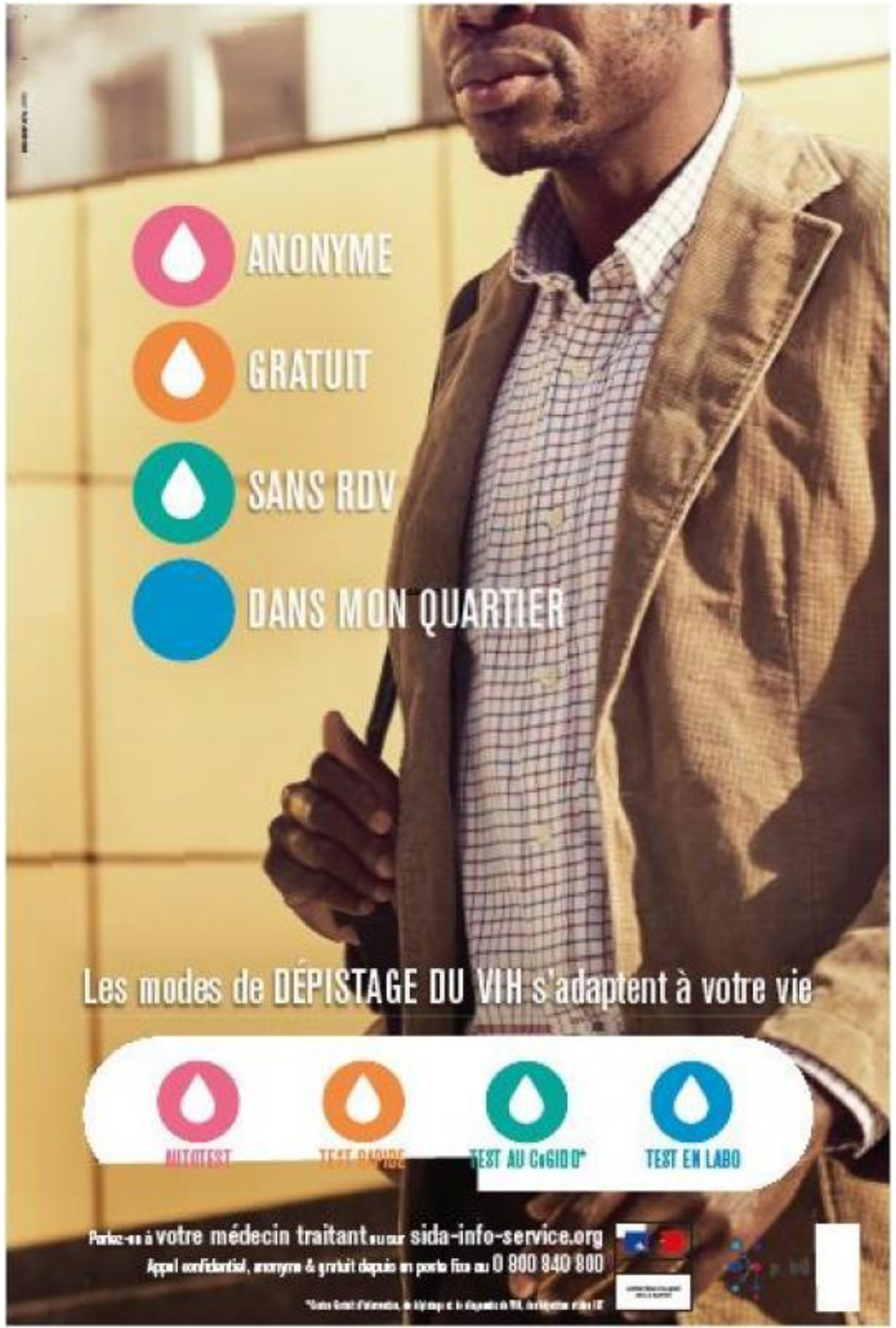


R. Shattock, IAS 2011

COUP DE FOUDRE
COUP D'ESSAI
COUP D'UN SOIR
es situations varient.
es modes de protection aussi.
ÉSERVATIFS / PREP / TPE / TASP / DÉPISTAGES
Santé publique France

AVEC UN AMANT
AVEC UN AMI
AVEC UN INCONNU
Les situations varient.
Les modes de protection aussi.
PRÉSERVATIFS / PREP / TPE / TASP / DÉPISTAGES
sexosafe.fr
Santé publique France

S'AIMER
S'ÉCLATER
S'OUBLIER
Les situations varient.
Les modes de protection aussi.
PRÉSERVATIFS / PREP / TPE / TASP / DÉPISTAGE
sexosafe.fr
Santé publique France


ANONYME
GRATUIT
SANS RDV
DANS MON QUARTIER
Les modes de DÉPISTAGE DU VIH s'adaptent à votre vie
AUTOTEST
TEST RAPIDE
TEST AU CeGIDD*
TEST EN LABO
Parlez-en à votre médecin traitant ou sur sida-info-service.org
Appel confidentiel, anonyme & gratuit depuis un poste fixe au 0 800 840 800

EN TOUTE INTIMITÉ
SANS RIEN DÉPENSER
QUAND JE VEUX
PRÈS DE CHEZ MOI
Les modes de DÉPISTAGE DU VIH s'adaptent à votre vie
AUTOTEST
TEST RAPIDE
TEST AU CeGIDD*
TEST EN LABO

La prévention combinée du VIH et des IST doit associer :

- L’accès au dépistage

Centre Gratuit d’Information, de Dépistage et de Diagnostic
CeGIDD

Gratuit
Informations
Diagnostic
Anonyme
Vaccination
Dépistage

La prévention combinée du VIH et des IST doit associer :

- L’accès au dépistage
- L’accès aux moyens de protection et de réduction des risques

La prévention combinée du VIH et des IST doit associer :

- L’accès au dépistage
- L’accès aux moyens de protection et de réduction des risques
- Les interventions médicales: PrEP, TPE, TasP, traitement des IST …
- Les interventions comportementales : éducation à la santé, éducation à la sexualité, aide à l’observance, éducation thérapeutique…

Santé sexuelle

Direction Générale de la Santé

OBJECTIFS

- Promotion de la santé sexuelle, en particulier vers les publics jeunes et populations vulnérables
- Améliorer le parcours de santé en matière IST, VIH, hépatites : prévention / dépistage / traitement
- Améliorer la santé reproductive

ACTIONS:

Stratégie nationale
de santé sexuelle

✓ Création des CeGIDDs en 2016

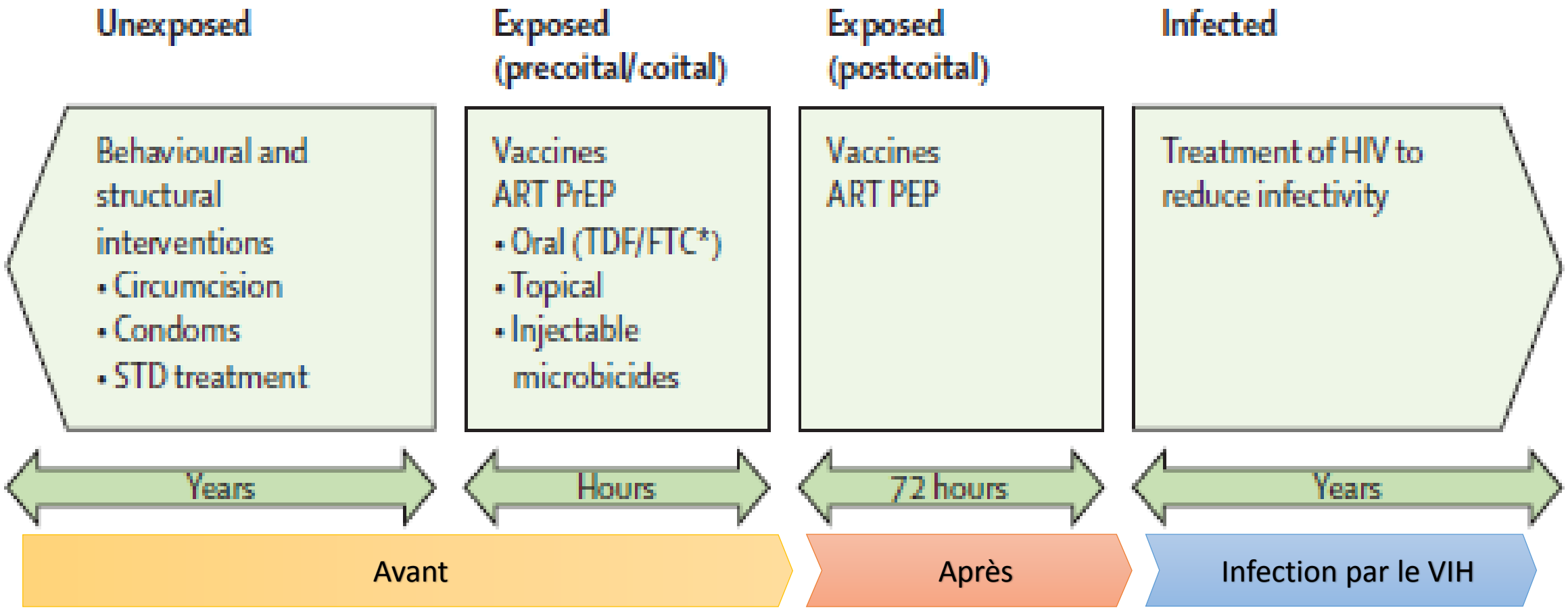
- Service Sanitaire – mars 2019
- Campagne de prévention nationale – été 2019
- Élaboration de fiches mémo à destination des professionnels de santé (prévention, vaccination, dépistage des IST)

✓ Interprétariat téléphonique gratuit pour les CeGIDDs

- Faciliter accès au dépistage dans les CeGIDDs pour les mineurs (lever l'obligation d'accompagnement du mineur)
- Simplifier la mise en place de protocoles de coopération dans les CeGIDDs - 2019-2020

Réduction du risque de transmission du VIH

Opportunités de prévention d'acquisition du VIH



M.S. Cohen et al. Lancet 2013; 382: 151-24

Circoncision : un moyen de prévention ?

Circoncision <u>masculine</u>

incidence seroconversion :
- 16.7 pour 100 pers/an parmis 137 partenaires masculins non circoncis
- 0 seroconversion parmis 50 partenaires masculines circoncis ($p<0.001$)

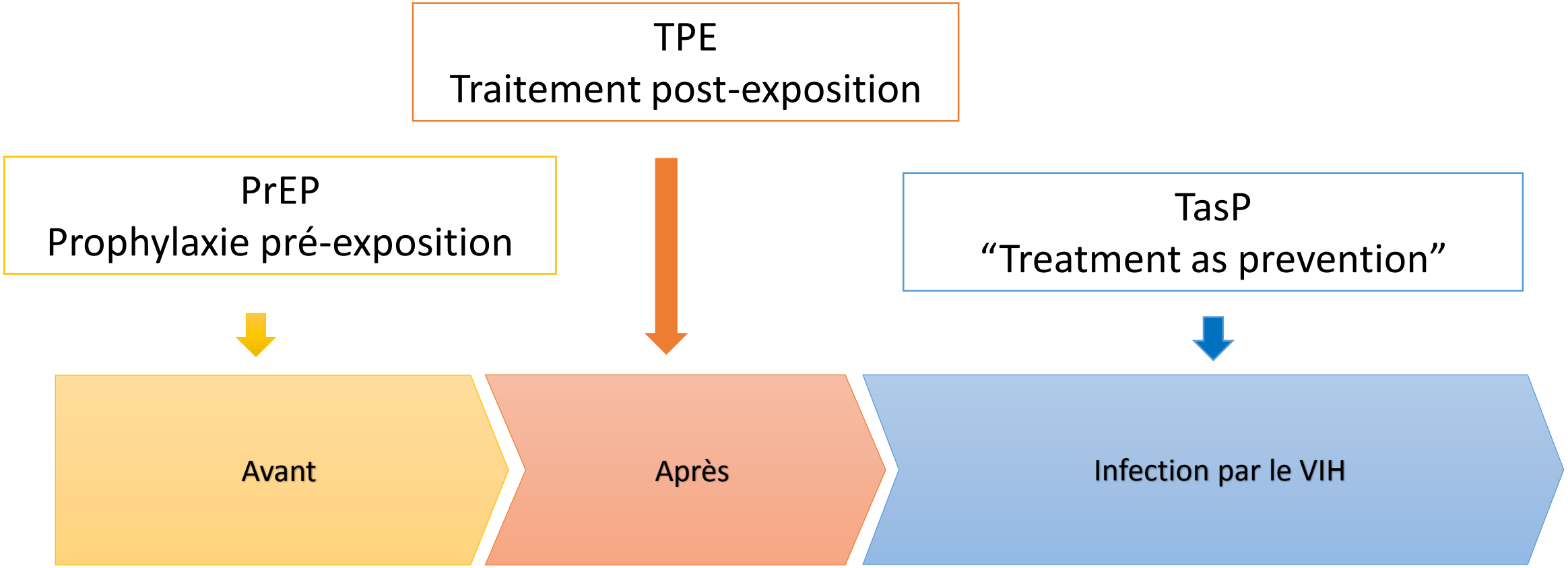
Quinn TC, et al. N Engl J Med. 2000.

Réduction de 50 à 60 % du risque de contamination VIH ?

Incidence des séroconversion chez la femme ?

Recommandation controversée : complexités sociales, culturelles et religieuses

Le traitement antirétroviral comme outil de prévention



“TasP” Traitement comme prévention

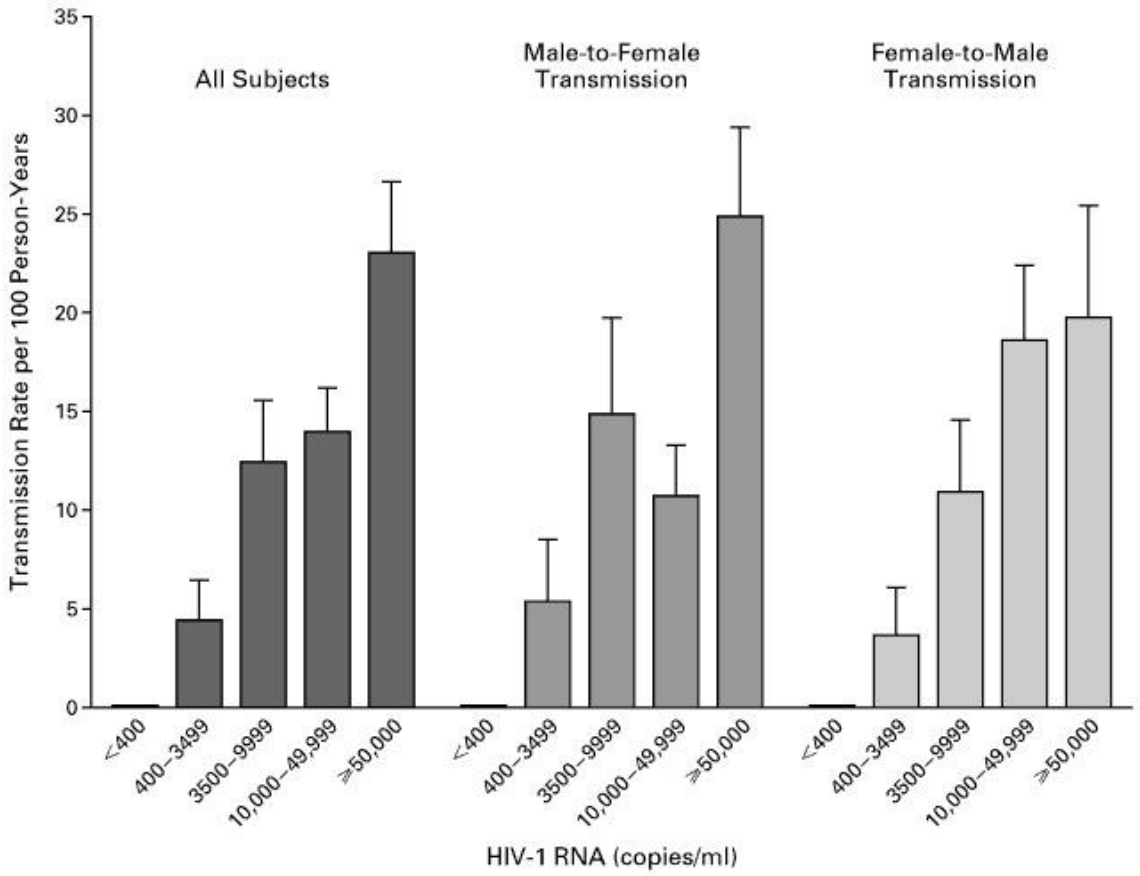
L’inoculum viral est le déterminant principal de l’infection

Plus la charge virale VIH est élevée,

plus le risque de transmission du VIH est élevé.

Les ARV réduisent la CV VIH dans le sang mais également dans le tractus génital

→Diminution du risque de transmission si CV VIH indétectable chez les patients traités efficacement.



Quinn TC, et al. N Engl J Med. 2000.

Etude HPTN 052

Etude multicentrique : 9 pays – (54% originaire Afrique, autre Asie SE, Amérique Sud, Boston (USA).)

1763 couples héterosexuels séro-discordant

Juin 2007 – mai 2010

Randomisation en 2 groupes :

- traitement ARV précoce

ou - traitement ARV si CD4 < 350/mm et/ou patient symptomatique

<u>Objectif :</u>

Evaluation risque de transmission du VIH dans couple en fonction stratégie thérapeutique

<u>Suivi</u>

Traitement précoce : 89% CV VIH indétectable

Traitement retardé : 20% ont débuté un traitement dans un délai médian de 42 mois

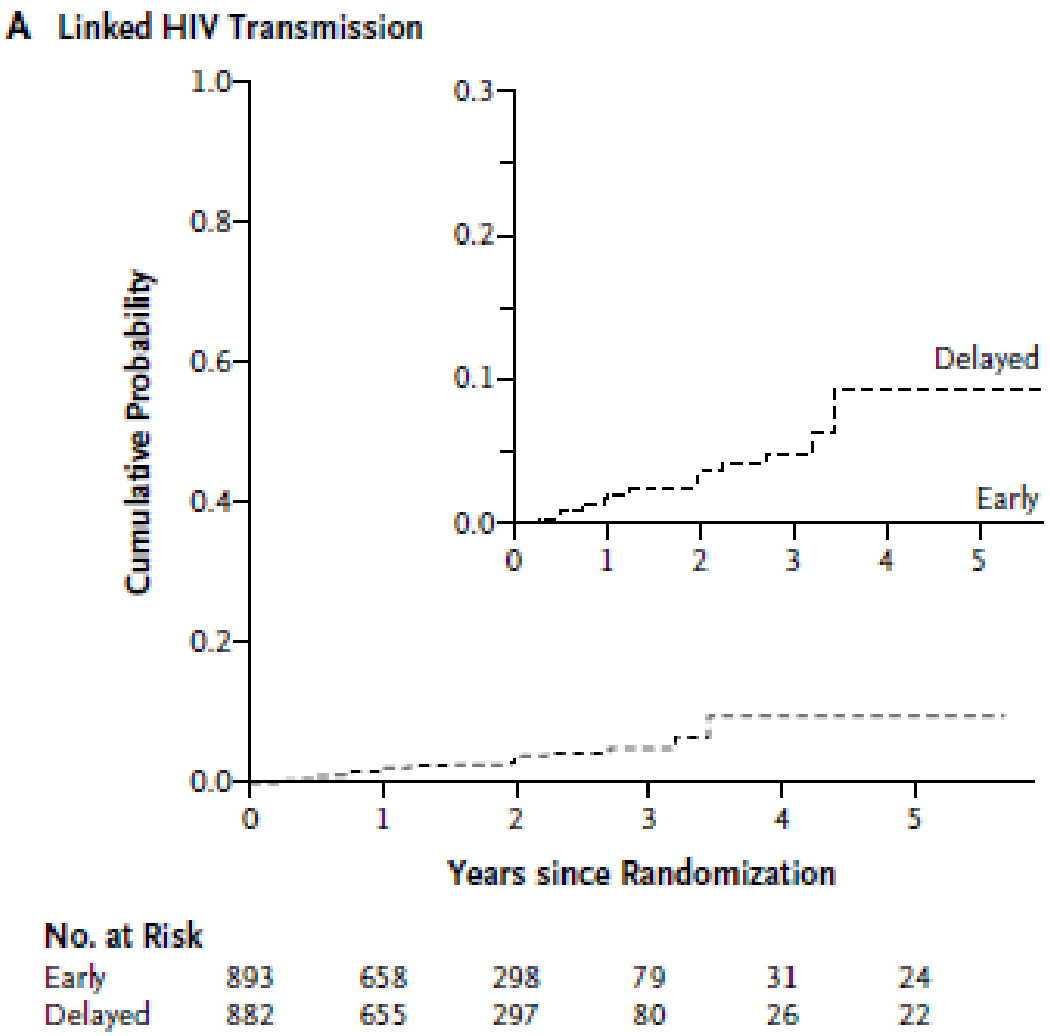
Cohen et al, NEJM 2011

Résultats

Transmission VIH : 39 cas
- traitement précoce : n=4
- traitement retardé : n=35

Après analyse génétiques des souches, transmission liée au partenaire :
traitement précoce - n=1
traitement retardé - n=27

(*HR 0,04; p<0,001)*



Limites

95 % et 96 % des patients ont déclarés avoir exclusivement des rapports sexuels protégés

Etude PARTNER

Etude multicentrique – couple « séro-discordant »
Partenaire VIH + sous trithérapie antirétrovirale efficace
Septembre 2010 – mai 2014

<u>Objectif :</u>

Evaluer le risque de transmission au sein de couples hétérosexuels et HSH
postulat : rapports anaux, pas d'utilisation de préservatif en routine
CV VIH indétectable car patients sous trithérapie efficace au long cours

<u>Résultats :</u>

888 couples inclus (548 hétérosexuels, 340 HSH)
Suivi médian = 1,3 ans (0,5-2,0)
Absence d'utilisation de préservatifs – 37 fois/an/couple (médiane)

Au total 11 découvertes de séropositivité (10 HSH et 1 hétérosexuel)
Dont pour 8 d'entre eux : rapports extraconjugaux non protégés avoués
Etude phylogénétique des souches HIV = toutes différentes de celles du partenaire VIH +

→ 0 transmissions au sein des couples

PARTNER

A.Rodger et al. JAMA 2016

Etude PARTNER 2

septembre 2014 – mai 2018
Suivi en tout sur 8 ans : **+** 635 couples HSH sérodiscordants

<u>Résultats :</u>

Au total 11 découvertes de séropositivité (10 HSH et 1 hétérosexuel)
Dont pour 8 d'entre eux : rapports extraconjugaux non protégés avoués
Etude phylogénétique des souches HIV = toutes différentes de celles du partenaire VIH +

+ 7 découvertes VIH mais non liées au partenaire

<u>Au total</u>
75000 rapports sexuels non protégés → 0 transmissions

U = U (undetectable = untransmissable)

Rodger et al.

Communiquer sur l'efficacité du traitement antirétroviral comme outil de prévention du VIH hautement efficace

Les données résumées ici montrent bien que lorsque le partenaire séropositif est sous traitement antirétroviral depuis plus de six mois, a une charge virale indétectable et bénéficie d'un suivi clinique régulier et global (soutien à l'observance, détection et traitement des IST), le risque de transmission du VIH sous traitement est négligeable pour les couples hétérosexuels aussi bien que pour les couples d'hommes. Comme pour tout autre risque en santé, il n'est pas possible de conclure que ce risque est nul (46). Cette information sur un risque devenu négligeable doit être largement diffusée, auprès des personnes vivant avec le VIH mais également du grand public. Les

Rapport Morlat, actualisation avril 2018

Bénéfices du TasP

→ Procréation naturelle

Plus besoin de recourir à la PMA

→ Prévention de la transmission mère enfant

si CV VIH indétectable à 37 SA : accouchement naturelle par voie basse

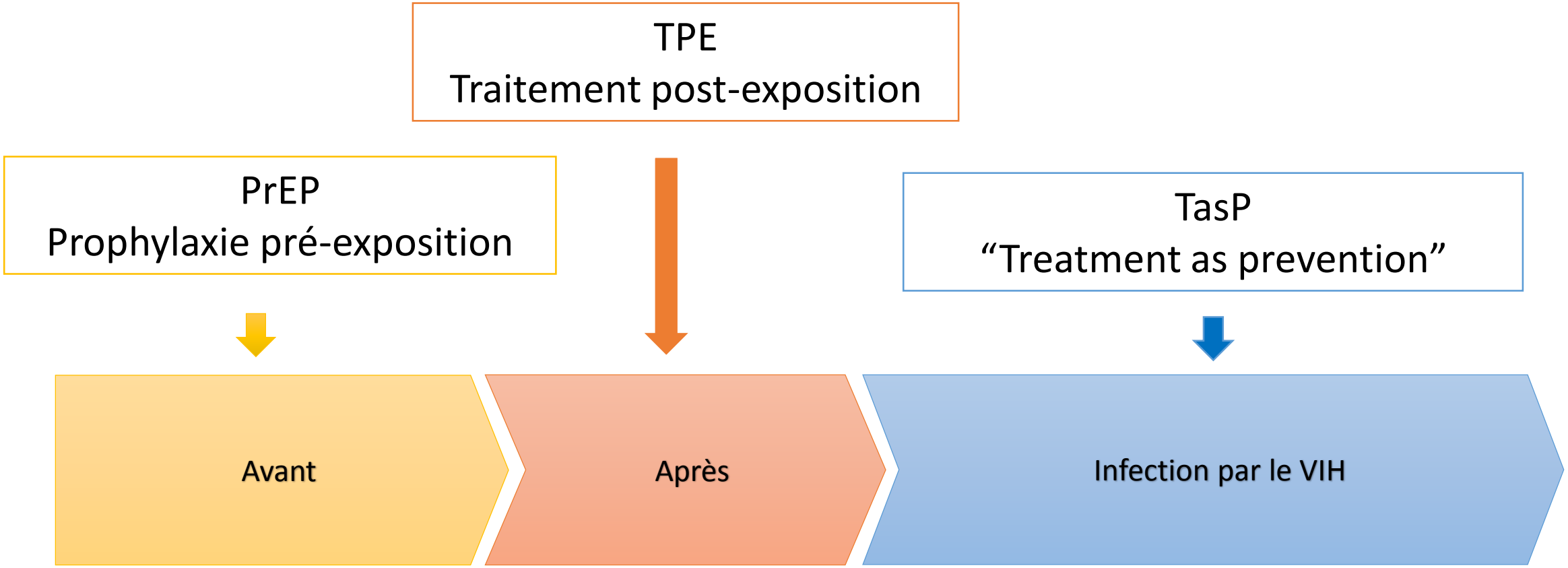
Traitement antirétroviral préventif pendant 1 mois au nx nés de mamans séropositives pour le VIH

Transmission materno-foetale

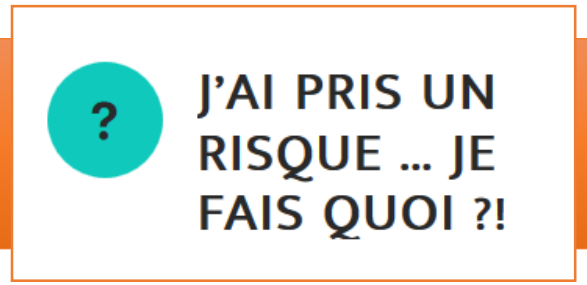
- 1000 enfants et adolescents vivants avec le VIH en France
- Moins de 10 nx nés naissent infectés par le VIH chaque année en France
- Majorité de nouveaux diagnostiques chez enfants migrants

Rapport Morlat, février 2018

Le traitement antirétroviral comme outil de prévention



TPE : Traitement post-exposition



<u>Prise en charge d'un accident d'exposition viral = URGENCE !!!</u>

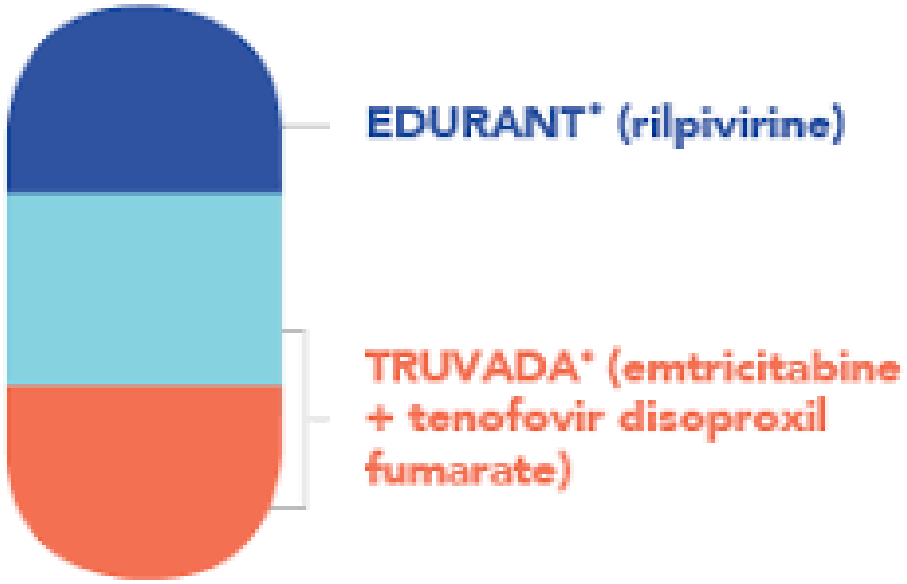
<u>Au mieux dans les 4H</u> suivant un rapport sexuel à risque

→ au maximum dans les 48H suivant un rapport sexuel à risque

Trithérapie anti-rétroviral :

ténofovir/emtricitabine + rilpivirine (Edurant®)

Durée de traitement = 28 jours



Exposition sexuelle				
Risque et nature de l'exposition	**Statut VIH du sujet source**			
	VIH positif		**VIH inconnu**	
	CV détectable	**CV indétectable (1)**	**Groupe à prévalence élevée (3)**	**Groupe à prévalence faible**
Rapport anal réceptif (passif)	TPE recommandé	TPE non recommandé (2)	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif (actif)	TPE recommandé	TPE non recommandé (2)	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif (passif)	TPE recommandé	TPE non recommandé (2)	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif (actif)	TPE recommandé	TPE non recommandé (2)	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé (2)	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé (2)	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Agression sexuelle	TPE recommandé			

(1) Charge virale indétectable au seuil utilisé par le laboratoire qui traite l'examen.
(2) Dans le cas d'un sujet source ayant une infection à VIH suivie avec une charge virale indétectable au long cours (contrôle de moins de six mois) et l'absence de doute sur l'observance au traitement antirétroviral, il est légitime de ne pas traiter. Un TPE peut toutefois être débuté et sera réévalué dès que possible.
(3) Groupe à prévalence élevée : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, partenaires sexuels multiples, personne originaire d'une région de forte endémie (Afrique, Caraïbes dont Antilles Françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), usager de drogue injectable.

Rapport Morlat – dernière mise à jour 09/2017

AEV - Exposition au sang – professionnel de santé

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
Important : – piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	**TPE recommandé**	**TPE non recommandé***	**TPE recommandé**
Intermédiaire : – coupure avec bistouri – piqûre avec aiguille IM ou SC – piqûre avec aiguille pleine – exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 mn	**TPE recommandé**	**TPE non recommandé***	**TPE non recommandé**
Faible : – piqûres avec seringues abandonnées – crachats, morsures ou griffures, autres cas	**TPE non recommandé**		

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

Prise en charge des AEV en pratique

Prise en charge à 100 % : TPE, bilan de dépistage global et bilan de suivi

Services d'urgences et CeGIDDs

Distribution uniquement du TPE en pharmacie hospitalière (non autorisé en pharmacie de ville)

Kits thérapeutique d'antirétroviraux – initiaux et de suivi

Réévaluation par médecins spécialistes en CeGIDD

Evaluation du risque de transmission …

… du VIH mais pas que !

- Hépatite C
- **Hépatite B**

- Estimation du risque de **transmission du VHB** suite à un rapport sexuel à risque : **30 à 40 %**

- Estimation du risque de **transmission du VIH** suite à un AEV : **0,32 %**

- Estimation du risque de transmission du VHC suite à un AEV : rare (versus après 1 an de consommation de drogue injectable = 50 %)

Rapport anal > rapport vaginal > rapport oral

CV VIH élevé ou stade primoinfection +++

En pratique, prise en charge des AEV

Peu de données nationales.

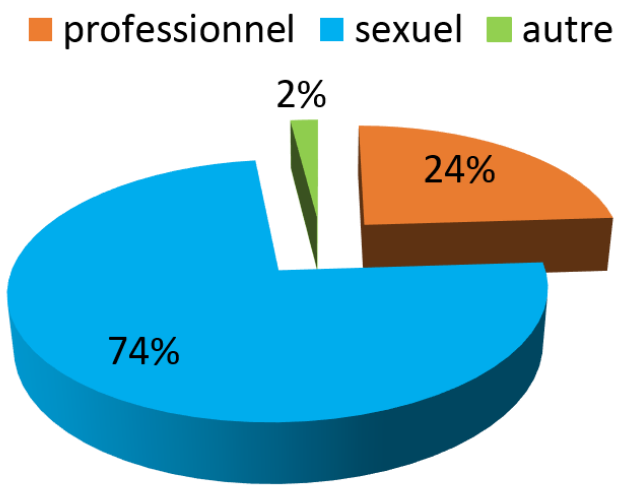
Augmentation des recours pour AEV dans services d'urgence

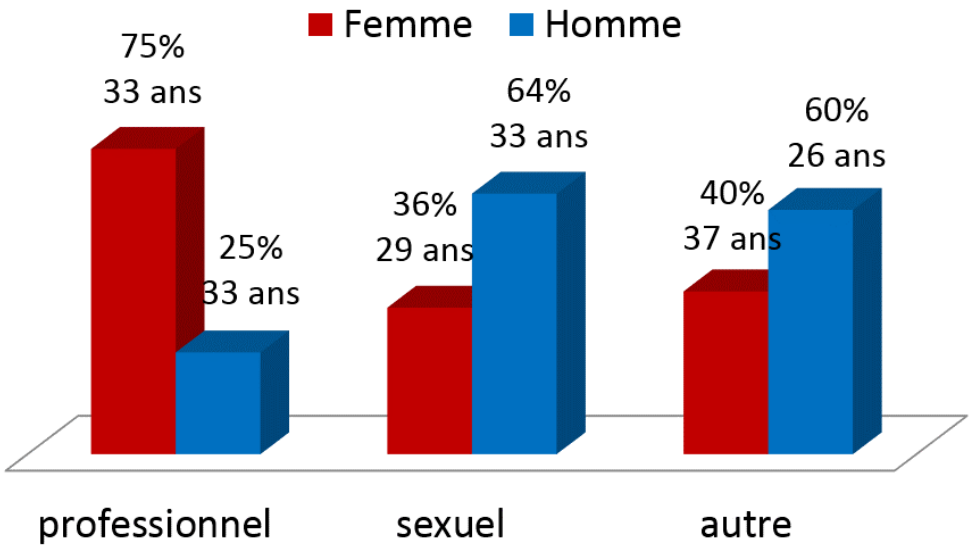
Bichat, (Paris) 2003 à 2012 : **+ 303% !** n=203 à 615/an

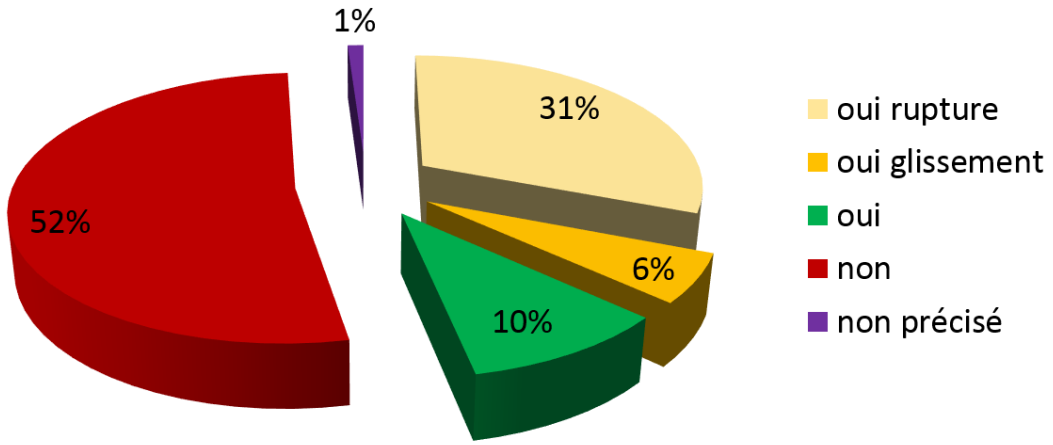
Nombre de recours pour AEV héterosexuel à augmenté de 75 %

En pratique : données CeGIDD CHU Rouen 2017

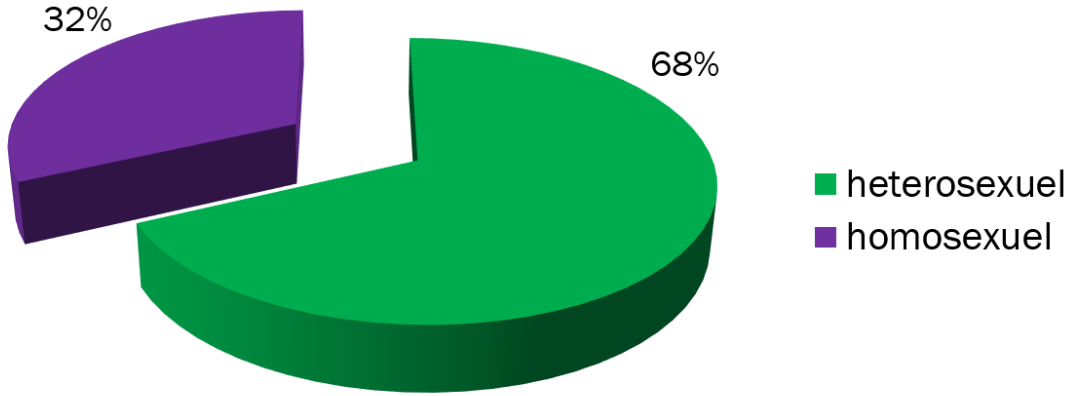
254 AEVs







Utilisation du préservatif ?



AEV sexuels (n=188)

⇨ **TPE : 147 (78%)**

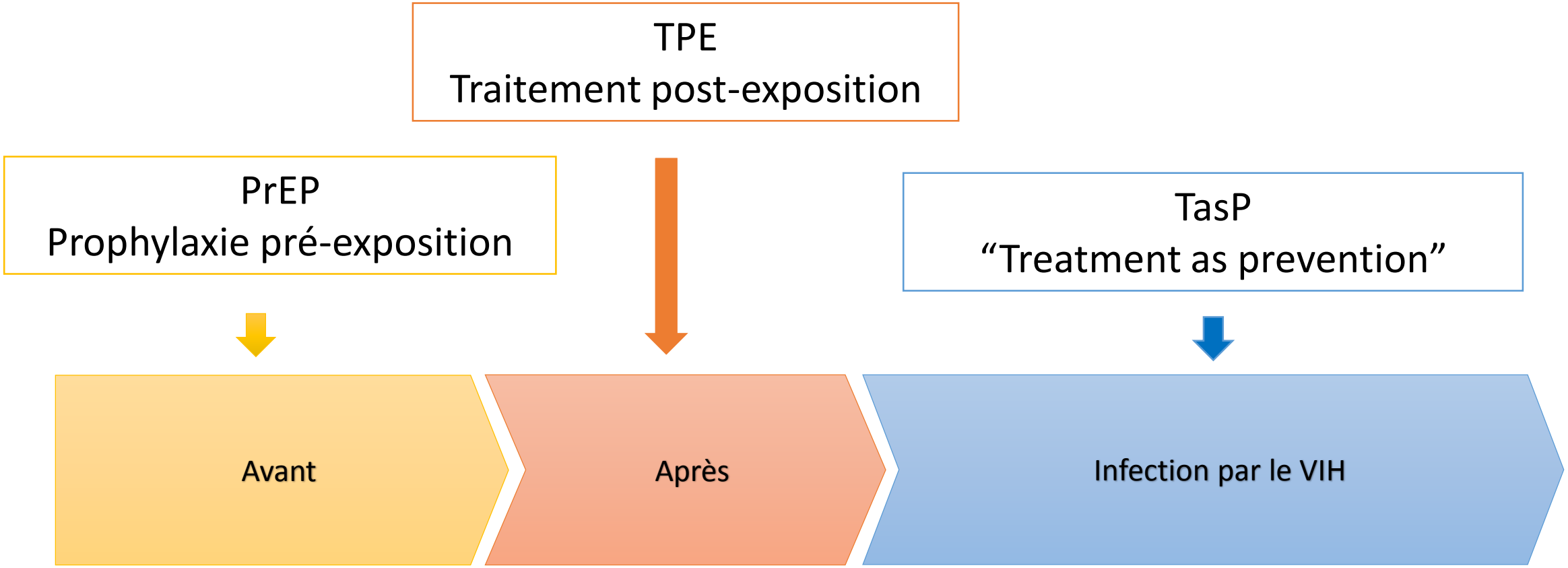
Guide de prise en charge des AEV Normand

Mise à jour du protocole de prise en charge en Normandie en cours → mars 2019.

Disponible sur www.corevih-normandie.fr

Formation sur la prise en charge des AEV ?

Le traitement antirétroviral comme outil de prévention



La PrEP – Prophylaxie Pré-Exposition

GET PrEP

Association fixe de TDF/FTC (Truvada®)

AMM française depuis avril 2007

Molécules utilisées pour le traitement des PVVIH depuis plus de 10 ans

Bonne tolérance clinique (troubles digestifs à l'initiation)

Tolérance biologique : surveillance régulière (foie, rein, os)

Attention aux co-médications (interactions, toxicité)

Pour qui ?

Patients qui ne sont pas infectés par le VIH

Personnes éligibles =

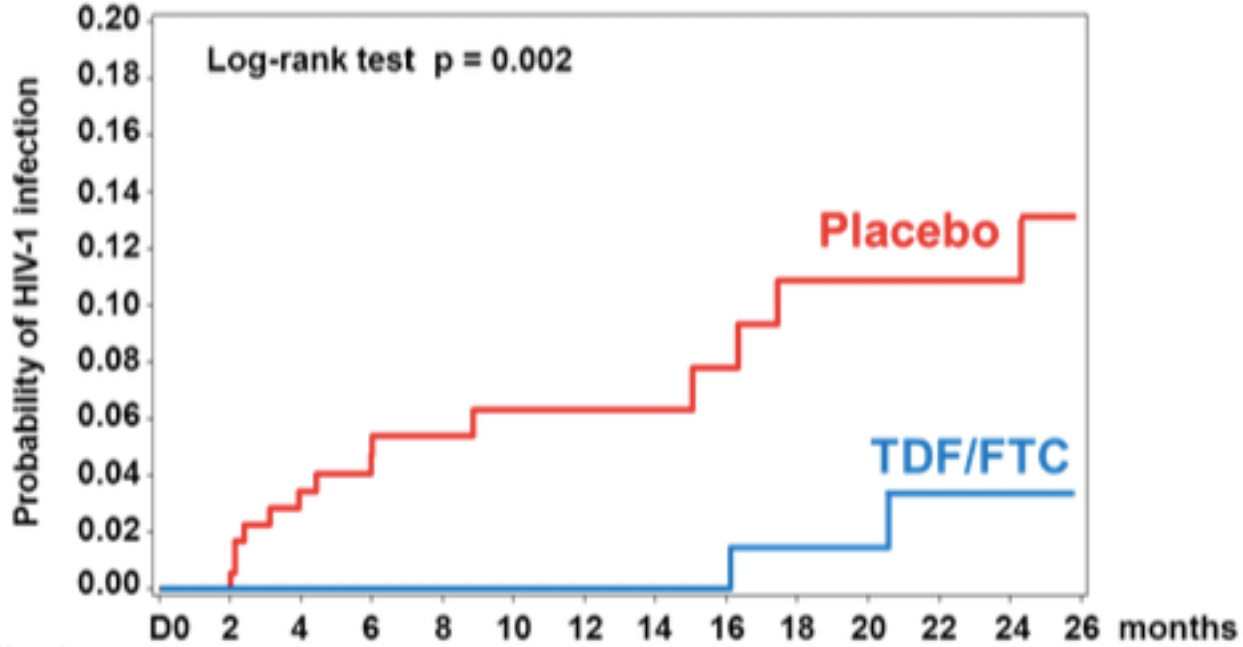
rapports sexuels/comportement à risque répétés – non protégés.

Partenaires appartenant à groupe à prévalence élevé d'infection VIH

Groupe à prévalence élevée : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, partenaires sexuels multiples, personne originaire d'une région de forte endémie (Afrique, Caraïbes dont Antilles Françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), usager de drogue injectable.

Rapport Morlat

Incidence de l'infection VIH-1 (analyse en ITT modifiée)



N at risk :	D0	6	12	18	24
Placebo	201	141	74	55	41
TDF/FTC	199	140	82	58	43

Suivi moyen de 13 mois: 16 sujets infectés

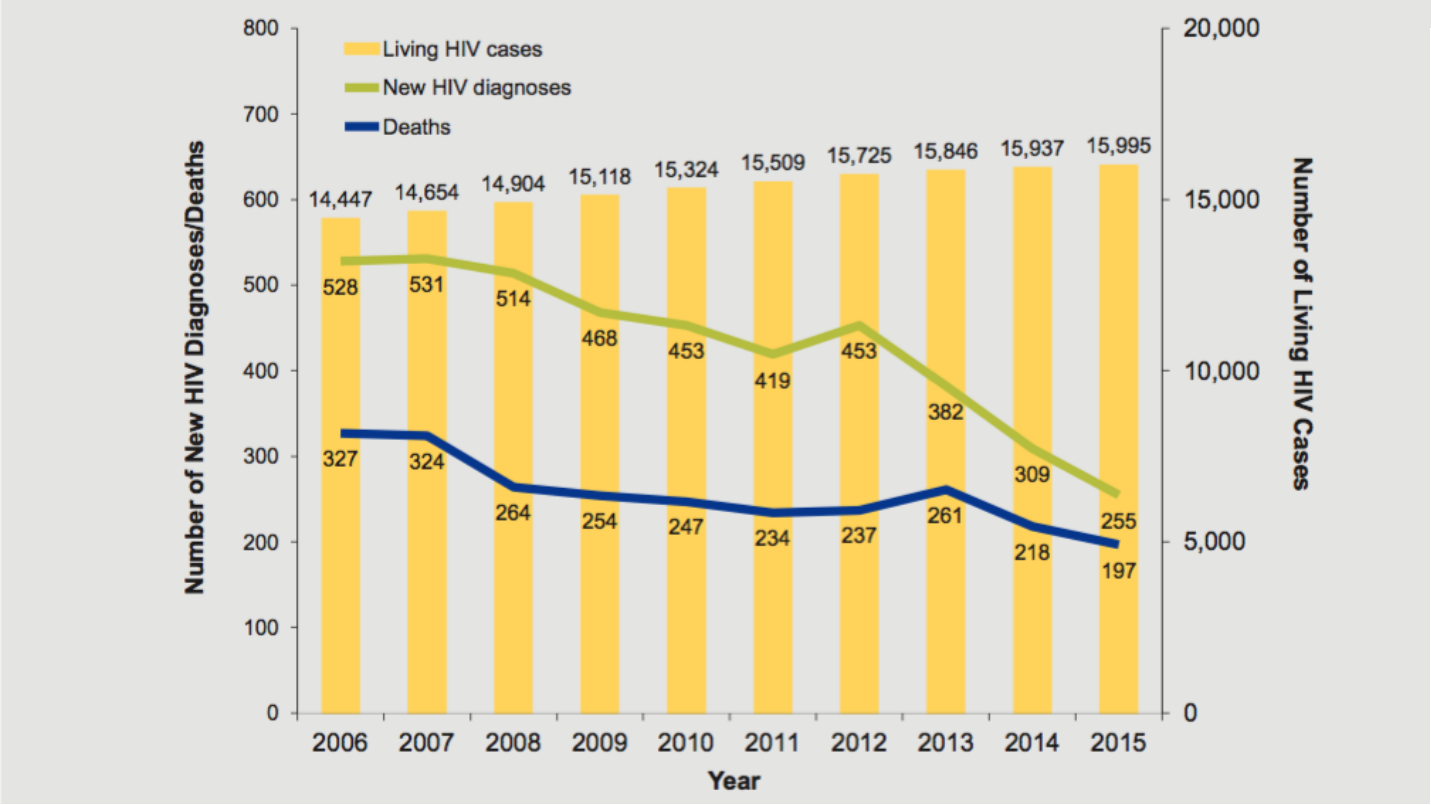
14 bras placebo (incidence: 6.6/100 PA), **2 bras TDF/FTC** (incidence: 0.9/100 PA)

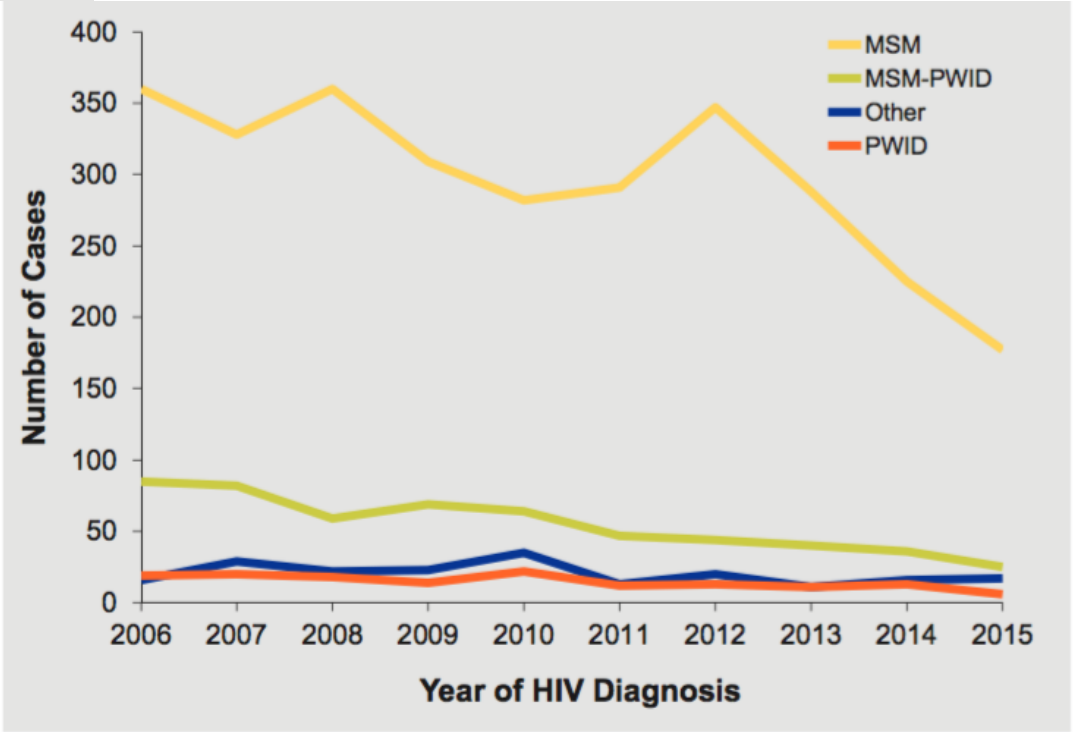
Réduction de 86% de l'incidence du VIH-1 (95% CI: 40-99, p=0.002)

Nombre de sujets à traiter un an pour prévenir une infection: 17

Intérêt individuel et collectif

- A San Francisco 6000 utilisateurs, diminution de 44 % des nouvelles contaminations

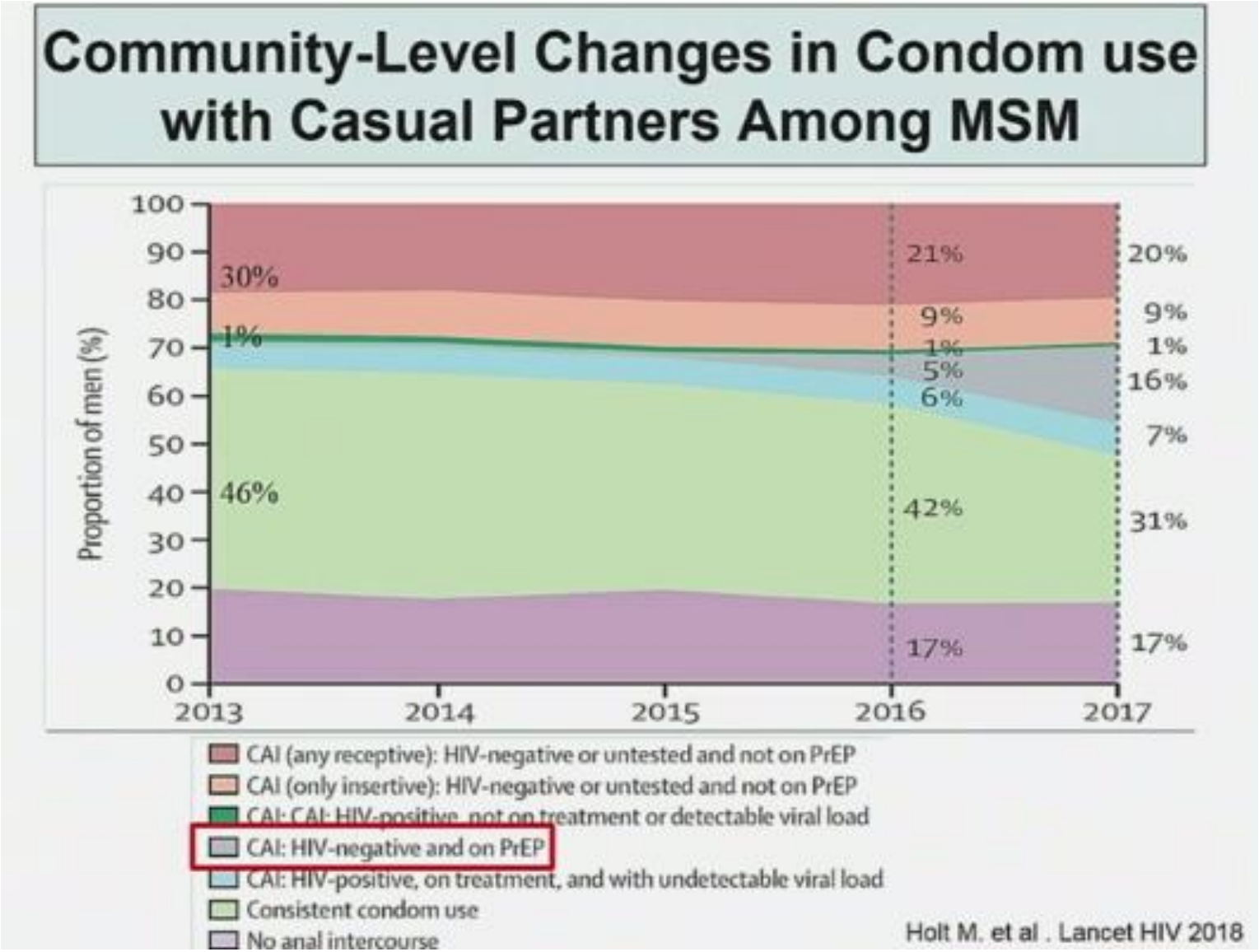




1 Excludes transfemale cases diagnosed with HIV infection. Includes persons with HIV by year of their initial HIV diagnosis.

San Francisco Department of Public Health. *HIV Epidemiology Annual Report 2015*. September 2016.

La PrEP , quel impact ?



2013 – 2017 - Etude à partir d’une cohorte de 16 827 HSH > 18 ans

La PrEP , quel impact ?

Trends in STIs, PrEP and Treatment Uptake among MSM

	2013	2014	2015	2016	2017
PrEP use in past 6 months	2%	2%	2%	7%	24%
Any STI in past 12 months	17%	18%	20%	23%	31%
HIV test in past 6 months	**59%**	65%	66%	72%	**77%**
HIV+ on ART	79%	86%	87%	90%	94%
HIV+ with VL undetectable	77%	84%	88%	89%	94%
Crystalmet in past 6 months	15%	16%	15%	13%	14%

Holt M. et al. Lancet HIV 2018

La PrEP en pratique ?

Consultation sur horaire dédiée ou tout venante (sur ensemble des plages d'ouverture selon CeGIDD/SMIT)

→ Avantage créneau dédié : travaille avec soutien d'une association (AIDES, ENIPSE…) – **counseling**

→ Avantage cs tout venante : élargissement de l'offre

Prévoir plusieurs consultations

- Première consultation : évaluation éligibilité à la PrEP ?

  Évaluation des risques sexuels pris par le patient

  Evaluation des comportements à risque

  Interrogatoire médicale : ATCD, allergies, comorbidités

  Information claire et loyale sur enjeux de la PrEP, différents schémas possibles (continu/discontinu), surveillance biologique et consultation médicale de suivi

- Consultations de suivi à 4 semaines puis tous les 3 mois

Comment prescrire la PrEP?

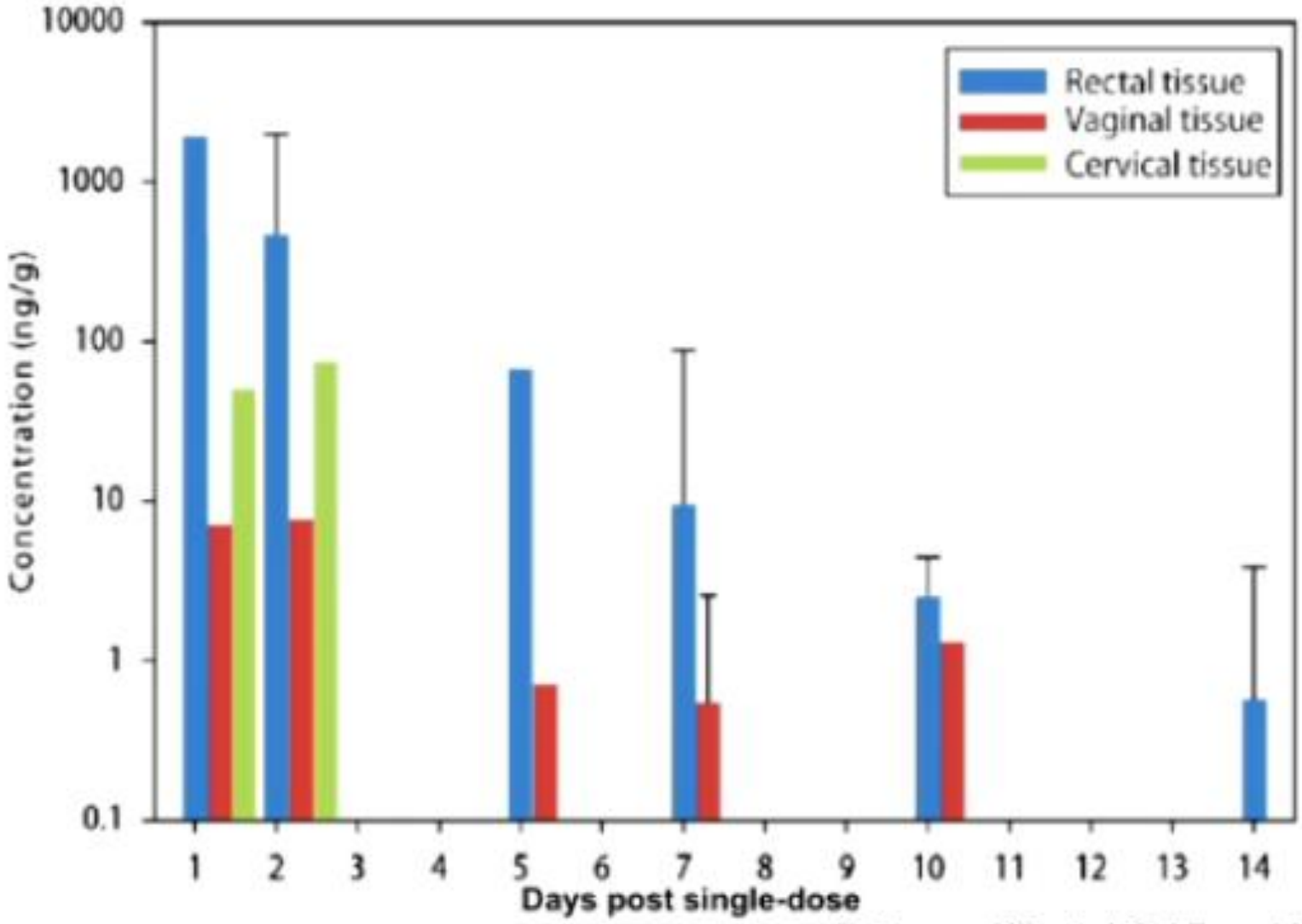
- En continu : 1 cp par jour tous les jours

  L'observance thérapeutique est fondamentale pour l'efficacité
  HSH, UDVI, Transgenres, travailleuses du sexe

- « A la demande » (Schéma Ipergay)

  Non recommandé chez la femme

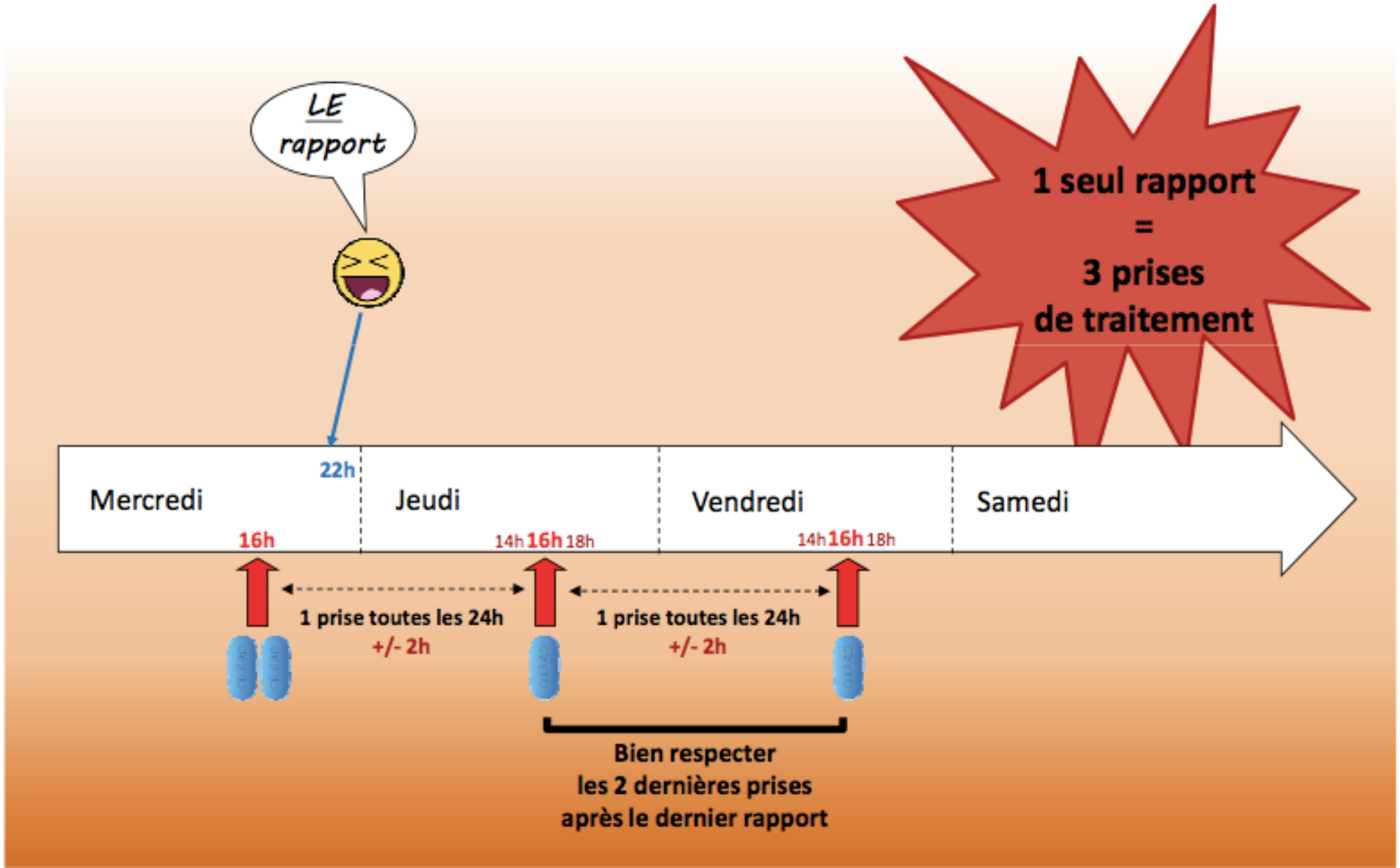
  1 cp - 2 H avant un rapport sexuel
  puis 2 cp à 24H d'intervalle dans les 48H suivantes



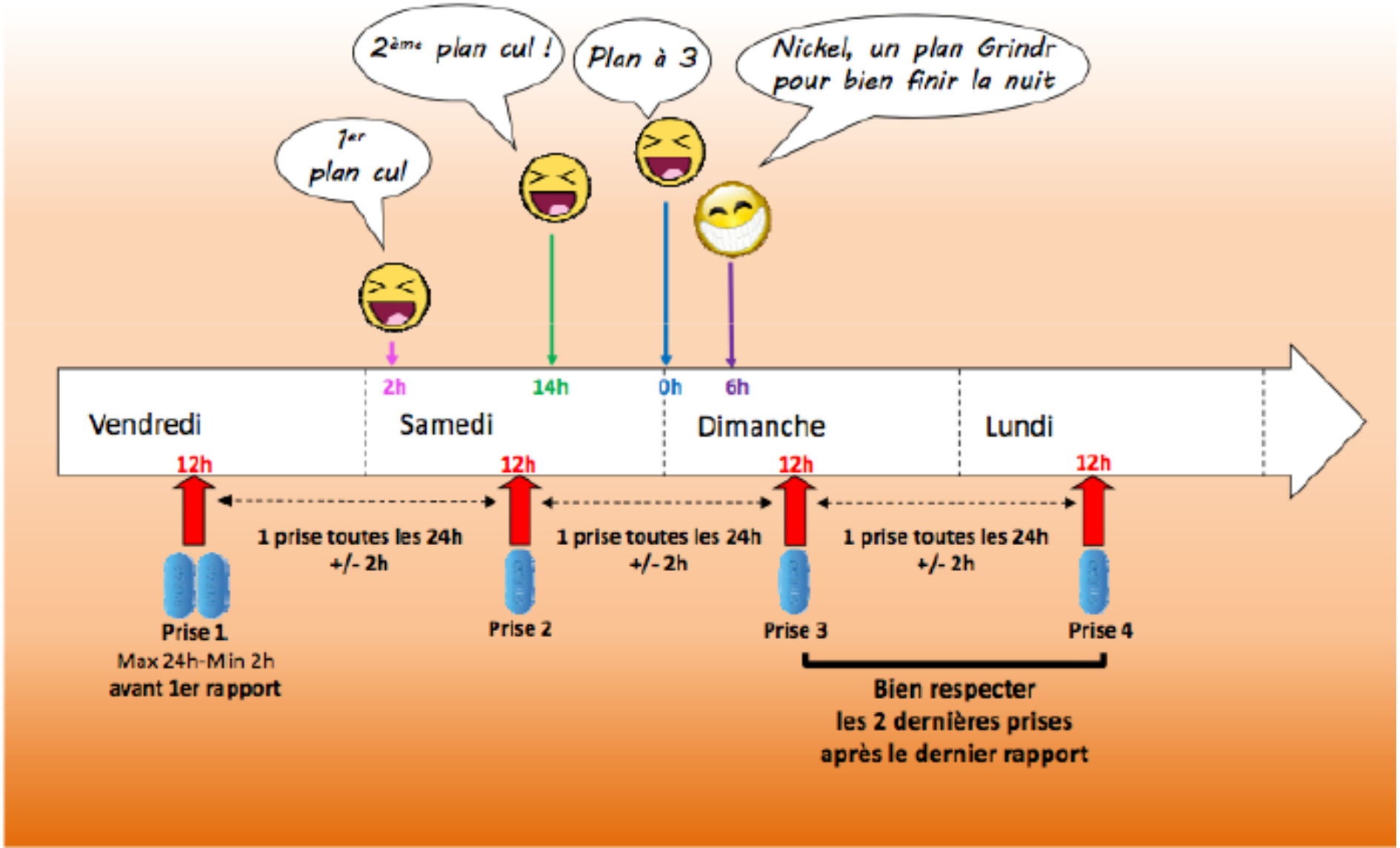
Patterson KB *et al.* Sci Transl Med. 2011.

Concentrations en antirétroviral (TDF/FTC) 10 à 100 X plus élevé dans le tissu rectal vs tissu vaginal ou cervical

Exemple 1 :
Tu as un seul rapport sexuel dans la semaine



Exemple 2 :
Tu as plusieurs rapports sexuels le week-end



Prescription :

Prise en charge du traitement à 100% - aucune avance de frais

Reste à charge possible concernant cs PrEP et bilan de suivi

Délivrance en pharmacie hospitalière ou de ville

Possible de prescrire le médicament générique

ténofovir / emtricitabine : 179 € versus Truvada® : 406 €

Contre-indications :

Symptômes en faveur d'une primo-infection VIH

Insuffisance rénale, clairance < 50 ml/min

allaitement

Bilan biologique de **suivi** tous les 3 mois :

- Tolérance = créatinémie
- Dépistage IST dont contrôle sérologie VIH

Cadre légal

- Seul 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**) peut faire la première prescription de la PrEP.

- Le renouvellement de l'ordonnance peut être réalisé 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.

- **La PrEP ne doit pas être débutée sans consultation médicale préalable** (partage ou échange de comprimés, achat sur Internet, etc.) compte tenu des risques associés à l'utilisation de TRUVADA® et à la mise en œuvre des mesures d'accompagnement de la prescription.

Etude ANRS Prévenir

1 435 premiers volontaires séronégatifs présentant un haut risque d'infection par le VIH recrutés entre le 3 mai 2017 et le 1er mai 2018.
HSH
44% schéma PrEP en continu
53% schéma PrEP à la demande

→ En Aout 2018 : aucun cas d'infection par le VIH, ni chez les personnes prenant la PrEP de manière continue ni chez celles ayant choisi le schéma de prise à la demande.

Protection 100% contre le VIH
8 à 10% de contamination VIH chez HSH → 0% avec la PrEP
Rapport cout / efficacité favorable

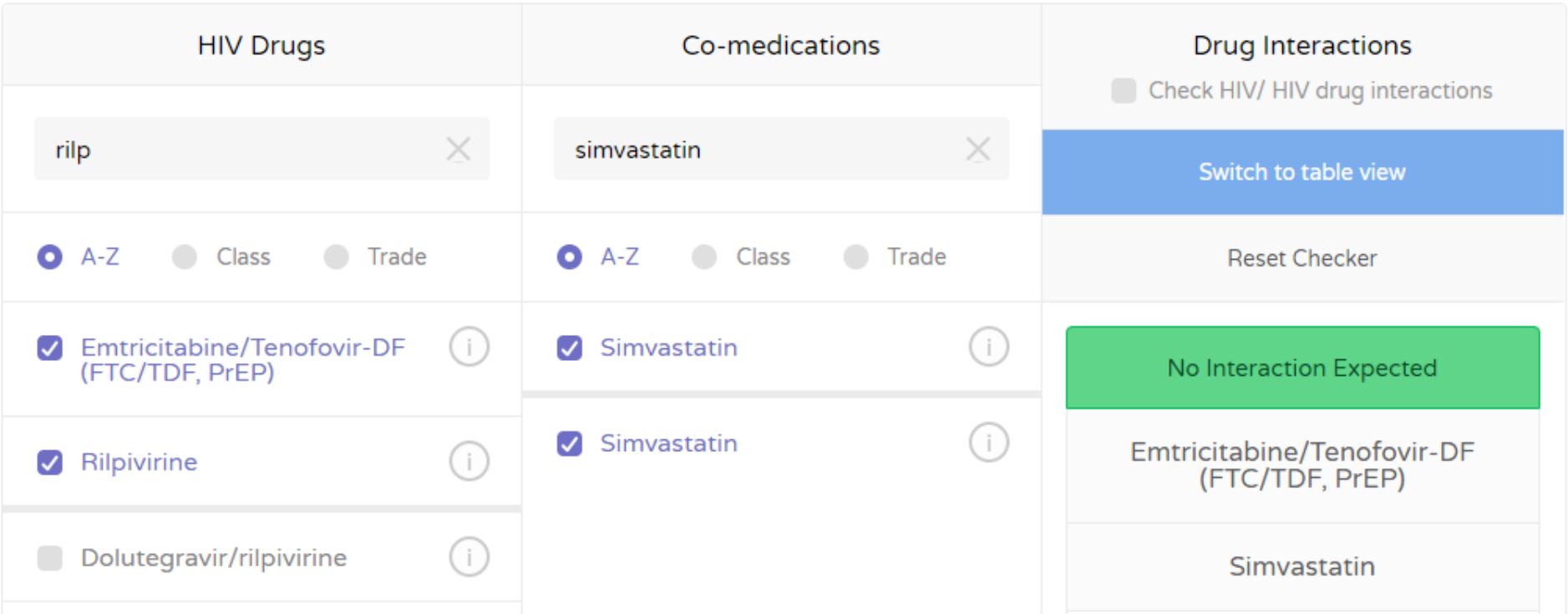
JM. Molina et al

Les outils disponibles

- Logiciels Nadis ou Cupidon – onglet Santé sexuel / motif cs PreP

→ Recueil des données régionales de la PrEP – mission du COREVIH

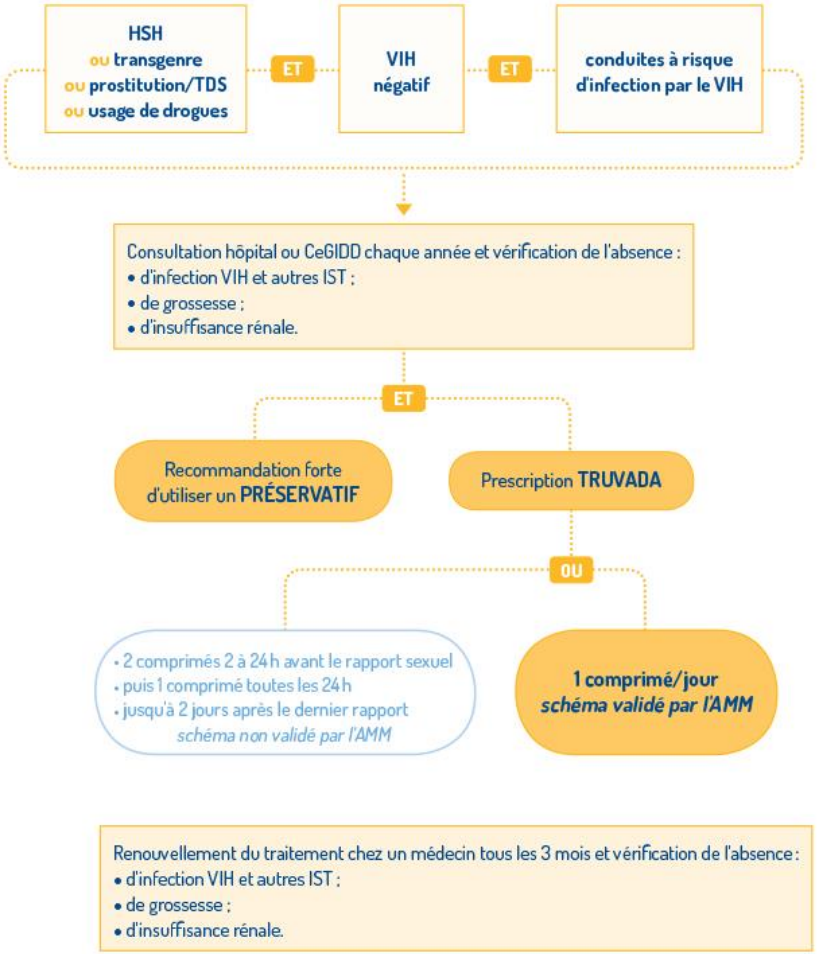
- HIV drug interaction – Liverpool https://www.hiv-druginteractions.org/



http://prep-info.fr/professionnels-de-sante

www.ansm-sante.fr

Has : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-truvada



A venir : Protocole de coopération – IDE

- **Entretiens d'éligibilité à la PrEP – 1H**

Evaluation des risques d'après la sexualité du patient
Critères d'éligibilité
Information orale et remise d'une plaquette d'information (AIDES)
Modalité de traitement et de prises
Prévention des IST : vaccination et dépistage

(CeGIDD Paris, 75004)

- **Consultations de suivi de PrEP par IDE**

Accompagnement du patient - counseling

- Associations : Sida info service / AIDES / ENIPSE

- Applications sur portable : AT PrEP – “Coach”

 dispositif de rappel de prise de ttt et/ou rdv, réglette d’interactions médicamenteuses, conseils pratiques

- Groupe Facebook pour utilisateurs de PrEP : PrEPdial

Outils de PrEP en développement

- Gel microbicide vaginal/rectal

- Anneau vaginal imprégné d'ARV

- Antirétroviraux injectables

D’autres solutions demain ?

Etude APPROACH

Etude de phase 2 : efficacité et tolérance **d’un vaccin contre le VIH**

393 participants (USA, Afrique de l’Est et Afrique du Sud, Thailande)

≥1 dose de vaccin

Âge median = 29 ans; 54% homme; 54% noirs, 27% blancs, 16% asiatiques.

Réponse humorale dans tous les groupes dans les suites du vaccin et prolongée dans le temps :

Taux de réponse humoral >92% à S78 (30 semaines après la 4ème dose

F. Tomaka et al., AIDS 2018

Et le préservatif !!!

Distribution gratuite dans les CeGIDD – fournis par Santé Publique France

Mais également depuis 10 décembre 2018 : **préservatif sur ordonnance**
Taille classique ou XL
1,30 € (boîtes de 6, toutes tailles) et à 2,60 € (boîte de 12)

remboursable à 60 % par l'Assurance maladie pour les patients âgés de plus de 15 ans
+/- mutuelle

Seul rempart contre toutes les INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Diminution du risque de transmission des IST/VIH de 80 %

Quelque soit le meilleur moyen de prévention à un instant T donné, il peut changer.

Il doit être régulièrement réévalué.

Quid IST et hépatites virales ?

Hépatite B

Âge approprié	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois
BCG					
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite Coqueluche Haemophilus Influenzae de type b (HIB)					
Hépatite B					

Si patient non immunisé / non vacciné

Immunoglobulines anti-VHB + vaccination contre l'hépatite B < 7 jours

Vaccination adulte – schéma 3 doses M0, M1, M6

Avant → Après

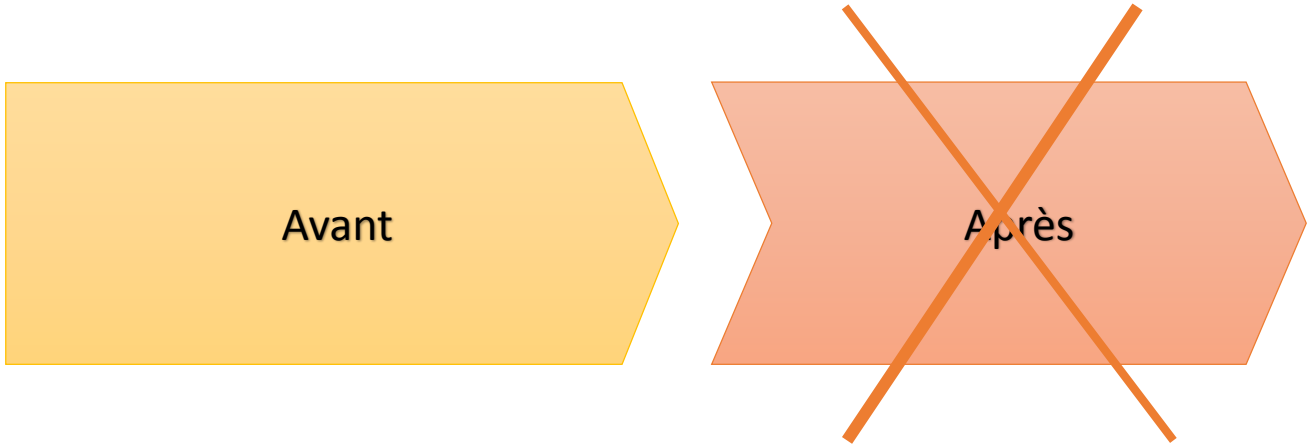
Hépatite A

Vaccination :

1 injection + 1 rappel à M6-M12

Vaccination des patients à risque = HSH, originaire de pays en zone d'endémie

Contamination lors de rapport anaux, oro-génitaux, oro-anaux.

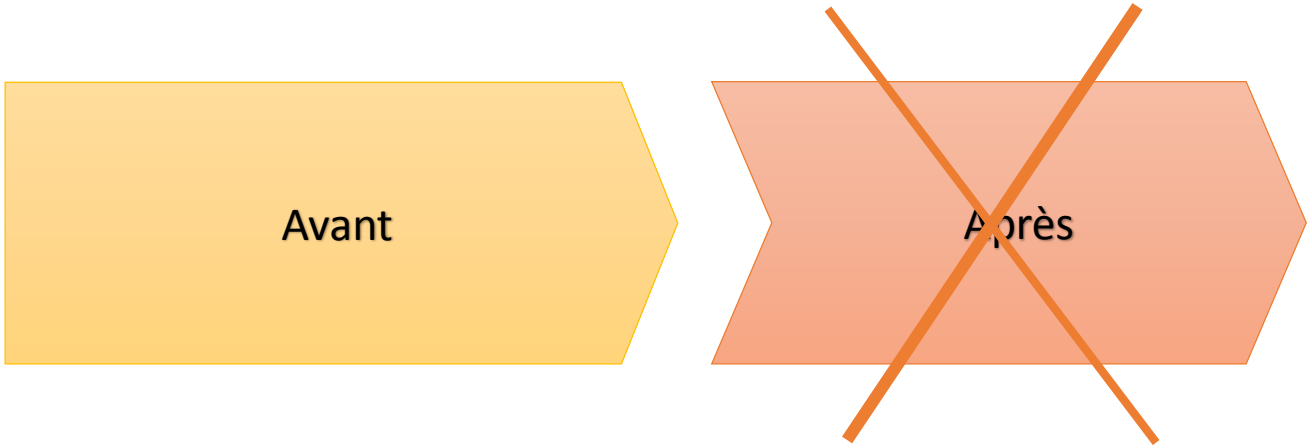


Hépatite C

Risque de transmission maximale chez usagers de drogues injectables / partage d'aiguilles.
Risque de transmission sexuelle = 1,8 %

vs Risque de transmission VHB 30 - 40 %
Risque de transmission du VIH 0,32 %

Prévention : éducation / utilisation de matériel à usage unique
port du préservatif



IST

gonocoque

Recommandations dépistage 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

Reco. Diagnostiques et thérapeutiques pour les MST. Société Dermatologie Française

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…

Quid des IST des Prepeurs?

Plus on dépiste, moins on transmets !

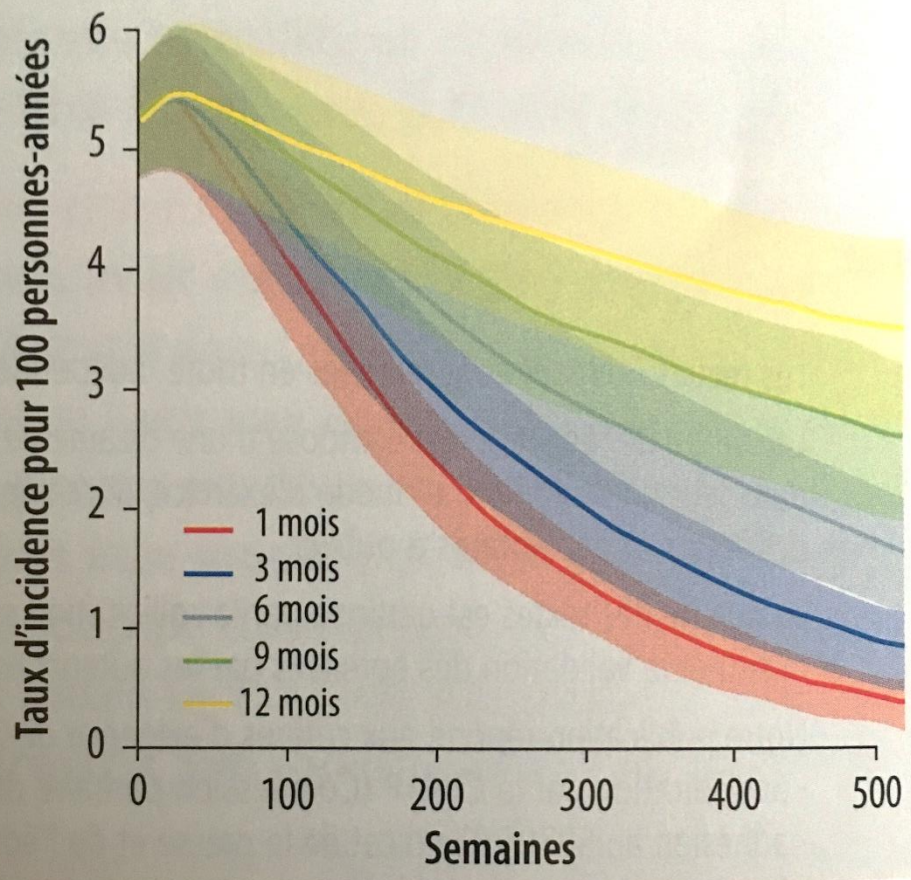
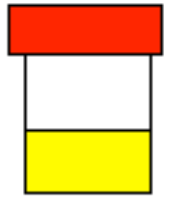
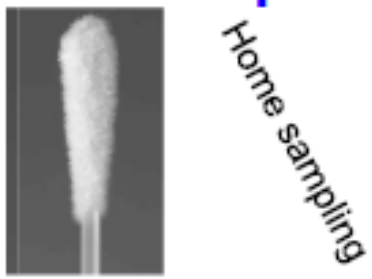


Figure 1. Incidence des IST dans une population d'HSH fortement exposés, sous PrEP, en fonction de la fréquence des dépistages (modélisation). D'après *(1)*.

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



Urines 1er jet (hommes)



Auto-prélèvement vaginal (femmes)

- **Echantillons urogénitaux et autres**
  - ✓ **Ecouvillons cervical, urétral, anal et pharyngé**
  - ✓ **Milieux de transport**

Flocked swab

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

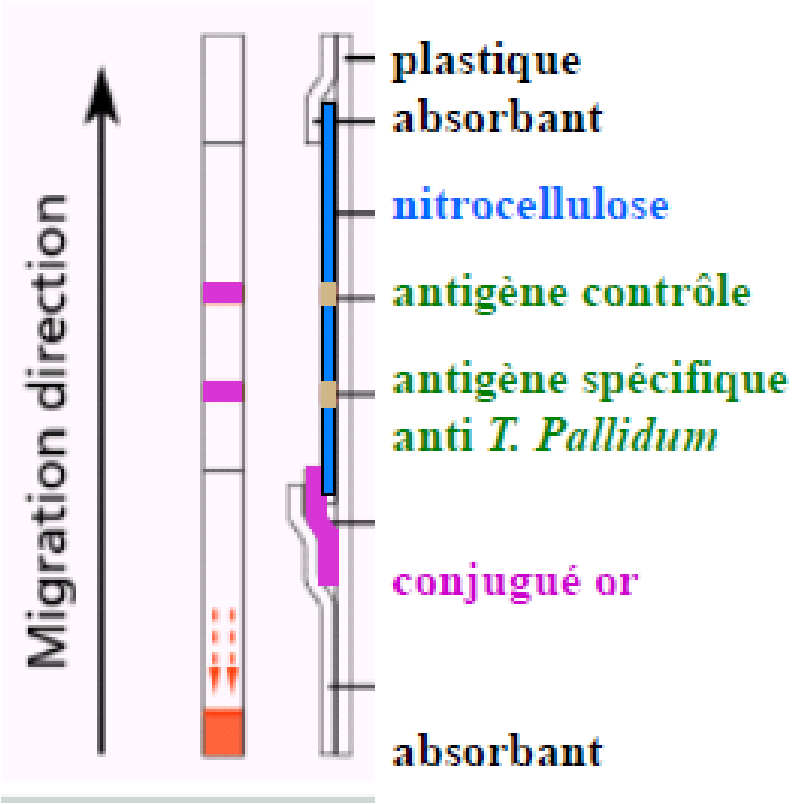
- prélèvement urinaire seul : 3 %
- prélèvement multi-site : 11 % n = 44/396

→ 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.

Brosselin P et al. mars 2018;66:S37.



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

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/312edcae6bded10cadd654e6ecf12dde.pdf

Réduction du risque de transmission des IST

Dépistage +++

Facile, non invasif, rapide – résultats < 48H

Traitement antibiotique « minute »
Rocéphine = 1 injection IM
azithromycine = 1 g PO en une prise
Extencilline 2,4 MUI IM

Réduction du risque de transmission des IST

Prophylaxie pré-exposition (PEP) ?

Antibiothérapie doxycycline en prévention - 200 mg dans les 24H suivant le rapport sexuel à risque.

NON recommandé à ce jour

JM Molina et al. Lancet Inf Disease 2018

Avant

Après

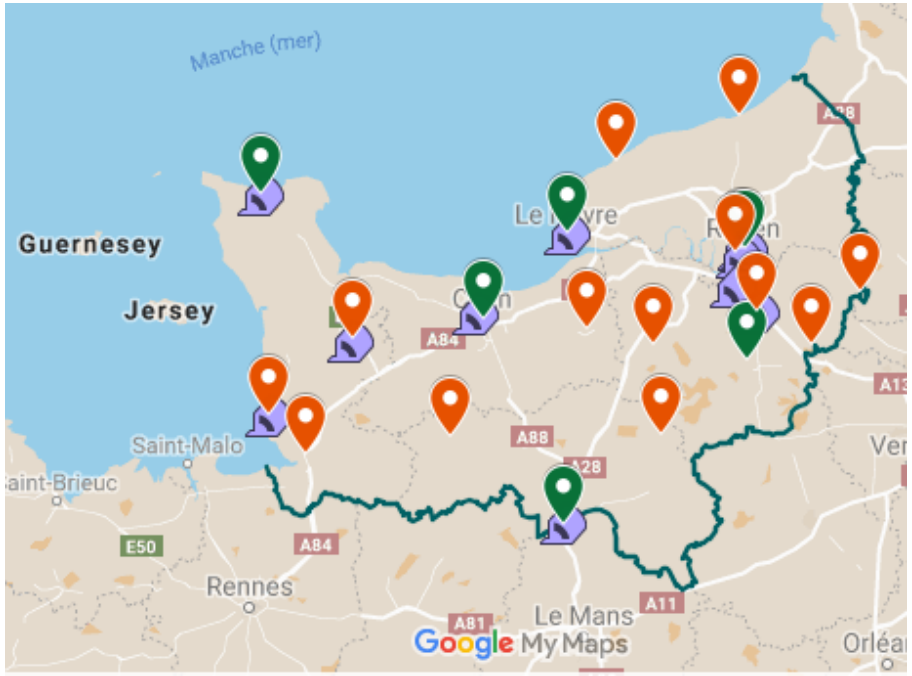
SEUL MOYEN DE PREVENTION = PRÉSERVATIF

PrEP, TPE, TasP, préservatif, dépistage

Où ?

- Médecin traitant
- Services de Maladies Infectieuses
- Urgences hospitalières – prise en charge des Accidents d'exposition viraux – prescription de TPE
- CeGIDD

www.corevih-normandie.fr



PrEP, TPE, TasP, préservatif, dépistage

Autres formations ?

PrEP – 28 février 2019 – Caen

AEV – formation à prévoir si intéressés – diffusion du nouveau guide de prise en charge Normand courant mars 2019 sur le site internet

Journée des CeGIDDs Normands – Protocole de Coopération et actions de dépistages « hors les murs »

CORevIH
COMITÉ DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH DE NORMANDIE

Merci

A vos questions !

Cas clinique 1

Emma, 23 ans consulte au CeGIDD pour un bilan « *systématique* » de dépistage.

Elle déclare ne jamais prendre de risque.

Pourtant, le résultat du bilan de dépistage est positif : portage de chlamydiae asymptomatique pharyngé et vaginal.

- Comment aborder vous l’interrogatoire ?

Cas clinique 2

Christophe, 40 ans, vient au CeGIDD pour un dépistage VIH

Il rapporte de multiples prises de risque pluri-mensuelles dans un sauna avec des partenaires inconnus. Il avoue ne pas mettre de préservatif car le dérange pour la prise de plaisir.

Et puis : « *Dans le milieu homo, les « séropo » sont de plus en plus nombreux, alors fatalement je serai contaminé mais on vit très bien avec le VIH de nos jours alors pourquoi me protéger ?* »

- Que lui proposez-vous?

Cas clinique 3

Josiane, 68 ans vient au CeGIDD pour une demande de dépistage car un de ses partenaires a eu « des chlamydiae ». Elle n’ose pas aller voir son médecin traitant. Elle n’a pas de symptômes de son côté.

Elle déclare avoir eu 5 partenaires différents ces 2 dernières années, dont 2 en ce moment. Elle ne met pas de préservatif. « De toute façon, les gens de mon âge qui avait le SIDA, ils sont mort ! »

- Que lui proposez-vous?

Cas clinique 4

Clément, 16 ans vient pour la première fois seul au CeGIDD pour un écoulement anal. Il a eu des rapports non protégés il y a 3 semaines avec un partenaire d'un soir rencontré sur une application.

Il a des rapports sexuels depuis 1 an et a eu 3 partenaires occasionnels. Il semble terrifié.

- Que lui proposez-vous?
- Il a entendu parlé de la PrEP, que lui répondez-vous?

Cas clinique 5

Rebecca, 36 ans, vient au CeGIDD pour un dépistage « systématique ».

Elle semble extrêmement angoissée.

Elle finit par vous avouer qu’elle a arrêter le port de préservatif à la demande de son mari et parce qu’elle veut un enfant.

Mais son mari est suivi dans le service de Maladies infectieuses et tropicales pour une infection VIH.

- Comment prenez-vous en charge cette patiente ?