

AFRANUM

Modules de formation numérique AFRAVIH

Comment intégrer le dépistage des IST dans les soins VIH ?

Introduction

- Terme IST s'est substitué à celui de MST pour prendre en considération les infections asymptomatiques
- Celles-ci sont de plus en plus décrites avec l'amélioration des méthodes diagnostiques, notamment les TAAN
- Les IST sont en augmentation croissante dans le monde entier
- L'OMS estimait la prévalence globale des IST en 2012 à 357 millions
- Incidence quotidienne > 1 million d'IST/jour
- Les IST virales restent les plus fréquentes

La situation épidémiologique actuelle dans les pays occidentaux

- baisse du recours au dépistage en 2020, observées à la fois pour le VIH et les IST bactériennes,
- crainte d'un retard au diagnostic et une circulation plus importante de ces infections
- dans le contexte épidémique actuel (SARS COV2, Monkeypox MKPV), il faut inciter la population à se dépister +++

La situation épidémiologique actuelle dans les pays en développement

- Importance des IST et de leur conséquences
 - Cela nécessite de renforcer l'information et l'éducation sur ces pathologies
 - En particulier dans les régions à prévalence élevée et auprès de certaines populations
 - Les IST ulcérantes augmentent le risque de transmission du VIH
-
- NB : IST ulcérantes = syphilis, HSV, chancre mou, donovanose, LGV

Etiologies des IST : 13 agents infectieux

- 6 bactéries :
 - *Chlamydia trachomatis* (CT)
 - *Neisseria gonorrhoeae* (NG)
 - *Treponema pallidum* (TP)
 - *Mycoplasma genitalium* (MG)
 - Moins fréquent : *Haemophilus ducreyi*, *Klebsiella granulomatis*
- 4 virus : VIH, VHB, HPV, HSV
- 1 protozoaire : *Trichomonas vaginalis* (TV)
- 2 ectoparasites :
 - *Sarcoptes scabiei*,
 - *Phtirius inguinalis*

Bactéries responsables de MST

Agents pathogènes	Urétrites Cervicites	Ulcération génitale	Adénites (bubon)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	+	0	0
<i>Haemophilus ducreyi</i>	0	+	+ (bubon)
<i>Treponema pallidum</i>	0	+	+
<i>Klebsiella granulomatis</i>	0	+	0
<i>Chlamydia trachomatis</i>	+ (D-K)	+/- (L)	+ (L) (bubon)
<i>M. genitalium</i>	+	0	0

Virus (+/-) responsables de MST

Virus de l'hépatite B (VHB)	Hépatite virale
Virus de l'hépatite C (VHC) Virus de l'hépatite A (VHA)	Hépatite virale
<i>Herpes simplex virus (HSV)</i>	Herpès génital Herpès néonatal Ophtalmie herpétique
Virus de l'Immuno-dépression Humaine (VIH)	Primoinfection VIH, SIDA
<i>Epstein Barr virus (EBV)</i>	Mononucléose infectieuse, Lipschutz
Cytomégalovirus (CMV)	MNI like, ulcère de Lipschutz
<i>Human T lymphotropic virus 1 (HTLV1)</i>	Syndrome lymphoprolifératif; neuro-myélopathies
<i>Kaposi sarcoma associated herpesvirus (KSHV)</i>	Maladie de Kaposi, Castleman
<i>Human Papilloma Virus (HPV)</i>	Condylomes Néoplasies intra épithéliales. Carcinomes Cancer du col utérin Papillomes laryngés

Parasites responsables de MST

Protozooses <i>Trichomonas vaginalis</i>	Urétrite subaiguë
Ectoparasitoses <i>Sarcoptes scabiei</i> <i>Phtirius inguinalis</i>	Gale humaine Phtiriase

Approche étiologique/approche syndromique (1)

- Démarche diagnostique syndromique : consiste à regrouper différentes IST en syndrome selon la présentation clinique
- Exemple : écoulement urétral, ulcération génitale
- en particulier dans les pays à faibles ressources, si TAAN non accessibles
- Prise en charge selon algorithme décisionnel

Approche étiologique/approche syndromique (2)

- Approche syndromique
 - ➔ Diagnostic probabiliste + traitement probabiliste
- Patient doit être revu à J7 pour contrôle clinique et des sérologies
- Problèmes de cette approche :
 - 1) néglige les co-infections,
 - 2) ne prend pas en compte les infections plus rares (ex : *Mycoplasma genitalium*)
 - 3) Ne prend pas en compte les IST asymptomatiques...

Problème des IST asymptomatiques (1)

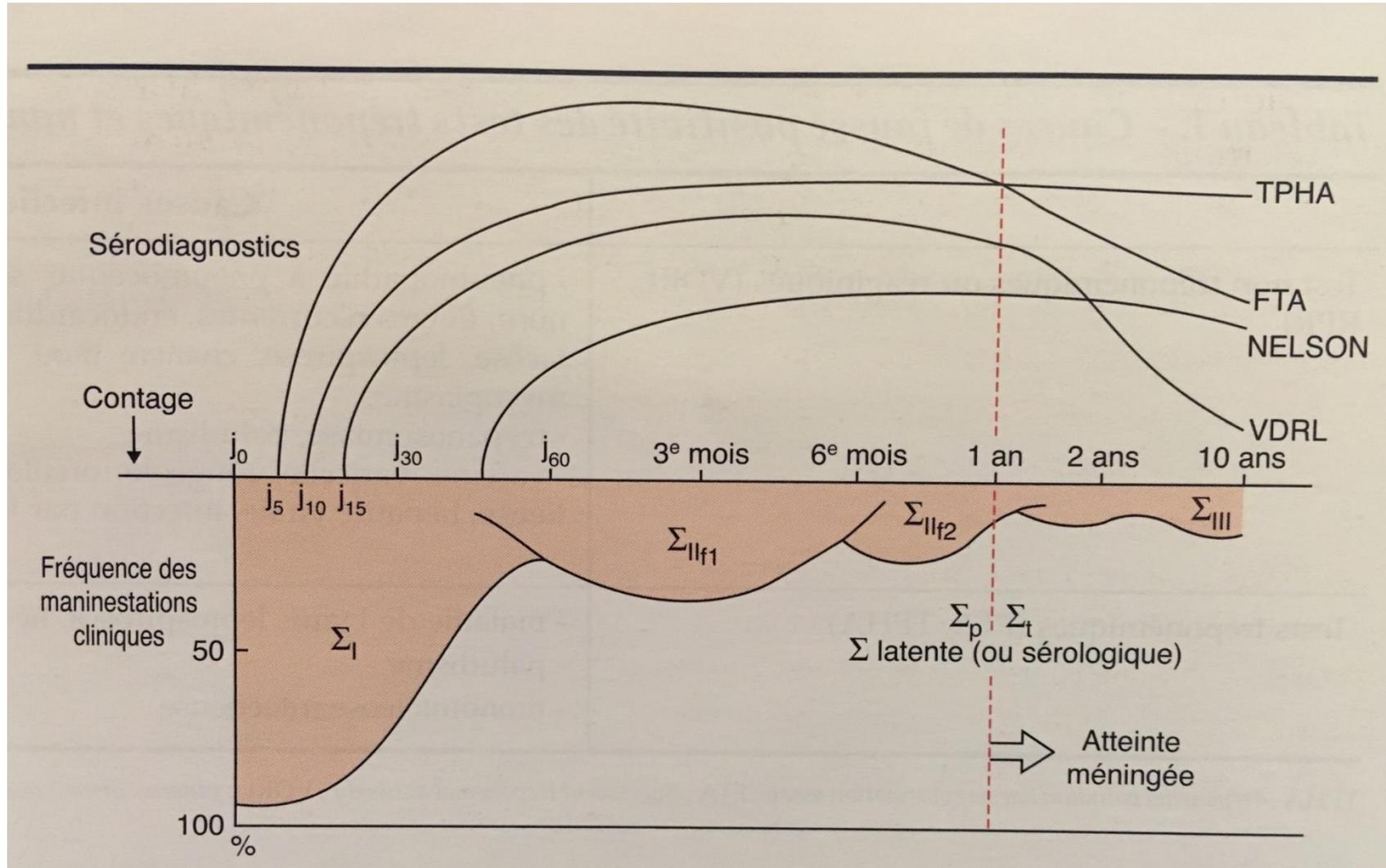
- Utilisation des TAAN : permet identification d'un nombre croissant d'infections asymptomatiques
- Y compris pour des agents d'IST réputés symptomatiques (ex : portage pharyngé et anal de gonocoque)
- L'enjeu est de savoir où placer le niveau de dépistage :
 - Fréquence ?
 - Sites ?
 - Quelle population ? (VIH, HSH, sexe tarifé, multipartenariat)

Problème des IST asymptomatiques (2) Ex : Chlamydia/Gonocoque

- Chez la femme : risque de grossesse extra utérine, algie pelvienne inflammatoire, stérilité après infection génitale à chlamydia/gonocoque
- Or infection asymptomatique dans 70% des cas pour gonocoque, jusqu'à 90% des cas pour chlamydia
- Intérêt de proposer des dépistages systématiques par TAAN dans cette population

Problème des IST asymptomatiques (3)

Ex : Syphilis



Intérêt du dépistage
sérologique
systématique régulier
dans les populations à
risque

Problème des IST asymptomatiques (3)

- D'un autre côté, dépistage systématique peut parfois ne pas être préconisé
- Ex : *Mycoplasma genitalium*
- Dépistage systématique n'est plus recommandé en France et dans de nombreux pays chez les asymptomatiques, y compris à haut risque sexuel
- Raisons : émergence rapide de la résistance aux macrolides liées à des prescriptions ATB non adaptées (azithromycine en DU), pathogénicité discutée en l'absence de symptômes, clearance spontanée après quelques semaines

Dépistage IST des sujets asymptomatiques

Qui ? Quelle fréquence ?

- Un dépistage régulier est recommandé dans les populations les plus exposées (HSH sexuellement actifs, VIH, multipartenariat, sexe tarifé, précarité)
- Fréquence mal codifiée, dépend des situations, des pratiques sexuelles, des conditions d'accès aux laboratoires, des possibilités de TAAN
- En France, un dépistage tous les 3 à 6 mois est recommandé pour les HSH sexuellement actifs
- **Un dépistage au moins annuel devrait être proposé chez les patients infectés par le VIH**

Dépistage IST des sujets asymptomatiques

Quels examens ?

- **Chez l'homme** : PCR (*Neisseria gonorrhoeae* + *Chlamydia trachomatis*) aux trois sites (prélèvement du 1^{er} jet urine +/- écouvillon de gorge et anal) + sérologies (syphilis +/- VHB, VHA, VHC)
- **Chez la femme** : PCR (NG/CT) aux trois sites (auto prélèvement vaginal +/- écouvillon de gorge et anal) + sérologies (syphilis +/- VHB, VHA, VHC)
- Intérêt des auto-prélèvements (gorge, anus, vagin)
- Vaccination VHB/VHA/HPV à mettre à jour +++
- A adapter en fonction des pratiques sexuelles/prises de risque

Dépistage IST des patients VIH : ne pas oublier l'examen clinique !

- Pathologie HPV très fréquente et plus grave chez les PVVIH
- Risque HPV à haut risque carcinogène
- 70% des HSH infectés par ensemble des génotypes
- Clearance virale plus lente, multiples génotypes
- Différentes formes cliniques, différents stades de gravité
- Rôle de l'immunité cellulaire

Condylomes (diagnostic)

- Diagnostic clinique +++
- Examen cutané et muqueux complet : lésions buccales, génitales et anales
- Bonnes conditions d'examen (lumière, table,...)
- **Biopsie** si doute diagnostic ou lésion suspecte



Condylomes



Condylomes



Condylomes



Tumeur de Buschke-Löwenstein

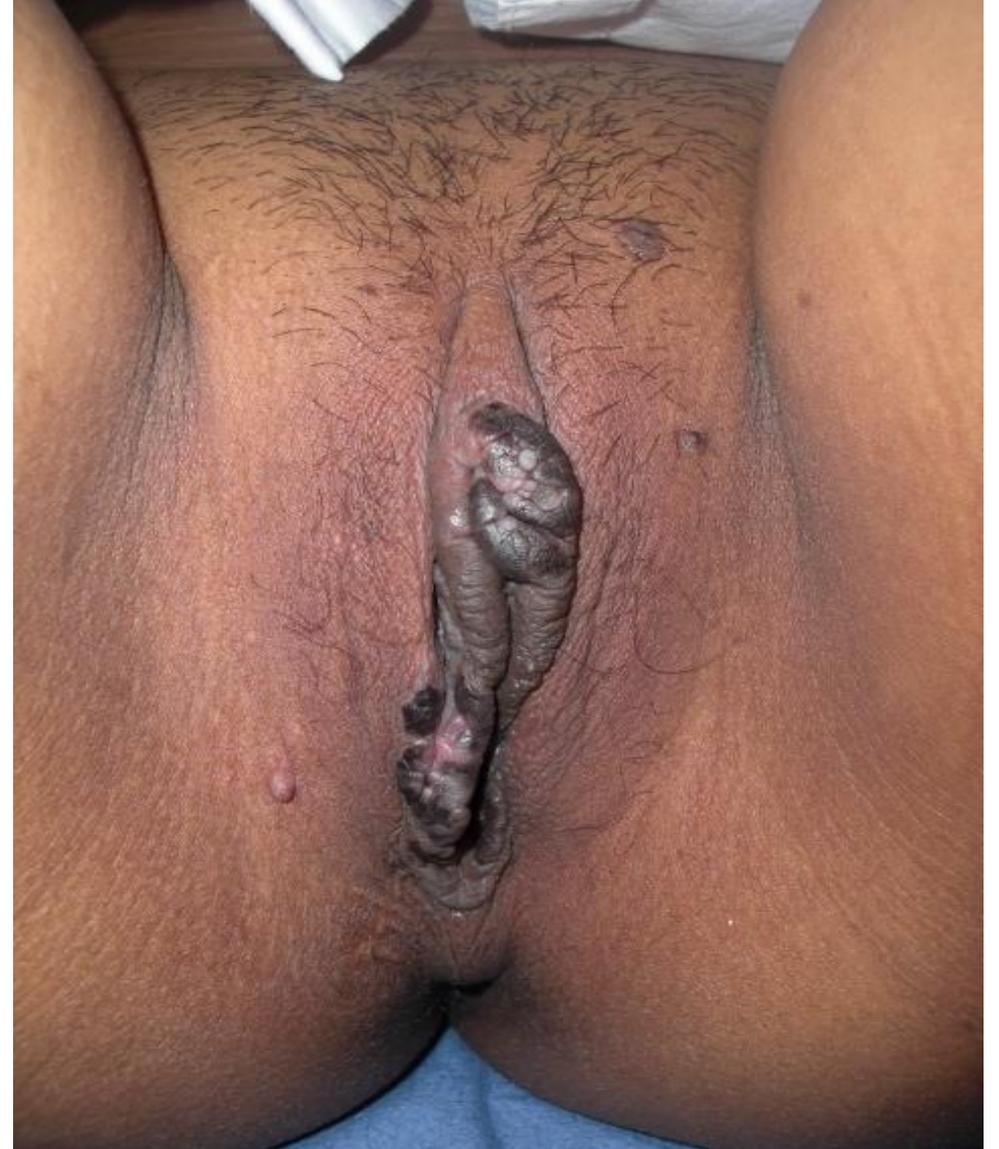
- HPV6, 11
- Histologiquement bénins
- Exceptionnellement, transformation maligne



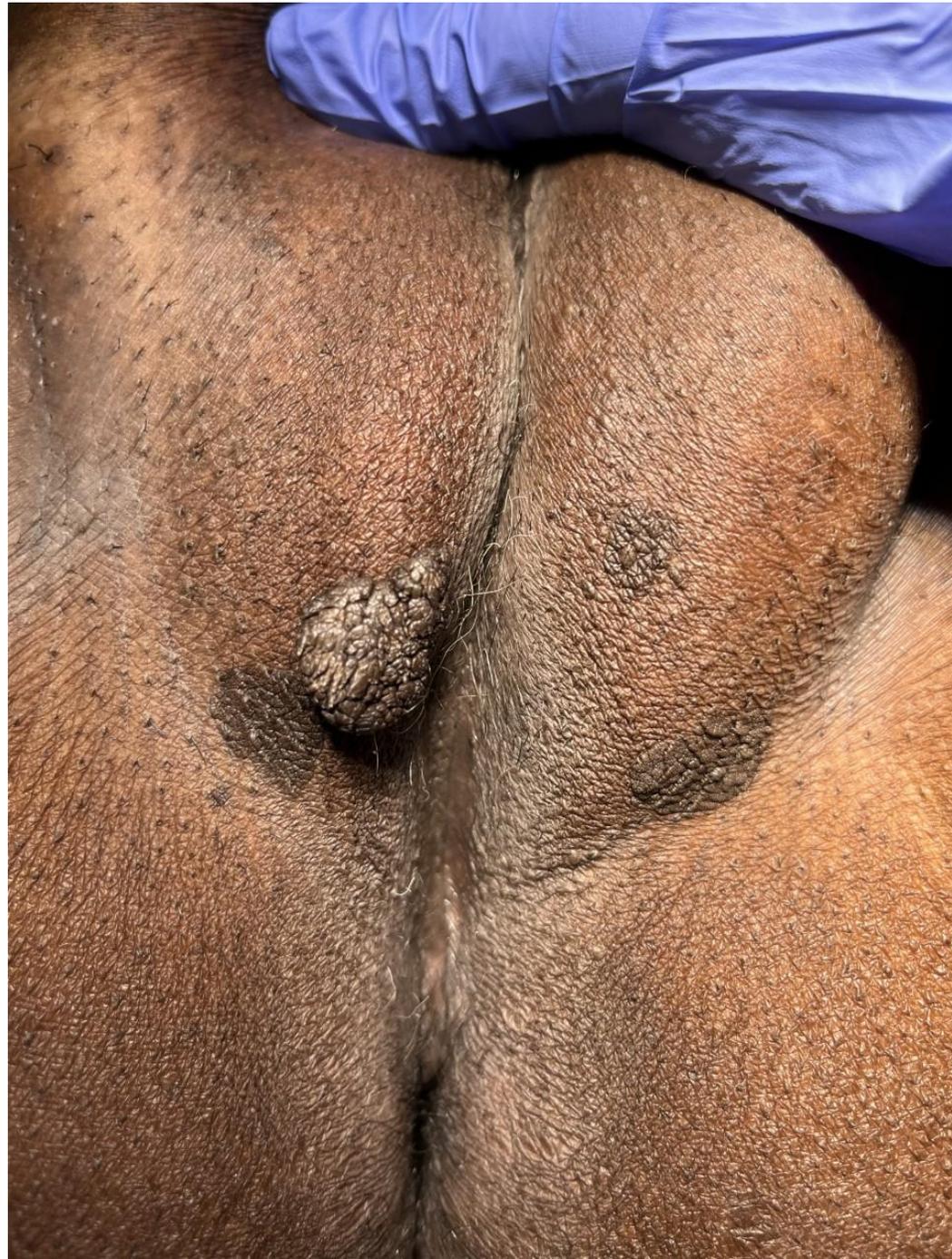
Condylome géant
= tumeur de
Buschke Lowenstein
+
Papulose bowénoïde



Papulose bowénoïde



Condylomes vulvaires + papulose bowenoïde



Carcinome épidermoïde



Conclusion

- Le dépistage des IST doit être intégré aux soins VIH
- Ce dépistage comporte 2 volets:
 - Examen clinique +++ , en particulier muqueuse génitale et anale, au moins annuel, complété par gynécologue et proctologue
 - Examens biologiques : sérologies + TAAN
- Nature du dépistage et fréquence à adapter aux pratiques sexuelles, au terrain et aux conditions locales
- Surveillance lésions HPV +++ surtout si patient ID