



Prévention et dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST)

Cellule « Santé & Sexualité » de la SSMG Jan 2019

Déclaration des liens d'intérêt

- Le contenu de cette formation a été réalisé par les médecins membres de la cellule « Sexualité & Santé » de la SSMG sans aucune intervention de tiers
- Les membres de la cellule « Sexualité & Santé » de la SSMG déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec ce contenu
- La SSMG a bénéficié du soutien de MSD pour la logistique de ce programme

Table des matières

1. Définition des IST + liste des agents

2. Prévention des IST

- importance du préservatif / limites du préservatif
- vaccinations
- Prep

3. Dépistage des IST

- anamnèse, recherche de symptômes, rapports à risque
- discussion d'un éventuel examen clinique
- méthodes et moyens de dépistage
- traitement post-exposition (TPE) HIV et VHC
- remise des résultats
- information du/des partenaire(s)

Chap 1 - Définitions

- Définition d'une infection sexuellement transmissible
- Liste des agents responsables des IST
- Particularités de la communauté LGBT
- Approche spécifique LGBT

Définition d'une IST

- Infections sexuellement transmissibles ou IST =
infections qui se transmettent essentiellement lors des rapports sexuels, quels que soit leur mode: génital, oro-génital, ano-génital ou caresses sexuelles
- Ces infections sont provoquées par des virus, des bactéries ou des parasites.
- Vaginoses et mycoses génitales ne font donc pas partie des IST.

Liste des agents responsables des IST

- **HIV** – virus de l'immunodéficience humaine
- **HPV** – papillomavirus humain
- **VHB** – virus de l'hépatite B
- **VHC** – virus de l'hépatite C
- **HSV 1 et 2** - Virus herpès simplex 1 et 2
- **Chlamydia** – Chlamydia trachomatis
- **Gonocoque** – Neisseria gonorrhoeae
- **Tréponème pâle** – Treponema pallidum
- **Trichomonas** - Trichomonas vaginalis

Communauté LGBT

- Particularités:

- risque d'IST + élevé que dans population générale
 - + particulièrement HSH et transgenres
 - les FSF sont aussi à risque élevé !
- + à risque de maladie mentale et de suicide
- + à risque de dépendances de drogues licites ou pas
- transgenres sont + à risque de violences conjugales

Communauté LGBT

- Approche spécifique:

- ne pas supposer l'orientation sexuelle du patient

- poser des questions neutres

- « Avez-vous des rapports sexuels? »

- Si oui, avec des femmes, des hommes, les deux? »

- parler de partenaire, terme qui n'a pas de genre

- si on a un doute sur la personne devant nous:

- « Préférez-vous que je vous appelle Madame ou Monsieur? »

- ne pas juger, ne pas (se) choquer

- 1 femme trans peut avoir une prostate et 1 homme trans avoir un col utérin

Communauté LGBT

On a le droit de ne pas tout connaître, mais on a le devoir de se renseigner...

- asbl communautaire de HSH:

Ex aequo

- asbl communautaire de personnes trans et intersexe:

Genres pluriels

(guide de santé sexuelle pour les personnes trans* et leurs amant.e.s)

- asbl communautaire de femmes FSF:

Rainbow House

Chap 2 - Prévention des IST

- Importance du préservatif
- Limites du préservatif
- Vaccinations contre hépatite B ou combinée hép A et B
- Vaccinations contre les HPV
- Prep et centres de référence
- TASP

Importance du préservatif

- **Importance**

Position de l'OMS: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs243/fr/>)

seule méthode contraceptive dont il est prouvé qu'elle réduit le risque de toute IST, y compris le VIH.

Etudes en laboratoire :

les virus ne traversent pas un préservatif en latex, même étiré.

Etudes sur couples sérodiscordants :

utilisation systématique du préservatif réduit de 80% l'incidence du VIH.

Limites du préservatif

- **Protection imparfaite**

Barrière mécanique empêchant l'échange de sperme et de liquides biologiques (sang, sécrétions vaginales ou anales, salive).

Ne protège pas des infections se transmettant par contact de peau à peau (HPV, HSV, Chlamydia), le préservatif ne recouvrant pas toute la zone génitale, pas les mains ou les sextoys.

- **Utilisation imparfaite...**
il faut bien le mettre...



Vaccinations contre l'hépatite B

- **VHB** responsable d'hépatites aiguës, chroniques, fulminantes, cirrhoses et hépatocarcinomes
- 14,7 cas / 100.000 habitants / an en Belgique
- Pic de contamination entre 35 et 49 ans en Belgique
- Transmission par contacts entre individus
 - soit par le sang,
 - soit par salive, sperme, sécrétions vaginales
- Transmission par transfusion sanguine
- Transmission verticale, surtout à l'accouchement

Vaccinations contre l'hépatite B

- Vaccins contre hépatite B ou combinés hépatites A et B existent :
 - Engérix[®] et HBVax Pro[®]
 - Twinrix[®]



- la vaccination des enfants contre l'hépatite B fait partie du calendrier vaccinal de base depuis 1999 (Hexyon[®])
- La vaccination des adultes est recommandée pour de nombreux groupes à risque selon leur métier (prof médicales, pompiers,...), leur maladie (hémodialyse, greffés, thalassémie...), leurs pratiques (HSH, multiples partenaires, usage de drogues,...)

Vaccinations contre l'hépatite B

- En cas de dépistage des IST et Ac antiHBs négatifs: proposer et conseiller la vaccination
- Si vaccination antérieure réalisée et Ac antiHbs négatifs: un schéma complet de vaccination n'est pas toujours utile...
 - réaliser 1 dose IM et vérifier les Ac à 1 mois
 - si Ac antiHBs ≥ 1000 : patient protégé
 - si Ac antiHBs < 1000 : poursuivre le schéma

Vaccinations contre l'hépatite B

- Schéma adulte classique:
3 doses à 0, 1 et 6 mois en IM
administration SC possible si risque de saignement élevé
- Schéma adulte rapide:
3 doses à 0, 1 et 4 mois en IM
- Schéma de rattrapage 10-15 ans :
2 doses adulte à 0 et 6 mois.

Si intervalle plus long entre 2 doses (oubli p.ex),
pas de dose supplémentaire !

Vaccinations contre les HPV

- **HPV** = responsables des condylomes + certains cancers
cancers du col, de la vulve, du vagin, de l'anus, de la
gorge ou du pénis.
- 400 à 500 cas d'infection prouvés / 100.000 habitants /
an, largement sous-évalué
- Pic de contamination entre 15 et 29 ans
- Transmission par contact direct (rapport sexuel,...)
ou par contact indirect (doigts, objets, vêtements...)
- Sérotypes 6 et 11 sont retrouvés dans 90%des
condylomes
- Sérotypes 16 et 18 sont retrouvés dans 75%des
cancers du col
- Sérotypes 31, 33, 45, 52 et 58 sont retrouvés dans 15%
supplémentaires + autres cancers (gorge, anus...)

Vaccinations contre les HPV

- Traitements des verrues génitales sont coûteux et longs
- Traitement des cancers sont lourds, coûteux, mutilants
- Aucun traitement ne permet l'éradication du virus !
- Plusieurs vaccins existent :
 - Cervarix[®] contre sérotypes 16 et 18
 - Gardasil[®] contre sérotypes 6, 11, 16 et 18
 - Gardasil 9[®] contre sérotypes 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58
- Les 3 vaccins sont remboursés pour les jeunes filles de 12 à 18 ans (pas avant 12 ans et plus dès 19 ans !)
- Les prix des vaccins sont différents mais en cas de remboursement, les tickets modérateurs sont identiques

Vaccinations contre les HPV



- Recommandation du CSS:

- vacciner les jeunes filles de 9 à 14 ans avec 2 doses de Gardasil 9[®] à 0 puis entre 5 et 13 mois
= groupe avec le plus grand bénéfice

- vacciner les garçons de 9 à 14 ans avec 2 doses de Gardasil 9[®] à 0 puis entre 5 et 13 mois

- vacciner les jeunes femmes de 15 à 26 ans avec 3 doses à 0, 2 et 6 mois

- vacciner les jeunes hommes de 15 à 26 ans avec 3 doses, particulièrement si HSH, à 0, 2 et 6 mois

- vacciner les patients transplantés ou infectés par le HIV

Prévention HIV pré-exposition ou Prep

- PrEP: Pré Exposure Prophylaxis:
une personne séronégative prend une bithérapie antirétrovirale pour éviter l'infection par HIV si elle a des comportements à haut risque.
Remboursé depuis le 1 er juin 2017.

- Efficacité démontrée par plusieurs études:

Administration continue: réduction de 90% de la transmission (Lancet 2016: Etude Proud. McCormack,...)

Administration à la demande: réduction de 86% de la transmission (NEJM 2015: cohorte Ipergay. Molina,...)

Etude Be PrEP ared: aucune nouvelle infection !



Prévention HIV pré-exposition ou Prep

- Demande de remboursement par un centre de référence SIDA (depuis le 1er juin 2017)
- Suivi trimestriel dans CRS avec dépistage MST
- Ticket modérateur: 11,9 €/flacon
- Critères de remboursement:
 - HSH à haut risque d'infection par le HIV
 - Personne à haut risque individuel
(échange de seringues, prostitution...)



Prep : centres de référence HIV francophones

- St-Luc Bruxelles – Centre de prise en charge
Tel : 02 764 19 02
- St-Pierre Bruxelles – CETIM
Tel : 02 535 31 11
- Erasme – Unité de Traitement des Immunodéficiences
Tel : 02 555 46 88
- CHU Charleroi – Espace Santé
Tel : 071 23 21 70
- CHU Liège – Polycliniques L. Brull
Tel : 04 270 31 90
- CHU Mont-Godinne – Service Infectiologie
Tel : 081 42 38 00

Chap 3 - Dépistage des IST

- A qui proposer un dépistage et quand?
- Anamnèse, recherche de symptômes, rapports à haut risque
- Examen clinique éventuel
- Méthodes et moyens de dépistage
- TPE HIV
- TPE VHB et VHC
- Remise des résultats des tests
- Information du/des partenaire(s)

Dans quelles situations proposer un dépistage des IST ?

- Si nouveau partenaire
- Si partenaires multiples
- Si une grossesse est désirée ou débutée
- Si pose de stérilet
- Avant une IVG
- Si usage de drogue (sniff, injection)
- Si séjour en prison
- Si appartient à un groupe à risque (voir après)
- Si partenaire dépisté positif pour IST

Groupes à risque d'IST

- Personnes originaires ou venant de pays à haute prévalence (Afrique sub-saharienne p. ex.)
- Personnes exposées au sang dans le cadre de leur profession (prof médicales, pompiers, policiers,...)
- Personnes transfusées ou transplantée avant 1985 en Belgique (! aux personnes se soignant à l'étranger)
- Personnes ayant des partenaires sexuels multiples (prof du sexe, libertins,...)
- La communauté LGBT (HSH, FSF,...)

Anamnèse

- Analyse du risque :

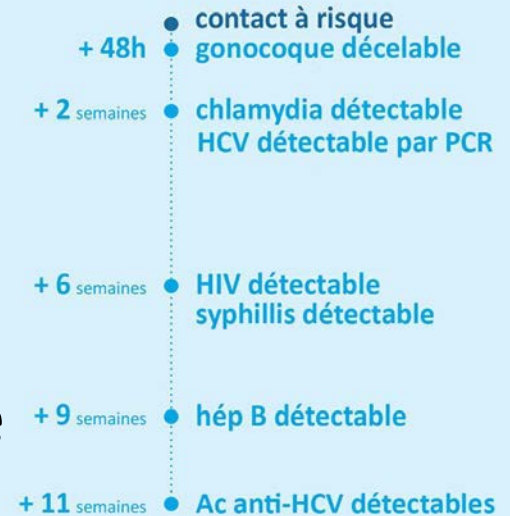
il est utile de rassembler des :

- détails sur les dates de prise de risque
- précisions sur les risques pris
(1 ou + partenaires, 1 ou + rapports,
types de rapports et cumul de risques chemsex p. ex.)
- précisions sur la prévention utilisée
(préservatif, vaccinations, médicaments...)

Stratégie diagnostique

PÉRIODES FENÊTRE

Intervalle entre le contact à risque et la détection de l'infection décelable (test).
Période variable d'une IST à l'autre.



CONSEIL : si un patient consulte pour un contact à risque, faire les tests immédiatement (pour connaître son statut) et refaire les tests après 6 semaines (pour exclure le HIV) et après 11 semaines (pour re-tester les hépatites).

Anamnèse

- Recherche des symptômes :
il est utile de questionner spécifiquement :
 - douleur, éruption, ulcération, écoulement...
même transitoires !



Examen clinique du patient ? Parfois...

- avec l'accord du patient (en fonction de l'anamnèse et du contexte)
- il est utile d'examiner le patient à la recherche:
 - d'une éruption (corps, organes génitaux externes, bouche, anus, de manière orientée et pas systématique)
 - d'érosions ou d'ulcérations
 - d'un écoulement urétral
 - d'adénopathies



Méthodes et moyens de dépistage

INFECTION	EXAMEN DIAGNOSTIQUE
VIH	Sérologie dès la première consultation, à répéter 6 semaines après l'exposition supposée au VIH
Syphilis	Biologie : VDRL + TPHA (à répéter après 10 jours si négatifs et clinique évocatrice) ou dépistage ELISA (certains laboratoires)
Hépatite B	Biologie : Ag HBs + Ac anti HBs + Ac anti HBc
Hépatite C	Biologie : Ac anti VHC
Herpès	PCR à partir d'un frottis sec de vésicule
Trichomonas	Frottis vaginal ou urétral* (technique PCR en cours d'évaluation)
HPV	Frottis de col avec « cytobrush » en milieu liquide – autotest vaginal
Gonocoque	PCR à partir d'un prélèvement local* (simultané au Chlamydia)
Chlamydia trachomatis	Hommes PCR sur urines (1er jet d'urine min 1h après dernière miction) ----- Femmes PCR sur frottis vaginal* ou auto prélèvement vaginal* (valable aussi sur urines si examen pelvien refusé ou impossible) ----- Frottis anal* si rapports anaux (non validé) Frottis de gorge* si rapports oraux (non validé)

* s'informer auprès de son laboratoire habituel afin d'utiliser le matériel adéquat

Traitement post-exposition HIV (PEP ou TPE)

- PEP = post exposure prophylaxis
traitement antirétroviral débuté dans les 48h après une exposition à risque d'acquisition du VIH et pris pendant 28 jours. A discuter entre 48 et 72H

10h30 depuis que j'ai pris de l'héroïne avec la seringue de mon pote qui n'a jamais fait de dépistage...

7h15 depuis que j'ai eu une relation sans préservatif avec ce mec rencontré hier soir au bar...

-72h

? Vous avez pris un risque réel d'être infecté(e) par le VIH ?
? Il y a moins de 72h ?

LE TRAITEMENT POST-EXPOSITION (TPE)

Un traitement d'urgence préventif qui peut réduire fortement les risques de transmission du VIH/sida.
Le médecin évaluera avec vous la nécessité de le commencer ou pas.

WWW.PREVENTIONSIDA.ORG

PLATE-FORME PRÉVENTION SIDA

FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

SI VOUS PENSEZ AVOIR EU UNE RELATION SEXUELLE À RISQUE,

IL EST IMPORTANT D'AGIR DANS LES HEURES QUI SUIVENT POUR POUVOIR BÉNÉFICIER DU TPE

CONTACTEZ-NOUS :

ASBL SIDA 1157 CHARLENOIS-BRONS • Polyclinique du CHU de Charleroi
Entrée du Joseph II / rue de Charleroi • 1300 Charleroi
Tél 071 90 54 10-11-14

Traitement post-exposition HIV (PEP ou TPE)

- L'efficacité du traitement maximale dans les premières 24h puis l'efficacité diminue.
Après 72h, le traitement est inefficace.
Il s'agit d'un traitement de 28 jours et non pas d'une «pilule du lendemain».
- Si le partenaire est HIV+ et si sa **charge virale est indétectable** depuis plus de 6 mois, le risque de transmission est nul.
Aucune indication de traitement post-exposition.
- Ce traitement est accessible dans les services d'urgence des hôpitaux associés aux [centres de référence SIDA](#).

Traitement post-exposition VHB (TPE)

Le traitement post exposition repose sur vaccination et injections d'IgG spécifiques anti HBV dans les 72H.

- mise en place le plus tôt possible, les injections peuvent avoir lieu le même jour sur 2 sites différents.
- pas de contre indication à cette prévention au cours de la grossesse ou de l'allaitement.
Ce traitement offre une diminution de 92 % de la transmission mère/enfant.
- la prévention est inutile chez les sujets immunisés (taux d'Ac anti Hbs ≥ 10)

Traitement post-exposition VHC (TPE)

Il n'est pas recommandé de traitement post-exposition pour le VHC

- car absence de vaccin
- car efficacité non démontrée des immunoglobulines post exposition.

La surveillance repose sur un suivi biologique de l'ARN VHC par PCR 15 jours après exposition.



Remise des résultats d'un test IST

- La transmission des résultats est très importante, elle doit être **professionnelle** !
- **Ne pas juger ni culpabiliser**, même en cas de prise de risque évidente
- Déjà lors des tests, informer le patient sur ce que l'on mettra en place en cas de résultat positif

« si votre test HIV est positif, ce sera des médicaments à prendre tous les jours de votre vie »

Remise des résultats d'un test IST

- Remise des résultats **en tête à tête**, en rappelant le caractère confidentiel de la consultation et le respect du secret professionnel

- **En cas d'infection:**
 - répondre aux questions du patient
 - parler des traitements disponibles
 - évoquer la nécessité d'informer le/les partenaires
 - fixer d'emblée une seconde consultation

Information du ou des partenaire(s) _____ en cas de résultat positif

- L'information et le dépistage du/des partenaire(s) sont essentiels et d'une grande importance
- Souvent négligée car délicat et difficile...
- Obligation d'informer le patient diagnostiqué qu'il devrait contacter ses partenaires sexuels
- Possible via www.partneralert.be
Site réalisé par IMT et Sensoa qui permet d'avertir anonymement son/ses partenaires en cas d'IST
- Aide possible via un courrier validé par l'Ordre (procédure en cours via le KCE)

Prévention et dépistage des IST

MERCI POUR VOTRE ATTENTION