

IST

Chlamydia, gonorrhée, mycoplasma genitalium, syphilis, trichomonas vaginalis, HIV, hépatites B et C, HSV2, HPV

Dr Edmond Renard, médecin biologiste,
SYNLAB Belgium

IST, plutôt que MST

- **Principaux faits (site OMS)**
- Chaque année, 357 millions de personnes contractent l'une des quatre IST suivantes : chlamydie, gonorrhée, syphilis ou trichomonase.
- Plus de 500 millions de personnes sont atteintes du virus responsable de l'herpès génital (HSV2).
- Plus de 290 millions de femmes souffrent d'une infection à papillomavirus humain (VPH).
- **Dans la majorité des cas, les IST sont asymptomatiques, ou s'accompagnent de symptômes bénins, qui ne sont pas reconnus comme ceux d'une IST.**



En Belgique

- Augmentation continue du nombre de diagnostics pour chlamydia Trachomatis, gonorrhée et syphilis
 - 2012: Chlamydia 4633 cas, gono 911 cas, syphilis 776 cas
 - 2014: Chlamydia 5605 cas, gono 1144 cas, syphilis 906 cas
- Nombreuses co-infections, si recherche positive, rechercher les autres IST



RECOMMANDATIONS: LE DEPISTAGE

- Groupes à risque
 - HSH
 - Echangisme
 - Prostitué(e)s
 - Toxicomanes
 - Partenaires sexuels multiples
 - Partenaire d'une personne ayant une IST
 - Voyageurs si relations sexuelles locales
- Patients sans plaintes, inquiets après une relation sexuelle
- Femmes enceintes



CHLAMYDIA TRACHOMATIS

- La plus fréquente des IST
- Asymptomatique:
 - 75% des femmes
 - 50% des hommes.
- Transmission hétérosexuelle 88% cas
- Près de $\frac{3}{4}$ des cas, jeunes 15 à 25 ans
- Risque complications tardives: PID, GEU, stérilité
- Risque de transmission au nouveau-né



CHLAMYDIA TRACHOMATIS

- **Sérologie presque toujours faussement négative en cas d'infection génitale basse – sérologie positive si complications tardives**
- **Diagnostic biologique: PCR = méthode de référence**
 - 1^{er} jet d'urine
 - Prélèvement vaginal
 - Ecouvillon urétral
- On conseille d'associer recherche gonocoque et chlamydia trachomatis par PCR, remboursées (co-infections très fréquentes)



CHLAMYDIA TRACHOMATIS

- Traitement: Azithromycine 1g per os (ou doxy 2 x 100 mg pendant 7J)
- Traiter le partenaire
- Contrôler l'efficacité du traitement



GONORRHEE

- La plupart des cas masculins symptomatiques
- 40 à 70% des femmes pas de symptômes
- En 2013, 2/3 patientes atteintes d'une infection à chlamydia ou gono n'avaient aucune plainte ou symptôme
- Surtout jeunes 20 à 30 ans, HSH = 43% des cas diagnostiqués en 2013



GONORRHEE

- Résistance aux antibiotiques, émergence de germes multirésistants (Asie du Sud-Est)
- Bithérapie recommandée en Belgique
 - Ceftriaxone 500 mg IM et Azithromycine 2 g per os
- 2016, Belgique, 8% de R azithromycine, 0,34% ceftriaxone
- Contrôler l'efficacité du traitement, culture avec antibiogramme



Mycoplasma genitalium

- Bactérie émergente, responsable d'urétrite, de cervicite, de PID
- Concernerait 1 à 2% des adultes et jusqu'à 40% personnes ayant consulté pour une IST
- Avantages du dépistage non documentés, et donc dépistage non recommandé si asymptomatique
- BASHH recommande recherche si clinique
- Traitement: Azithromycine, mais résistances aux macrolides, si échec moxifloxacine
- Diagnostic: PCR spécifique, idem chlamydia et gono



SYPHILIS

- Le plus souvent, HSH
- Répartition assez large selon l'âge, 20 à 60 ans
- Dépistage systématique réalisé si grossesse
- Diagnostic: Sérologie
 - Combinaison d'un test non tréponémique (VDRL) et d'un test tréponémique (TPHA)
- Risque séroconversion lente si VIH



SYPHILIS

- Traitement: Pénicilline IM reste l'antibiotique de référence
- Contrôler l'efficacité du traitement,
 - VDRL doit avoir diminué d'un facteur 4, en 3 ou 6 mois, en 1 an si syphilis traitée tardivement



TRICHOMONAS VAGINALIS

- Très répandue dans le monde, 140 millions nouveaux cas / an (OMS), surtout pays en voie de développement
- Symptomatique 80% des femmes et 10% des hommes
- Prélèvement vaginal: Examen direct, milieu de culture (milieu de Roiron) délai 24/48h, PCR plus sensible
- Traitement: métronidazole 2gr per os, dose unique, CI si 1^{ier} trim grossesse, traiter le partenaire



HIV

- Belgique, 2017:
 - 18 908 séropositifs, 890 nouveaux cas
 - Diminution de 27,5 % par rapport à 2012, et de 2% par rapport à 2016
- Souvent lien Afrique subsaharienne
- 49% cas HSH
- 97% des personnes diagnostiquées obtiennent une charge virale indétectable
- Un virus indétectable n'est pas transmissible



HIV

- **Importance du dépistage**

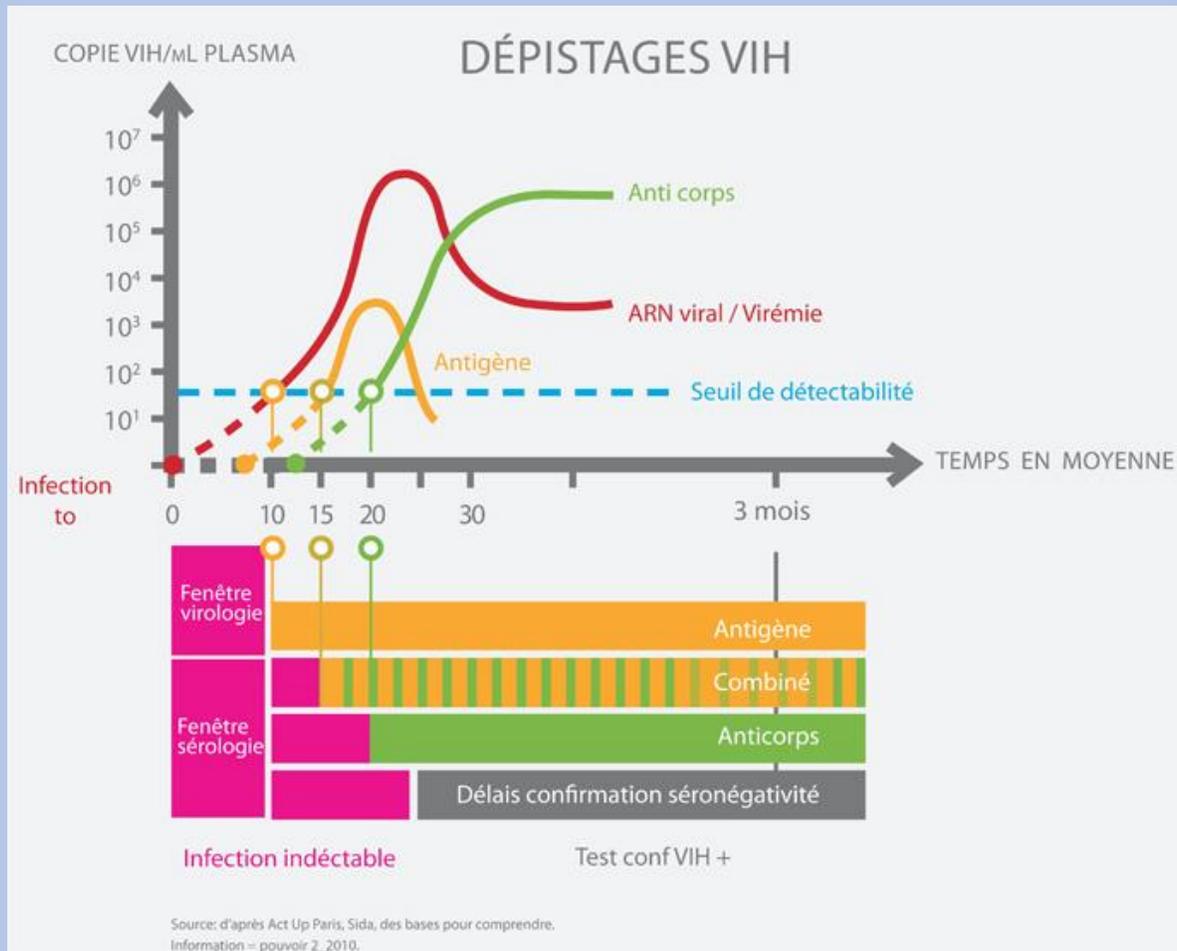
- Principales sources de transmission: Séropositifs qui ignorent leur séropositivité, 2 059 personnes en Belgique (estimation sciensano)

- **Favoriser le dépistage anonyme**

- Associations présentes sur le terrain, dépistage gratuit
- Autotests disponibles en pharmacie
- Dépistage en laboratoire sans prescription
- Informer les personnes testées des limites de la technique



HIV



HIV (Fenêtre séronégative)

- En moyenne, RNA viral après **10 jours**, Ag p24 après **15 jours**, anticorps après **20 jours**
 - Mais variations individuelles, **délais variables**
- Les tests 4^{ième} génération, détectent Ag p24 et Ac (VIH1 et VIH2).
 - Fenêtre négative: théorie 6 semaines, moyenne 15j
 - Tests de confirmation systématiques (WB)
- Les autotests détectent les Ac (VIH1 et VIH2), pas l'Ag p24.
 - Fenêtre négative : théorie 3 mois, moyenne 3 sem.



HEPATITE B

- 250 millions de porteurs dans le monde
- En Belgique, 700 000 personnes ont développé la maladie, 70 000 porteurs
- 40%: Transmission sexuelle
- Vaccination enfants, chez adultes, vaccination recommandée pour patients à risque
- Après contact à risque, si patient non protégé, immunoglobulines et vaccin, contrôle marqueurs de l'hépatite B après 3 mois.



HEPATITE B

Taux protecteur: Ac HBS > 10 UI/L (OMS), une seule fois

Mais, certains patients: AcHBS + (<100 UI/L) avec AgHBS +, pas de conclusion possible sans données cliniques si AcHBS entre 10 et 100 UI/L

Recommandations actuelles

- Si Ac HBS >100 UI/ml, protection ok
- Si Ac HBS <100 UI/ml, doser Ac HBC et Ag HBS
 - Ac HBC et Ag HBS non détectés, ok si anti Ac HBS > 10 UI/ml (OMS), Vaccin si anti HBS < 10 UI/ml
- **Non répondeurs (vaccination)**, 3 rappels, 6 injections
- Contrôle sérologique après 4 à 8 semaines (1 à 4 mois)
- Si toujours non répondeur, idem patients non vaccinés



HEPATITE C

- 70 millions porteurs dans le monde, 70 000 en Belgique, 300 décès par an, la moitié des personnes infectées ignorent leur séropositivité
- Transmission après exposition sexuelle beaucoup plus rare que hépatite B
- Après AES, séroconversion lente, +/- 8 semaines, OMS conseille contrôle sérologique après 3 mois
- PCR (RNA): 11-12J
- Danger: faux négatifs en sérologie si immunodépression sévère, PCR si suspicion

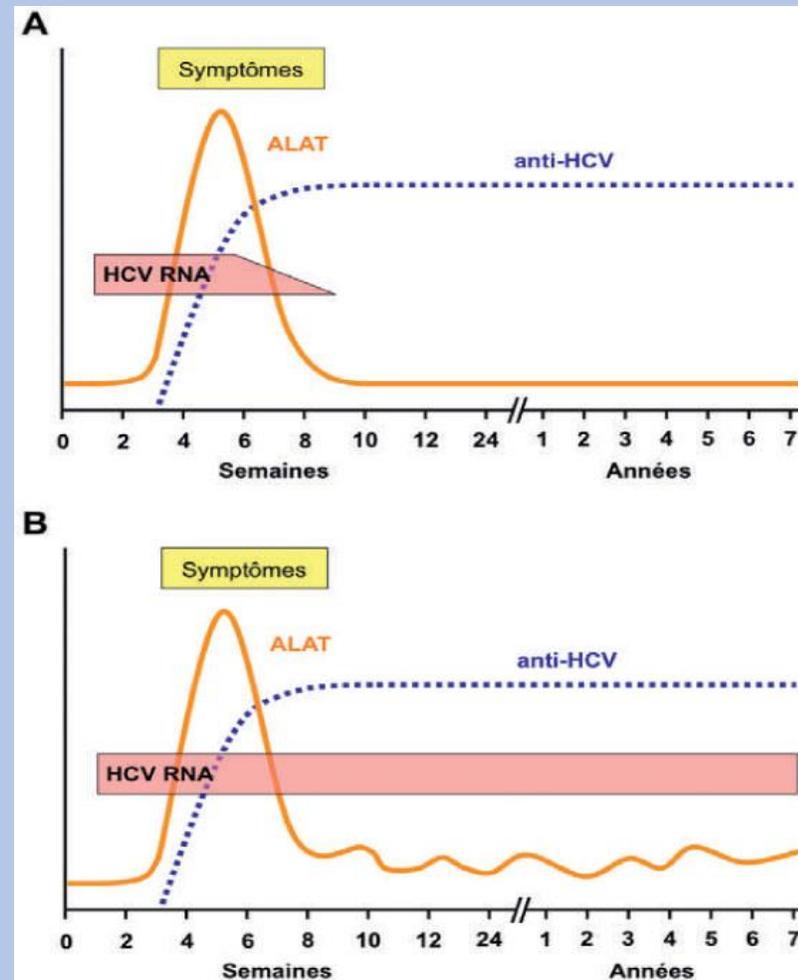


HEPATITE C

- 70 à 80% des patients, hépatite chronique
- Si découverte Ac hépatite C, faire PCR
- 1^{ers} tests de dépistage 1992
- AAD, plus de 95% de guérison, remboursés pour tous depuis le 1^{er} janvier, 35000 Euros en Europe, 2000 en Egypte et en Inde...
- Contrairement aux hépatites A et B, les anticorps ne sont pas protecteurs, informer les patients à risque



HEPATITE C



Herpes génital

- 80% HSV2, 20% HSV1
- 2 millions de belges porteurs
- Primo-infection puis virus dans un ggl sensitif.
- Récurrences, variations individuelles +++,
récurrences, souvent asymptomatiques, 5 à 10%
patients > 6 rechutes/an
- Risque de transmission maximal au moment des
poussées, mais risque de transmission présent lors
excrétions asymptomatiques.



Herpes génital

- DIAGNOSTIC
- Avant tout, clinique
- Sérologie peu efficace en dehors des greffés
- Recherche d'Antigène de moins en moins utilisée, manque de sensibilité
- PCR (ADN- HSV1 et HSV2): Frottis contenu vésiculaire, technique sensible, spécifique



Papillomavirus Humain

- Il existe près de 200 types d'HPV
- 30 d'entre eux peuvent être transmis lors d'une relation sexuelle
- Types 6 et 11 responsables de 90% des condylomes (verrues génitales)
- Types 16, 18, 31, 33, 39, 45, 51, 56, 58, 59, 68, 73 et 84: lésions (pré)cancéreuses



Papillomavirus Humain

15 à 20% des femmes sont porteuses d'HPV HR (Belgique)

- Dans la grande majorité des cas les manifestations de l'infection guérissent spontanément en 1 à 2 ans
- 3% des femmes porteuses développeront un cancer, 640 nouveaux cas en Belgique en 2014.
- Cancer du col beaucoup plus fréquent avant le dépistage systématique
- La période de genèse du cancer est variable, en moyenne plus de 10 ans après primo-infection



Vaccination HPV

Vaccins disponibles en Belgique

- Cervarix : 16 et 18 (70% des cas)
- Gardasil : 6, 11, 16 et 18
- Gardasil 9 : 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58 (85% des cas)
- Avant 1^{er} rapport sexuel, pas de protection si contaminés avant vaccination
- Protection démontrée à 10 ans, pas de recul au delà
- Ne protège pas à 100%, surveillance nécessaire après vaccination
- Remboursé filles 12 à 19 ans (bientôt garçons)
- La vaccination concerne également la prévention des autres Cancers associés à l'HPV
- Patients HSH à risque



- Dépistage systématique s'adresse aux femmes entre 25 et 65 ans
- Fréquence recommandée (remboursée) sur base trisannuelle, en dehors de la détection d'anomalies cytologiques
- Si anomalies cytologiques, remboursé 2 fois l'an.
- Frottis cervico-vaginal avec test PCR réflexe si lésions

- GB et NI, test PCR primaire avec cytologie réflexe
- Allemagne, méthode de co-testing
- +/- 5% de positifs (PCR HOLOGIC APTIMA) avec cytologie négative, suivi régulier



Merci de votre attention

