

IST D'EXPRESSION CUTANÉE

JILB 2023 - VENDREDI 15 SEPTEMBRE 2023

ATELIER DES CAPUCINS – BREST

DR NOLWENN HALL (RESEAU VIH/CEGGID QUIMPER)

DR MARIE-SARAH FANGOUS (LABORATOIRE CH
QUIMPER)



**VOUS SAVEZ
COMMENT
VOUS FAIRE
DU BIEN
AVEC LE DÉPISTAGE
DES IST**

Tous les 3 mois, faites le point

|Préservatifs|PrEP|TasP|TPE|Dépistage|

Aujourd'hui, chacun peut choisir sa protection.





CAS CLINIQUE N°1

Mr X, 39 ans
consulte pour douleurs anales

❖ Antécédents :

-HSH, suivi Prep depuis 3 ans
-Syphilis primaire traitée
par Extencilline en 2012
-Dermatite séborrhéique

❖ Traitement en cours :
Prep à la demande

❖ Juin 2022 :

Fébricule à 38,2°C.
Douleurs anales évoluant depuis 3 jours.
Volumineuses adénopathies inguinales
bilatérales de 5 cm environ.

❖ Interrogatoire :

Pas de troubles du transit, pas de glaire
anale. Pas de rectorragie.
Rapport à risque 10 jours avant. Chemsex.

HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES ?

Allez sur [menti.com](https://www.menti.com) et utilisez le code **8959 8651**

 Mentimeter

Quel est votre diagnostic ?
En attente de réponses ...

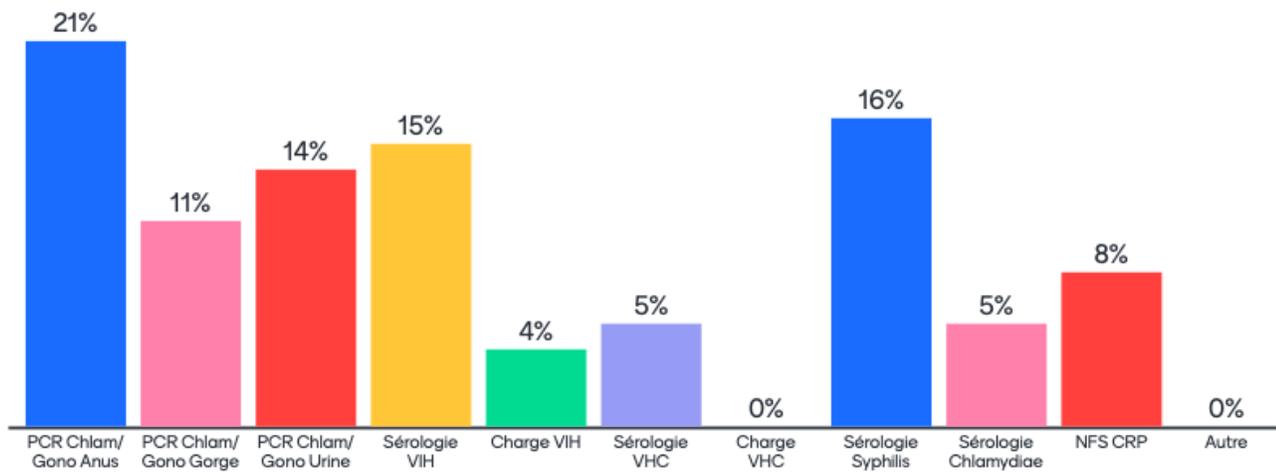


QUEL BILAN BIOLOGIQUE PRESCRIVEZ-VOUS ?

Allez sur [menti.com](https://www.menti.com) et utilisez le code 8959 8651

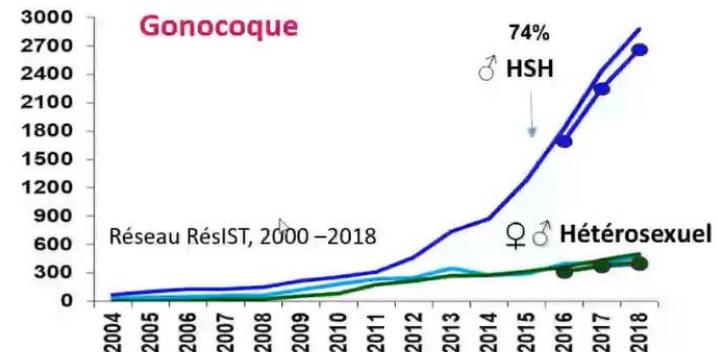
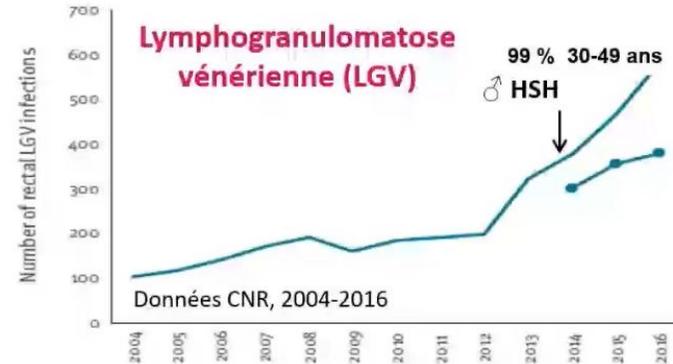
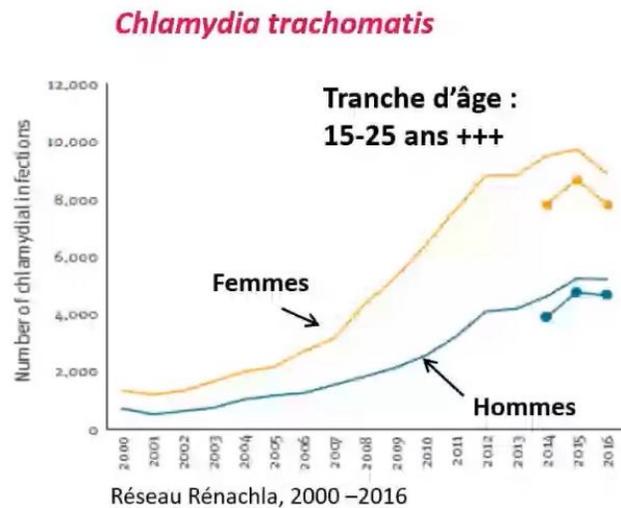
Mentimeter

Bilan biologique



IST → 3 MILLIONS DE DÉPISTAGES PAR AN

Prévalence des IST bactériennes en France



LGV et gonorrhée en augmentation en France chez les HSH depuis 2013

Ndeikoundam NN *et al.*, 2019, Euro Surveill.

IST → 3 MILLIONS DE DÉPISTAGES PAR AN

C. trachomatis

Focus sur les agents d'anorectites suivis par SPF en 2021

Pas de DO
Données de remboursement de dépistage / traitement + CEGGID

7% de +, similaire entre CEGGID et ville

Ville : incidence 0,9/1000 hab

Age médian 23 ans

80% des + dus à rapport hétérosexuel

Prédo femme (55%)

Anorectite symptomatique : rechercher le typage LGV (génovar L), prévalence 17%) + résistance aux macrolides

N. gonorrhoeae

x3 chez les hommes et x1,5 chez les femmes car duplex Ct

CEGGID : 4,1% de positif mais 8,4% chez HSH

Ville : incidence 0,3/1000 hab (22 000 cas)

Age médian 27 ans

80% des cas traités sont masculins, avec 70% HSH

Privilégier la culture et recherche de résistance

PCR IST : VERS DU MULTIPLEX

- ❖ Une problématique de santé publique grandissante.
- ❖ Co infections fréquentes.
- ❖ Une tarification commune PCR Ct/Ng depuis 2018.
- ❖ Dépendant du nombre de sites, fonction des pratiques :

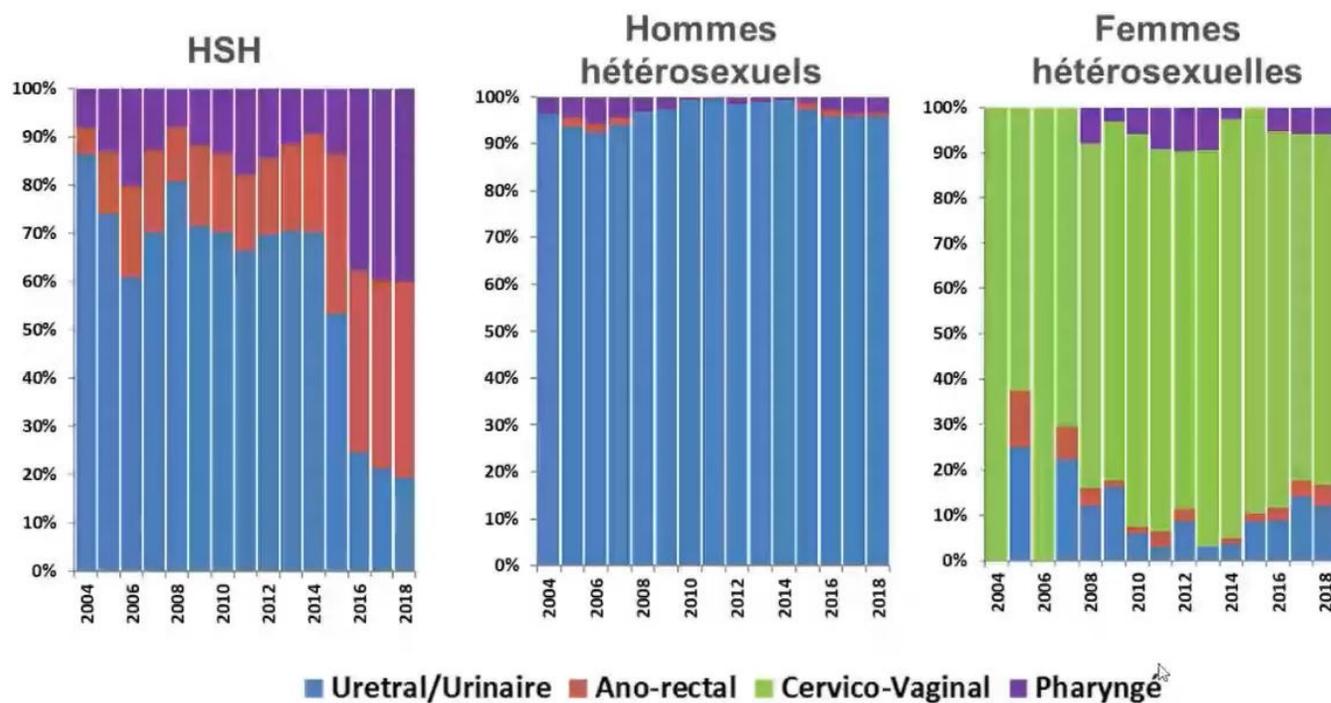
1 site 5301 B85 = 23€

2 sites 5302 B110 = 30€

3 sites 5303 B130 = 35€

1 OU 2 OU 3 SITES ?

Augmentation des diagnostics extra-génitaux de gonococcies chez HSH



Données CEGGID IdF
HSH 2018 :

Prévalence Ng :

Gorge : 8%

Anus : 7%

Urine : 3%

Soit de 3 à 11% en multisite

Prévalence Ct :

Gorge : 1,5%

Anus : 7%

Urine : 2%

Soit de 2 à 9% en multisite

Pour les $\frac{3}{4}$ des infections à Ct ou Ng, prélèvement urinaire négatif.

PCR IST : VERS DU MULTIPLEX

❖ Panels de plus en plus larges, pas de perte de sensibilité.

C. trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium, M. hominis, U. urealyticum, U. parvus, T. vaginalis...

❖ Mais : Problème du remboursement

❖ Mais : Des résultats qu'on ne sait pas toujours interpréter au regard du site de prélèvement....

PCR IST : VERS DU MULTIPLEX

❖ Mais : Des résultats qu'on ne sait pas toujours interpréter au regard du site de prélèvement... → Rôle clé du biologiste

BIOLOGIE MOLECULAIRE

BACTERIOLOGIE MOLECULAIRE

PRELEVEMENT : Canal Anal

Détection Génomique d'Agents des Infections Sexuellement Transmissibles

RESULTAT PANEL IST

POSITIF, détection de *Mycoplasma genitalium*.

A confronter au contexte clinique.

*Le rapport HAS de juillet 2022 préconise la recherche de *M. genitalium* (Mg) uniquement dans les contextes cliniques suivants : symptômes d'infection génitale basse (IGB) à type d'urétrite ou de cervicite aiguë; symptômes d'IGB récurrents ou persistants; chez les partenaires sexuels actuels des patients infectés par Mg; pour le contrôle microbiologique post-traitement de l'infection à Mg, à réaliser environ à 3 semaines de la fin du traitement. Le dépistage des sujets asymptomatiques n'est pas recommandé.*

Ct=31

PCR temps réel Allplex Seegene: Chlamydiae trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma parvum et Mycoplasma hominis.

PCR IST : VERS DU MULTIPLEX

❖ Mais : Des résultats qu'on ne sait pas toujours interpréter au regard du site de prélèvement... → Rôle clé du biologiste

BIOLOGIE MOLECULAIRE

BACTERIOLOGIE MOLECULAIRE

PRELEVEMENT : URINES du premier jet

Détection Génomique d'Agents des Infections Sexuellement Transmissibles

RESULTAT PANEL IST **POSITIF**, détection d'*Ureaplasma urealyticum* > 10exp3/ml
*Chez l'homme, la recherche d'*U. urealyticum* est à envisager uniquement lorsqu'aucun des agents infectieux plus communément responsables d'urétrite n'a été retrouvé pour expliquer les symptômes.*

PCR temps réel Allplex Seegene: Chlamydiae trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma parvum et Mycoplasma hominis.

CAS CLINIQUE N°1 :

RÉSULTATS DU BILAN BIOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE

- ❖ NFS : RAS
- ❖ CRP = 15
- ❖ Prélèvement anal + à Gonocoque.
- ❖ Sérologies virales et syphilis négatives.
- ❖ Traitement : Injection de ceftriaxone (1g dose unique)
- ❖ Notification du/des partenaires
- ❖ Abstinence sexuelle ou rapports protégés (au moins 7 jours)



CAS CLINIQUE N° 1 SUITE...

❖ Nouvelle consultation 2 jours plus tard :

Majoration des douleurs anales

→ Nouveau prélèvement anal au niveau de la lésion

CAS CLINIQUE N°1 :

RÉSULTATS DU BILAN BIOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE

- ❖ Nouveau prélèvement anal : HSV2 +
- ❖ Traitement par Valaciclovir 500mg x2/jr

HSV 1/2

- ❖ Y penser devant des lésions évocatrices et douloureuses.
- ❖ Non compris dans les PCR multiplex/
- ❖ Demande explicite.
- ❖ Remboursé.



CAS CLINIQUE N°1 SUITE...

❖ Mais ça ne s'arrête pas là...

❖ Le lendemain :

Apparition d'une odynophagie, de lésions palmaires papuleuses légèrement prurigineuses.

❖ A l'examen clinique :

Pharyngite

Lésions anales vésiculeuses ulcérantes

Adénopathie mandibulaire gauche

Adénopathies volumineuses

inguinales

CAS CLINIQUE N°1

AU NIVEAU CUTANÉ

- ❖ Lésions ombiliquées en regard de l'omoplate.
- ❖ Aspect de folliculite du tronc et du dos.



Allez sur menti.com et utilisez le code 8959 8651

Mentimeter

Content



MF

Account



Content



Design



Settings



Help & Feedback

Quel est votre diagnostic ?

En attente de réponses ...

Your question ?

Quel est votre diagnostic ?

[Add longer description](#)

Entries per participant ?

1

Extras

Let participants submit multiple times ?



[Select another question](#)



CAS CLINIQUE N°1

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

PCR Monkey Pox + sur prélèvements anal, cutané et oropharyngé.

- ❖ Déclaration obligatoire à l'ARS.
- ❖ Isolement à domicile . dès l'apparition des symptômes (J1), jusqu'à cicatrisation des lésions cutanées (disparition des croûtes) et muqueuses et au minimum 21 jours.
- ❖ Traitement des lésions cutanées
 - Nettoyer les lésions à l'eau et au savon ;
 - Couvrir les lésions mains et visages avec des pansements, si suintement ou si risque de contact, (au foyer ou en cas de sortie).
- ❖ Traitement des douleurs
 - Pas d'instauration d'AINS, de corticoïdes, ni d'aspirine à dose anti-inflammatoire ;
 - Par voie générale : antalgiques à adapter à l'intensité de la douleur
 - Par voie locale : à adapter en fonction de la localisation des lésions :
- ❖ Prise en charge des personnes contacts

MONKEY POX VACCINATION

Vaccins de 3^e génération (interchangeables)

• IMVANEX®

• JYNNEOS®

Pré-exposition

- HSH et/ou personnes transgenres multi-partenaires.
- Travailleurs du sexe.
- Professionnels de lieux de consommation sexuelle.

- 2 doses.
- Délai : 28 jours minimum.
- 1 seule dose si déjà vaccinée pour variole.

Personne VIH (non déjà vaccinée)

- CD4 > 200 : 2 doses
- CD4 < 200 : 3 doses

Personne immunodéprimée (non VIH) : 3 doses

Post-exposition

- Personnes contact à risque.
- Idéal dans les 4 jours, max à J 14 après 1^{er} contact.
- Cf. fiche « Personnes contact à risque d'être contaminées ».

- 2 doses.
- Délai : 28 jours minimum.
- 1 seule dose si déjà vaccinée pour variole.
- Immunodéprimé : 3 doses ou 2 doses (si patient VIH déjà vaccinée pour variole).

Avis spécialisé

- Femmes enceintes, allaitantes.
- Enfants et nouveaux-nés.

MONKEYPOX : RAPPELS SUR LE DIAGNOSTIC

❖ Y penser !

Incubation 5 à 21 jours.

Tableau clinique

- Lésions cutanées muqueuses polymorphes (anogénitales, oropharyngées).
- Parfois très douloureuses.
- Adénopathies douloureuses.
- Angine, anite, rectite.
- Signes généraux (F°C, céphalées, gg...).

Contexte exposition

- HSH et/ou personnes transgenres multipartenaires.
- Travailleurs du sexe/professionnels de lieux de consommation sexuelle.
- Foyer/cas.
- Professionnels de santé (non protégés).

PCR sur lésion et/ou oropharynx → Triple emballage / Laboratoire agréé par l'ARS

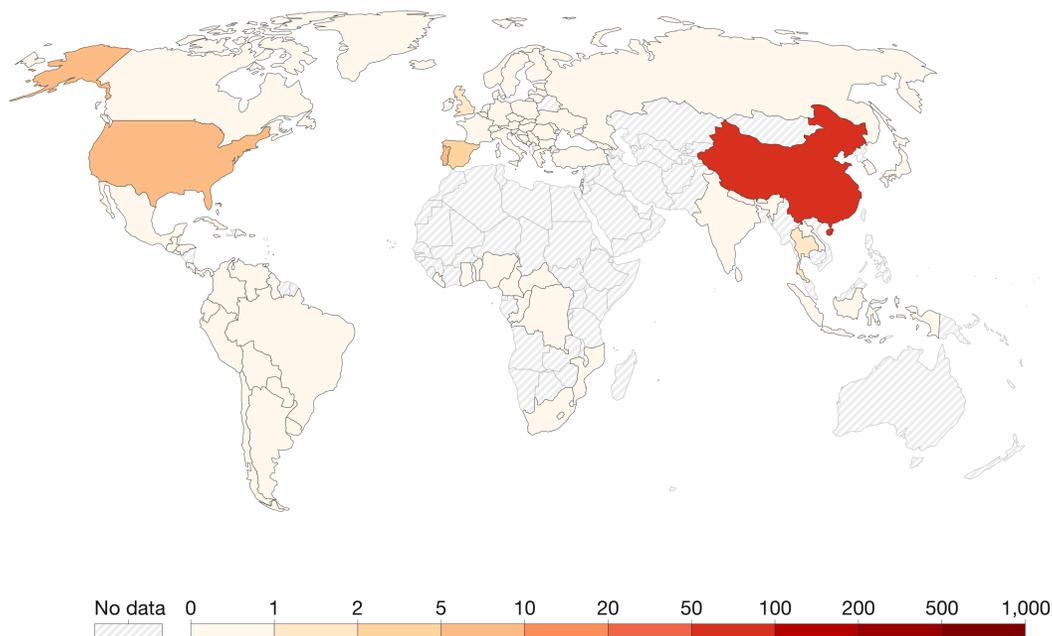
A associer à la PCR VZV !

→ Doc COREB **MONKEYPOX** - Aide au diagnostic dermatologique et au traitement symptomatique

[Réponse Rapide : Infection par le virus Monkeypox – Prise en charge en médecine de 1er recours \(has-sante.fr\)](https://has.sante.fr/)

MONKEYPOX : OÙ EN EST-ON ?

Mpox: Daily confirmed cases, Sep 12, 2023
7-day rolling average

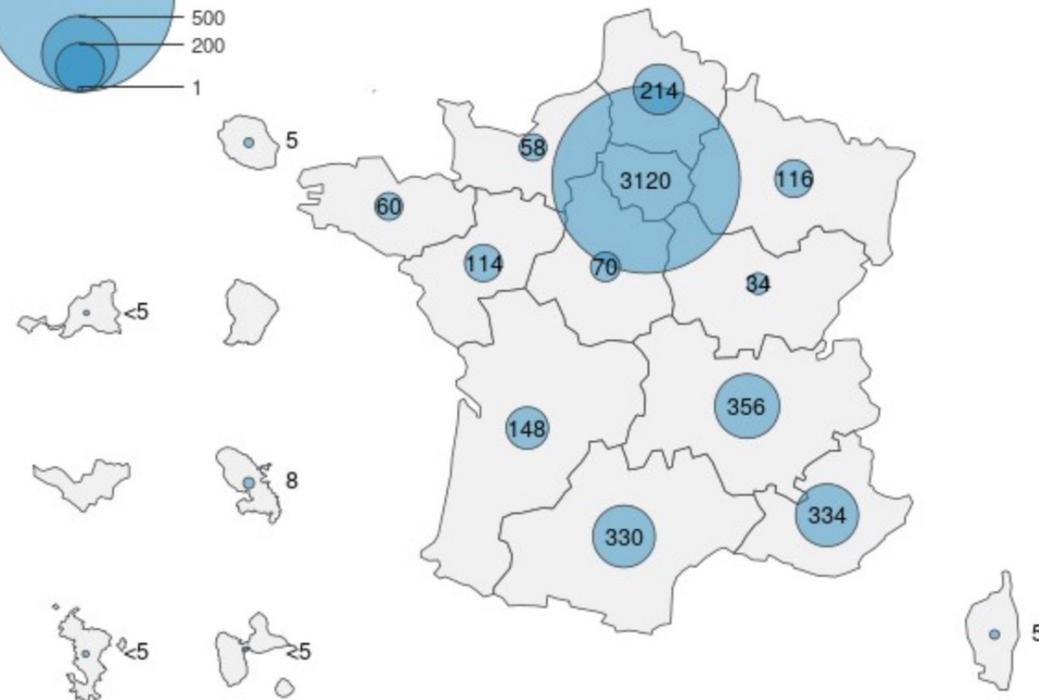
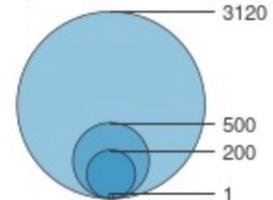


Source: World Health Organization

CC BY

Figure 1. Cas de variole du singe totaux (n= 4 975 cas) par région de résidence (ou par région de signalement lorsque la région de résidence est inconnue), France, mai 2022-avril 2023 (données au 27/04/2023 – 12h00)

Nombre de cas
(par région de résidence)



Au 31 août : 5010 cas recensés en France, dont 4154 confirmés biologiquement.

Sources : Santé publique France, 27/04/2023

Derniers cas signalés en août (4) avaient voyagé au Portugal.

MONKEY POX : ÉVOLUTION DES LÉSIONS



Vésicule



Pustule



Pustule
ombiliquée



Pustule ulcérée



Formation de croûtes



CAS CLINIQUE N°2

Mr Z, 58 ans
consulte pour des lésions cutanées
prurigineuses.

❖ Antécédents :

- Dépression en 2002 (décès de son épouse)
- Colique néphrétique en 2013

❖ Traitement en cours :

Paroxétine 20mg /jour depuis 2002

❖ Examen clinique :

- Polyadénopathie infra centimétrique.
- Apyrétique.
- Lésions érythémateuses squameuses et prurigineuses palmo-plantaires + au niveau des coudes de type psoriasique.

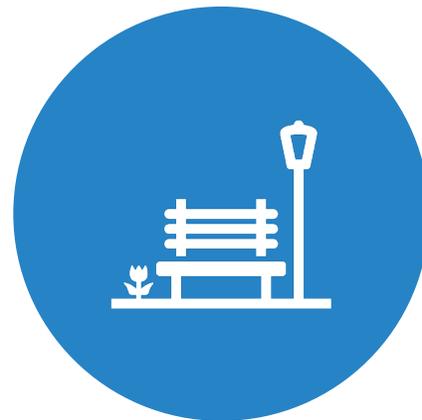
EXAMEN CLINIQUE



PRISE EN CHARGE



CONSULTATION
DERMATOLOGIQUE
+ MIS SOUS USTEKINUMAB
STELARA
(ÉCHEC CORTICOÏDES LOCAUX)



BILAN PRÉ THÉRAPEUTIQUE :
QUANTIFÉRON
RADIO PULMONAIRE



Nouvelle consultation
9 mois plus tard pour une
candidose orale.

**CAS CLINIQUE N°2
SUITE...**



ETIOLOGIE ?

PRISE EN CHARGE

- ❖ Immunodépression iatrogène probable.
- ❖ Prise en charge symptomatique : a reçu un traitement par fungizone 3 semaines



CAS CLINIQUE N° 2 SUITE...

6 mois plus tard...

Il vient à la consultation accompagné de son nouveau compagnon. Il vous explique être gêné par des lésions inesthétiques du pourtour buccal apparues il y a quelques mois.



CONDYLOMES BUCCAUX

BILAN BIOLOGIQUE

- ❖ TROD puis sérologie VIH demandée en urgence : revient positive
- ❖ NFS et immunophénotypage lymphocytaire CD4/CD8 (CD4 = 65/mm³ (5%)), charge virale VIH = 5,1log
- ❖ Suite à cette découverte :
 - bilan IST complet
 - bilan hépatites
- ❖ A adresser rapidement pour mise en place d'un traitement anti-rétroviral précocement (test and treat)

DIAGNOSTIQUER LE VIH : CE QU'IL FAUT AVOIR EN TÊTE

Fenêtre virologique = 10 jours
→ Pas de diagnostic possible

Fenêtre sérologique = 21 jours
→ Diagnostic via **Ag p24**
→ Diagnostic via **Charge virale**

Cas clinique 1 :
Rapport à risque il y a 10 jours :
Faire sérologie et charges virales

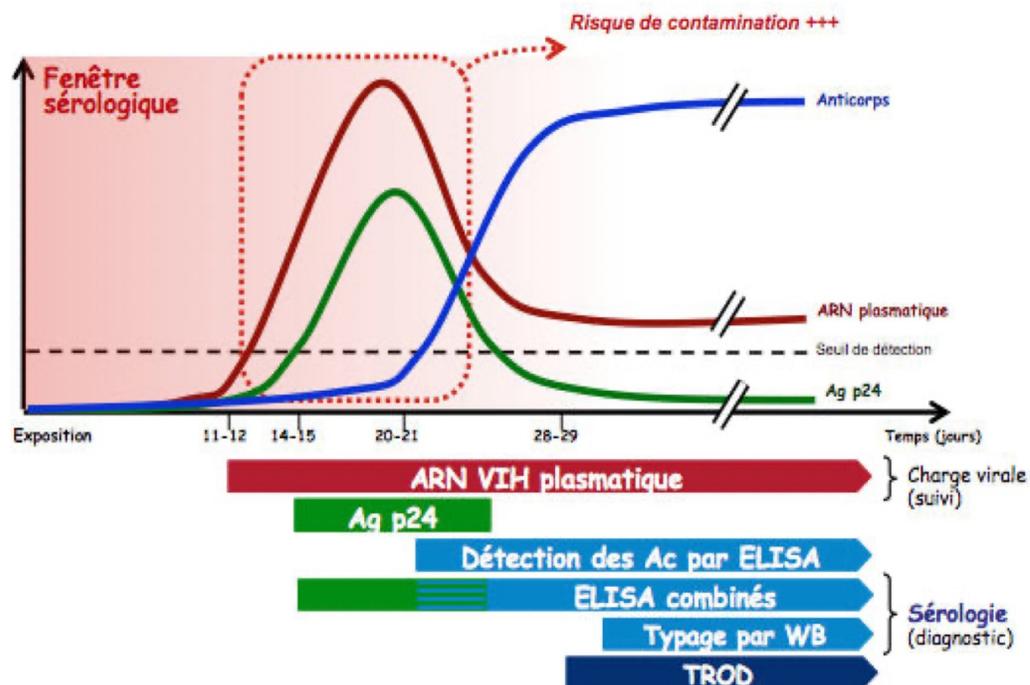


Figure 9. Chronologie de l'apparition des différents marqueurs de l'infection par le VIH.
Source : Dr Benoit Visseaux

Test sérologique

Combinés Ac anti-VIH-1 et VIH-2 +
Ag p24 = dits de 4^e génération
Confirmation toujours par
Westernblot
+2^e prélèvement (identitovigilance)

Charge virale en cas de découverte
ou en cas de doute

Cas clinique 2 :
Stade SIDA
Sérologie positive + confirmation
par un western blot

OPPORTUNITÉS MANQUÉS : VIH/SIDA

Psoriasis : plus sévère et réfractaire
aux traitements classiques → penser VIH

Candidose (+ psoriasis) → penser VIH

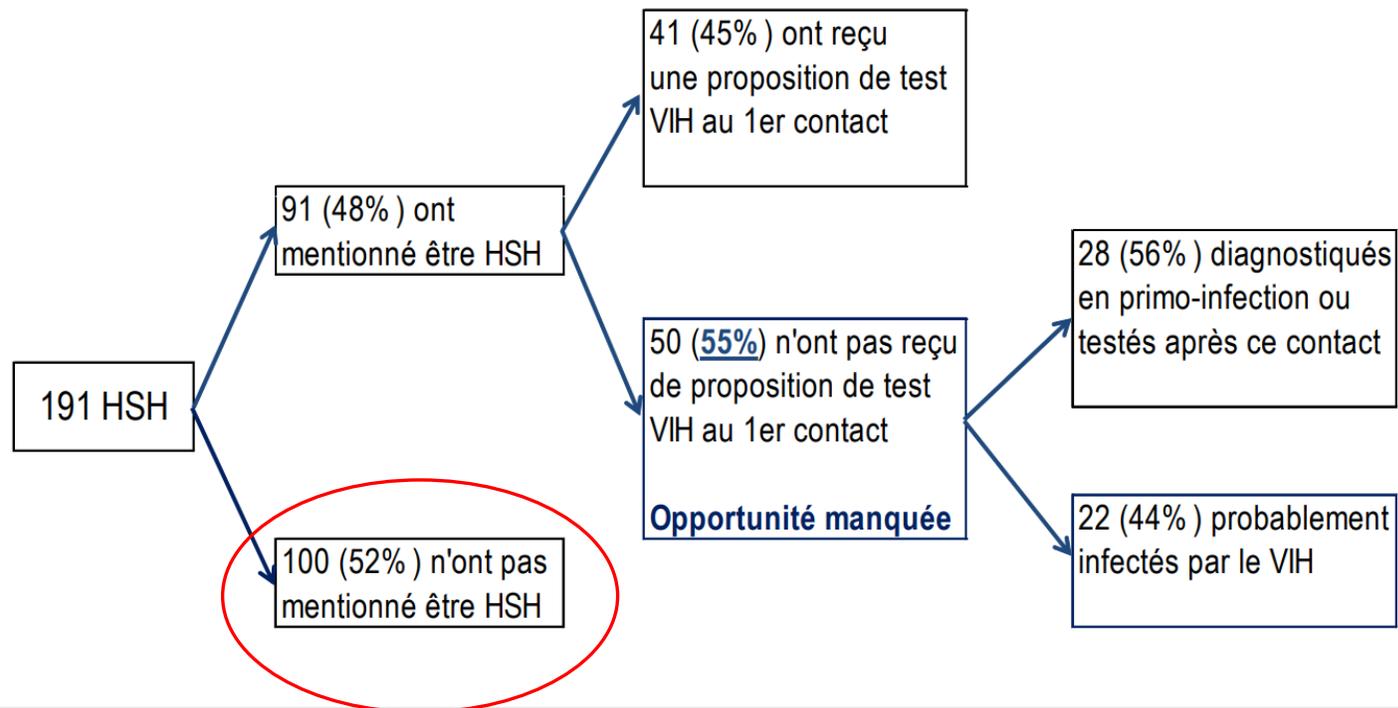
HPV (étendu, localisation buccale)

Interrogatoire : patient HSH

OPPORTUNITES MANQUEES

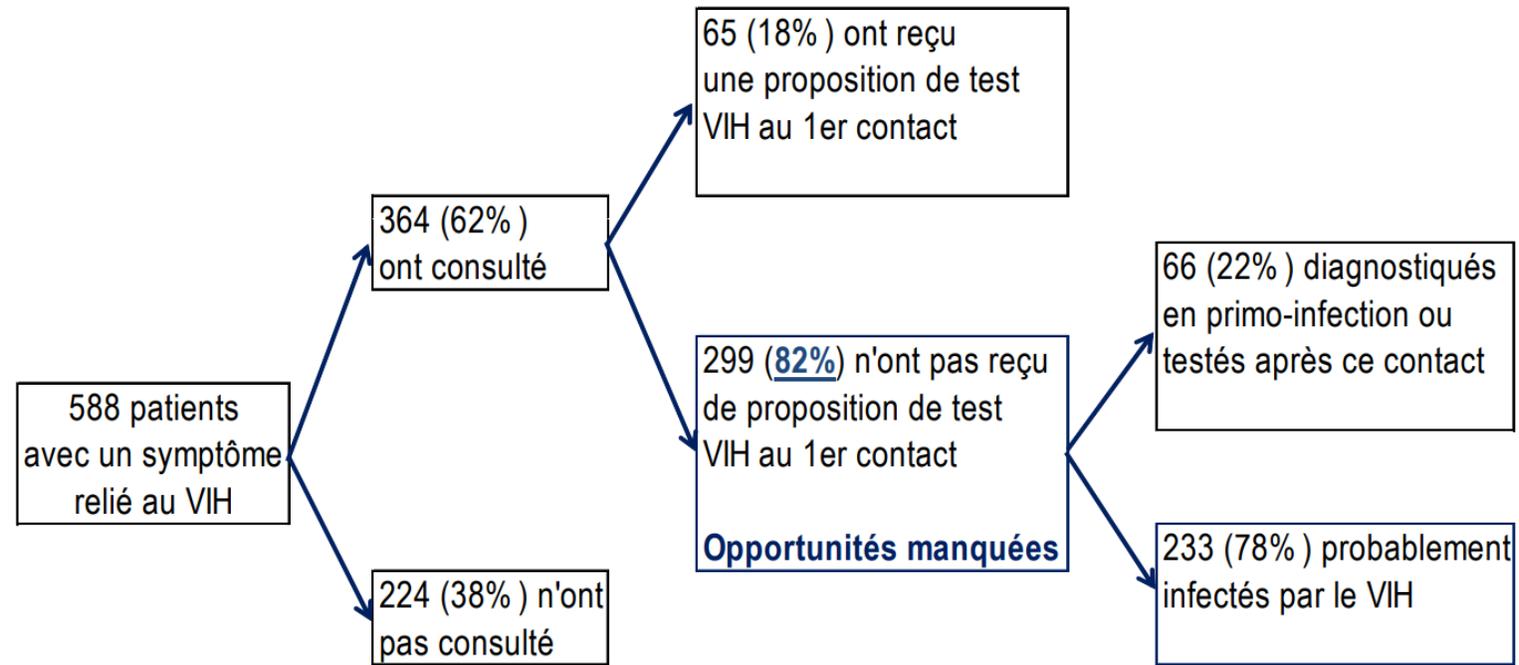
Recours au soin dans les 3 dernières années de 1 008 personnes nouvellement infectés par le VIH

Opportunités manquées de dépistage
/ HSH asymptomatiques



OPPORTUNITES MANQUEES

Opportunités manquées de dépistage / symptôme[±] relié au VIH





CAS CLINIQUE N°3

Mme N, 32 ans
Consulte pour une adénopathie
cervicale. Vit en couple avec un
homme depuis 1 an et demi.

❖ Antécédents : RAS

❖ Traitement en cours : RAS

❖ Examen clinique :

Adénopathie cervicale volumineuse
indolore sous mandibulaire G.

Pas de pharyngite ni d'angine

Pas de lésions buccales visualisées.

Pas d'autre adénopathie.

Apyrétique.

Discrète éruption qu'elle n'avait pas
remarquée.

ATTEINTE CUTANÉE





HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

SYPHILIS : PRISE EN CHARGE

2 classifications :

❖ selon les manifestations :

- primaire : chancre
- secondaire : roséole, syphilides et plaques muqueuses. Rares alopecies
- tertiaire : gomme, aortite, périostite (granulomatose)
- neuro-syphilis

Les manifestations peuvent se « mélanger » et il n'est pas rare de voir des manifestations de syphilis primaire et secondaire à la fois.

❖ selon le temps écoulé depuis la contamination :

- Précoce (<1an) : 1 injection d'extencilline
- tardive (>1 an) : 3 injections d'extencilline à 1 semaine d'intervalle
- Elle est qualifié de latente si non symptomatique.

IST → 3 MILLIONS DE DÉPISTAGES PAR AN

Prévalence 2021
(SPF) :

Syphilis

Pas de chiffres de
DO

Données de
remboursement
de dépistage /
traitement
+ CEGGID

CEGGID : 1,4% de +, stable depuis 2016

Ville : incidence 0,1/1000 hab

Age médian 34 ans

Diminution de 60% des dépistages en 2020 (VIH et IST) avec
crainte d'un retard diagnostique et circulation plus importante.

90% des cas traités sont masculins, 75% HSH

57% asymptomatiques

53% Syphilis primaire / 24% stade latent précoce

DIAGNOSTIQUER LA SYPHILIS : CE QU'IL FAUT SAVOIR

Dépistage : Test tréponémique (TT)

Ac dirigés contre les Ag tréponémiques.

Restent positifs après traitement (sauf si très précoce)

Très bonne spécificité (sauf Tréponématoses non vénériennes Pian, Bejel Pinta).

Différentes techniques :

- Agglutination : TPHA, TPPA (GR/Particule)
- Fluorescence : FTA
- Immunoenzymatique : ELISA/EIA
- TDR
- Immunotransfert (Wblot, Iblot)

Activité/suivi : Test non tréponémique (TNT)

Ac dirigés contre les Ag cardio-lipidiques.

Non spécifiques des tréponèmes.

Se négativent après traitement, différencient syphilis active/cicatrice sérologique. Neg si trop précoce.

→ Test quantitatif de confirmation d'un TT positif.

Techniques manuelles : Agglutination passive des réagines syphilitiques en présence d'un antigène (cardiolipide, lécithine et cholestérol) : VDRL et RPR (latex et charbon)

Titrage par dilutions successives du sérum.

Titre corrélé à l'évolutivité

TNT → dosages itératifs, avec la même technique !
→ Même labo pour reprise des sérums antérieurs.

DIAGNOSTIQUER LA SYPHILIS : CE QU'IL FAUT AVOIR EN TÊTE

Syphilis primaire :

Clinique ++

+/- PCR (supplée la microscopie sur fond noir)

Sérologie : peut être dissociée ou faiblement positive (SC sous 15-30 jrs)

IgM dès S2, rapidement suivies par IgG

Syphilis secondaire :

Sérologie généralement titre élevé +/- PCR (lésions)

Syphilis latente :

Sérologie variable selon ancienneté de l'infection

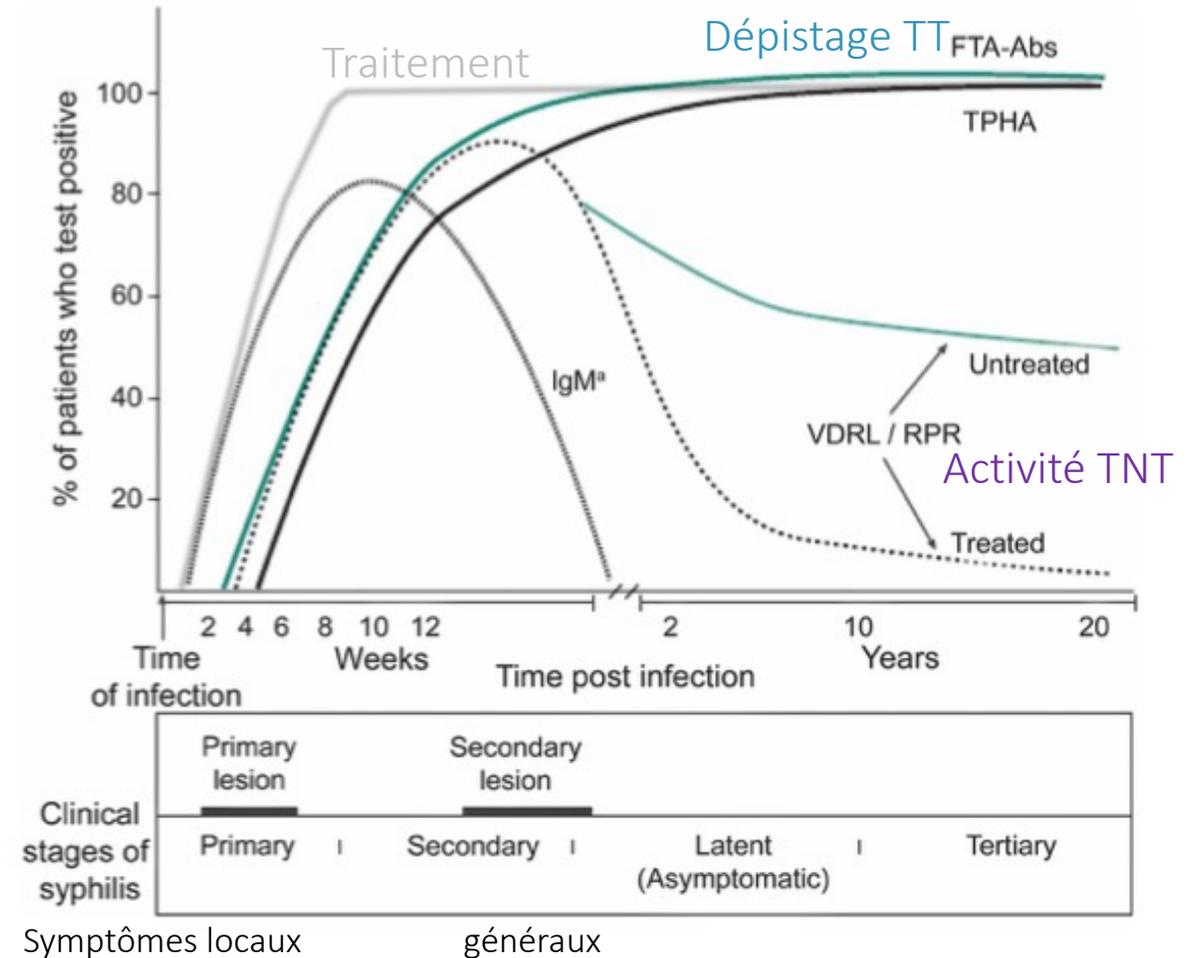
Syphilis tertiaire :

Sérologie +/- PCR

Syphilis congénitale :

Sérologie et Iblot si TT + chez la femme enceinte

Sérologie IgM et Iblot chez le nouveau-né + PCR

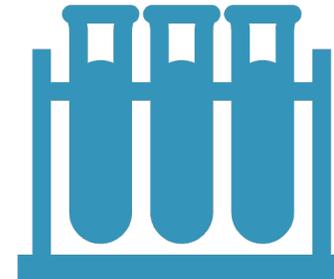


Sérodiagnostic de la syphilis au cours du temps

RÉSULTATS DU BILAN BIO

PRISE EN CHARGE

- ❖ Sérologie Syphilis positive :
TPHA +
VDRL = 128
- ❖ Traitement : 3 doses d'Extencilline à 1 semaine d'intervalle (pas d'antériorité de dépistage, pas de partenaire autre que son compagnon depuis 1 an et demi)
- ❖ Abstinence sexuelle ou protection stricte des rapports (y compris fellation)
- ❖ Dépistage et traitement du/des partenaires d'emblée si rapport < 6 semaines



LES SYPHILIS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES AU CH DE QUIMPER



LES SYPHILIS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES



Le symptôme
le plus commun
d'une IST,



c'est de
ne pas avoir
de symptômes.

MERCI !

DES
QUESTIONS ?

