

# ACTUALITÉS et leurs CONSÉQUENCES PRATIQUES dans le VIH

ACP  
VIH  
20 ANS

Laho Business Center  
5-9, rue Van Gogh  
75012 Paris

28 | 2023  
NOVEMBRE

Avec le soutien institutionnel de



Sous la caution scientifique de



# Cas clinique IST

Dr Jérémie Zeggagh

SMIT – Hôpital Necker-Enfants Malades

Rafael, 36 ans, HSH, vit à Berlin, sous PrEP depuis 3 ans, passe une semaine à Paris pour voir son petit copain. Consulte un médecin en ligne pour majoration de « douleurs urinaires »

- Contexte:

- Sous PrEP de 3 ans

- ATCD médicaux :

- Plusieurs épisodes de gonococcies
- Syphilis primaire
- Otite maligne aigue en aout 2023

- Histoire de la maladie

- Dysurie légère depuis plusieurs semaines, mais majorée 3 jours après qu'il a participé a un « Chill » dimanche

- Stressé car ne veut pas contaminer son petit copain et « veut en profiter » avant de repartir à Berlin.

## Q.1 Quelle prise en charge vous semble la plus adaptée ?

- A. Attendre les résultats des examens complémentaires pour mise sous traitement
- B. Mise sous traitement direct sans examen microbiologique
- C. Réalisation d'un écouvillonnage urétral pour mise culture.
- D. PCR Gonocoque et Chlamydia 3 sites puis mise sous traitement sans attendre les résultats
- E. Risque de perte de vue => traitement minute, dose forte d'Azithromycine (2g) pour traiter à la fois gonocoque et chlamydia

## Q.1 Quelle prise en charge vous semble la plus adaptée ?

- A. Attendre les résultats des examens complémentaires pour mise sous traitement
- B. Mise sous traitement direct sans examen microbiologique
- C. Réalisation d'un écouvillonnage urétral pour mise culture.
- D. PCR Gonocoque et Chlamydia 3 sites puis mise sous traitement sans attendre les résultats
- E. Risque de perte de vue => traitement minute, dose forte d'Azithromycine (2g) pour traiter à la fois gonocoque et chlamydia

**Devant « l'urgence » + pour faciliter l'observance  
le médecin généraliste prescrit un traitement minute :**

**AZITHROMYCINE 2g + CEFIXIME 400mg en prise unique**

Q2. Concernant les rapports sexuels avec son petit copain ? qu'aurait dû lui conseiller son médecin ?

- A. 48 heures d'abstinence après son traitement et reprise des rapports sexuels
- B. 14 jours sans rapport sexuel non protégé
- C. 7 jours sans rapport sexuel non protégés uniquement si traitement par CEFTRIAXONE
- D. Autant que vous voulez avec des rapports protégés par un préservatif
- E. Vous lui conseillez des expos à Paris, car il faudra revenir pour avec des rapports sexuels avec lui

Q2. Concernant les rapports sexuels avec son petit copain ? qu'aurait dû lui conseiller son médecin ?

- A. 48 heures d'abstinence après son traitement et reprise des rapports sexuels
- B. 14 jours sans rapport sexuel non protégé
- C. 7 jours sans rapport sexuel non protégés uniquement si traitement par CEFTRIAXONE
- D. Autant que vous voulez avec des rapports protégés par un préservatif
- E. C'est louper pour cette fois ci, et lui conseillez des bonnes expos à Paris !



- Le patient est initialement amélioré
- Les résultats des PCR *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* reviennent négatives.
- Le patient a décidé de poursuivre son séjour en France devant la persistance des symptômes,
- Une semaine plus tard le patient consulte au CeGIDD pour la persistance des gênes urinaires :

Q3. Quelles sont les affirmations vraies et quelle est votre prise en charge ?

- A. Il peut s'agir d'un NG résistant car en France 10 % de souches NG sont résistantes à la CEFIXIME
- B. Vous réalisez cette fois-ci un écouvillonnage urétral pour mise en culture car meilleure sensibilité
- C. Les C3G orale sont responsables de l'émergence de résistance à cause d'un problème de biodisponibilité
- D. Vous ajoutez la recherche de *Mycoplasma genitalium*
- E. Vous auriez traité par CEFTRIAXONE + DOXYCYCLINE

Q3. Quelles sont les affirmations vraies et quelle est votre prise en charge ?

- A. Il peut s'agir d'un NG résistant car en France 10 % de souches NG sont résistantes à la CEFIXIME
- B. Vous réalisez cette fois-ci un écouvillonnage urétral pour mise en culture car meilleure sensibilité
- C. Les C3G orale sont responsables de l'émergence de résistance à cause d'un problème de biodisponibilité
- D. Vous ajoutez la recherche de *Mycoplasma genitalium*
- E. Vous auriez traité par CEFTRIAXONE + DOXYCYCLINE

# PCR urinaire revient positive à *Mycoplasma genitalium*

## Q4. Quelles sont les affirmations vraies concernant *Mycoplasma genitalium* ?

- A. Il s'agit d'un agent donc la pathogénicité est débattue, vous ne le prenez pas en compte.
- B. Petite bacterie, invisible au microscope et la culture est quasi impossible
- C. *M. genitalium* résiste naturellement aux antibiotiques ciblant le peptidoglycane comme les bêta-lactamines, les glycopeptides et la fosfomycine.
- D. Le dépistage systématique de *M. genitalium* est recommandé en cas d'urétrite chez des patients HSH avec > 3 partenaires par mois
- E. Chez les femmes, il est responsable de 10 à 35% des urétrites non gonococciques (UNG), aiguës ou chroniques et arrive en deuxième position après *Chlamydia trachomatis*

## Q4. Quelles sont les affirmations vraies concernant *Mycoplasma genitalium* ?

- A. Il s'agit d'un agent donc la pathogénicité est débattue, vous ne le prenez pas en compte.
- B. Petite bacterie, invisible au microscope et la culture est quasi impossible
- C. *M. genitalium* résiste naturellement aux antibiotiques ciblant le peptidoglycane comme les bêta-lactamines, les glycopeptides et la fosfomycine.
- D. Le dépistage systématique de *M. genitalium* est recommandé en cas d'urétrite chez des patients HSH avec > 3 partenaires par mois
- E. Chez les femmes, il est responsable de 10 à 35% des urétrites non gonococciques (UNG), aiguës ou chroniques et arrive en deuxième position après *Chlamydia trachomatis*

## Q5. Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

- A. Vous le traitez avec un schéma décroissant d'Azithromycine J1 500mg puis J2-J4 250mg
- B. Vous le traitez avec un schéma dit anglais par Doxycycline 100mgx 2 pendant 7 jour puis 1g d'Azithromycine et 500mg d'Azithromycine pendant 2 jours
- C. Ayant déjà reçu de l'Azithromycine vous le traitez par un traitement séquentiel par Doxycycline 100mgx 2 pendant 7 jours puis Moxifloxacin 400mg pendant 10 jours directement
- D. Vous demandez un test de Résistance au CNR
- E. Vous lui demandez de dépister ses partenaires

## Q5. Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

- A. Vous le traitez avec un schéma décroissant d'Azithromycine J1 500mg puis J2-J4 250mg
- B. Vous le traitez avec un schéma dit anglais par Doxycycline 100mgx 2 pendant 7 jour puis 1g d'Azithromycine et 500mg d'Azithromycine pendant 2 jours
- C. Ayant déjà reçu de l'Azithromycine vous le traitez par un traitement séquentiel par Doxycycline 100mgx 2 pendant 7 jours puis Moxifloxacin 400mg pendant 10 jours directement
- D. Vous demandez un test de Résistance au CNR
- E. Vous lui demandez de dépister ses partenaires



## Q6. Concernant la résistance du *Mycoplasme génitalum*?

- A. En France métropolitain, la prévalence des mutations de résistance aux macrolides allait de 15% à 25%.
- B. Restant stable sur l'ensemble de la période 2018-2020.
- C. Elle était significativement plus importante chez les femmes (52,4% à 60,2%) que chez les hommes (15,9% à 22,2%) ( $p < 0,001$ ).
- D. La prévalence la plus importante est retrouvée chez hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (échantillons rectaux)
- E. En France prévalence d'une double résistance aux macrolides et aux fluoroquinolones allait de 9% à 13%

Pereyre S *et al.* Prevalence of macrolide and fluoroquinolone resistance-associated mutations in *Mycoplasma genitalium* in metropolitan and overseas France. *Sex Transm Infect.* 2023;99(4):254-260. doi: 10.1136/sextrans-2022-055466.

## Q6. Concernant la résistance du Mycoplasme génitalum?

- A. En France métropolitain, la prévalence des mutations de résistance aux macrolides allait de 15% à 25%.
- B. Restant stable sur l'ensemble de la période 2018-2020.
- C. Elle était significativement plus importante chez les femmes (52,4% à 60,2%) que chez les hommes (15,9% à 22,2%) ( $p < 0,001$ ).
- D. La prévalence la plus importante est retrouvée chez hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (échantillons rectaux)
- E. En France prévalence d'une double résistance aux macrolides et aux fluoroquinolones allait de 9% à 13%

Pereyre S *et al.* Prevalence of macrolide and fluoroquinolone resistance-associated mutations in *Mycoplasma genitalium* in metropolitan and overseas France. *Sex Transm Infect.* 2023;99(4):254-260. doi: 10.1136/sextrans-2022-055466.

## Q7. Réalisez-vous un Test Of Cure par PCR de Contrôle ?

- A. Oui, à J15 de la fin du traitement
- B. Oui, à 4-5 semaines de la fin du traitement
- C. Oui, mais uniquement parce qu'il est symptomatique
- D. Non, si test de résistance aux Macrolides négatif
- E. Non, si traité par Moxifloxacine car Résistance < 10 %

## Q7. Réalisez-vous un Test Of Cure par PCR de Contrôle ?

- A. Oui, à J15 de la fin du traitement
- B. Oui, à 4-5 semaines de la fin du traitement
- C. Oui, mais uniquement parce qu'il est symptomatique
- D. Non, si test de résistance aux Macrolides négatif
- E. Non, si traité par Moxifloxacine car Résistance < 10 %

- Le patient revient vous voir, angoissé, il avait arrêté la PrEP depuis 3 jours devant cette IST car n'était pas d'humeur à avoir des rapports sexuels, mais « finalement » il a eu un rapport sexuel passif il y a 2 jours avec un garçon rencontré sur Grindr©

## Q8. Concernant le traitement TPE, quelles sont les propositions vraies ?

- A. Il est essentiel d'essayer d'obtenir des informations concernant le statut sérologique VIH du partenaire sexuel
- B. En cas d'infection à VIH avérée un TPE doit être débuter au plus vite est dans les 48 heures
- C. Aujourd'hui la sérologie VIH est réalisable sans ordonnance et sans reste à charge
- D. Il est indiqué en cas de pénétration anal quand le partenaire appartient à un groupe épidémiologique à haut risque : HSH
- E. Selon les dernières recommandations HAS la durée de traitement peut être diminuée à 15 jours si traité en < 4 heures avec inhibiteurs d'intégrase.

## Q8. Concernant le traitement TPE, quelles sont les propositions vraies ?

- A. Il est essentiel d'essayer d'obtenir des informations concernant le statut sérologique VIH du partenaire sexuel,
- B. En cas d'infection à VIH avérée un TPE doit être débuter au plus vite est dans les 48 heures
- C. Aujourd'hui la sérologie VIH est réalisable sans ordonnance et sans reste à charge
- D. Il est indiqué en cas de pénétration anal quand le partenaire appartient à un groupe épidémiologique à haut risque : HSH
- E. Selon les dernières recommandations HAS la durée de traitement peut être diminuée à 15 jours si traité en < 4 heures avec inhibiteurs d'intégrase.

## Q8. Concernant le traitement TPE, que lui proposez vous?

- A. Pas d'indication à un TPE car patient sous PrEP
- B. Indication TPE car a pris moins de 4 comprimés en 7 jours
- C. les personnes ayant des comprimés de TDF/FTC sont incitées à reprendre un traitement le plus rapidement possible, jusqu'à la consultation permettant de prescrire le TPE
- D. Si indication TPE l'association de choix devrait être DORAVINE + 2NNTI
- E. Si indication TPE l'association de choix devrait être DOLUTEGRAVIR + 2NNTI



## Q8. Concernant le traitement TPE, que lui proposez vous?

- A. Pas d'indication à un TPE car patient sous PrEP
- B. Indication TPE car a pris moins de 4 comprimés en 7 jours
- C. les personnes ayant des comprimés de TDF/FTC sont incitées à reprendre un traitement le plus rapidement possible, jusqu'à la consultation permettant de prescrire le TPE
- D. Si indication TPE l'association de choix devrait être DORAVINE + 2NNTI
- E. Si indication TPE l'association de choix devrait être DOLUTEGRAVIR + 2NNTI

## Q9. Concernant le traitement TPE, que lui proposez vous?

- A. Lorsque la personne exposée n'est pas immune vis-à-vis de l'hépatite B, une vaccination doit lui être proposée et initiée immédiatement, si possible sur place, le plus tôt possible après l'exposition
- B. Lorsque la personne exposée n'est pas immune vis-à-vis de l'hépatite B, une injection d'immunoglobulines doit lui être proposée et initiée immédiatement, si possible sur place, le plus tôt possible après l'exposition
- C. Proposer doxycycline 200 mg en monodose prise dans les 72h suivant un rapport sexuel non protégé par un préservatif
- D. Le patient ne pourra reprendre la PrEP qu'au bout d'un mois après la fin du TPE et une sérologie VIH négative
- E. Le patient ne pourra reprendre la PrEP immédiatement après si charge virale VIH fin de traitement indétectable

## Q9. Concernant le traitement TPE, que lui proposez vous?

- A. Lorsque la personne exposée n'est pas immune vis-à-vis de l'hépatite B, une vaccination doit lui être proposée et initiée immédiatement, si possible sur place, le plus tôt possible après l'exposition
- B. Lorsque la personne exposée n'est pas immune vis-à-vis de l'hépatite B, une injection d'immunoglobulines doit lui être proposée et initiée immédiatement, si possible sur place, le plus tôt possible après l'exposition
- C. Proposer doxycycline 200 mg en monodose prise dans les 72h suivant un rapport sexuel non protégé par un préservatif
- D. Le patient ne pourra reprendre la PrEP qu'au bout d'un mois après la fin du TPE et une sérologie VIH négative
- E. Le patient ne pourra reprendre la PrEP immédiatement après si charge virale VIH fin de traitement indétectable

# Take home message

- Ne plus faire 2g d'Azithromycine devant une urétrite sans documentation microbiologique
- Eviter traitement par CEFIXIME pour traitement NG
- Evoquer *M.genitalium* si PCR NG et CT négatif chez patient paucisymptomatique
- Penser au test-of-cure chez Ng et Mg
- TPE : place de la doravirine dans le TPE
- Enchaînement TPE/PrEP