TPE et PREP
IST
Antibioprophylaxie

Cécile JANSSEN
Charlotte CHANDEZ
EmiliePIET
13 12 2019

TPE

Traitement post exposition : traitement anti rétroviral pour éviter la contamination par le VIH

4 à 48 h après accident d'exposition sexuel ou professionnel

1 comprimé d'EVIPLERA par jour pendant 28 jours

Avec un suivi biologique à 2 – 6 et 12 semaines

- Articles R 162-32 et R162-32-1 du Code de Sécurité sociale
- Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, art 5-6-7-8-9-13-14
- V 2010 HAS Critère 20.a (Manuel de certification avril 2011) : Management de la prise en charge médicamenteuse du patient.
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments en établissement de santé

Evaluer l'exposition au risque

Acte :

anal réceptif avec éjaculation x 35 - vaginal réceptif avec éjaculation - anal insertif - vaginal insertif

VIH indetectable : pas de TPE

Population à risque

VIH détectable

VIH sérologie inconnue groupe de prévalence élevé

Groupe à prévalence VIH élevée

- HSH multipartenaires,
- travailleurs du sexe,
- personne originaire de région à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie),
- usager de drogue injectable.

TPE traitement post exposition

Bilan initial TPE AESexuel

Faire pratiquer par un laboratoire d'analyses médicales :

Créatinine

ALAT

Sérologie VIH

Sérologie syphilis

Sérologie VHC

Ac antiHBs si vacciné et titre Ac inconnu

Ou Ag HBs, Ac antiHBc et Ac antiHBs si non vacciné

PCR Chlamydia et gonocoque sur 1er jet d'urines +/- prélèvement pharyngé +/- prélèvement rectal (femme< 25 ans, homme<30ans, HSH ou symptomatique)

BHCG si indication de TPE

Molécules du TPE

1) le choix préférentiel (sauf en cas de grossesse) **est :**

- **l'association ténofovir DF + emtricitabine + rilpivirine** compte tenu de sa bonne tolérance, sa simplicité de prise [soit 1 cp/j avec la co-formulation « Eviplera ® » ou 2 cps/j avec l'association d'1cp de TDF/emtricitabine Gé et d'1cp de rilpivirine «Edurant ®»], du faible risque d'interactions médicamenteuses et son plus faible coût en comparaison aux combinaisons à base d'IP ou d'INI.

2) les choix alternatifs sont :

- soit l'association ténofovir DF-emtricitabine (préférentiellement sous forme générique compte tenu du moindre prix) **avec darunavir/r** (soit 3 cps en 1 prise/j) **ou**

Suivi du TPE

Tableau 3 : Suivi biologique en cas d'exposition sexuelle

J 1-4	- Sérologie VIH - Sérologie syphilis - Sérologie VHC - Anti-HBs (si vacciné et titre Ac inconnu) ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (si non-vacciné) - ALAT - créatinine, test de grossesse (si indication de TPE) - PCR chlamydia et gonocoque*
S2	- ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie)
S 6	- Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable) - Sérologie syphilis - PCR chlamydia et gonocoque* - ALAT et ARN VHC (chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source)
S 12	- Sérologie VIH si TPE - Sérologie VHC (chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source) - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu)

Conclusion

Accompagner ses patients pour

- Dépister …aussi le partenaire et le traiter !
- Prévenir
- Traiter rapidement

https://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016(1).pdf

Parcours :

Accueil ➔ Aux urgences ou en service spécialisé

Suivi ➔ en service spécialisé ou par le médecin traitant

- posture accueillante et de non-jugement
- Informer sur le risque lié au VIH et autres IST
- Explication sur le TPE et sur interactions médicamenteuses / substances psychoactives
- Recommander préservatifs / exclusion du don du sang jusqu'à fin de suivi sérologique
- Proposer une consultation PREP en fin de suivi

PREP

Prophylaxie pré exposition

Avant une prise de risque sexuelle anti rétroviral permettant d'éviter la contamination par le VIH

Prise d'un comprimé de TRUVADA par jour

Surveillance biologique tous les 3 mois des Infections sexuellement transmissibles et de la tolérance

PREP Prophylaxie pré exposition

BILAN Pré PREP

- Sérologie VIH
- Ag HbS, Ac anti HbS, Ac anti Hbc
- sérologie VHC
- ASAT, ALAT
- créatininémie, clairance de la créatininémie, phosphorémie
- TPHA-VDRL
- recherche de chlamydiae sur analyse d'urine (PCR), 1er jet d'urine
- recherche de gonocoque sur analyse d'urine (PCR), 1er jet durine (pris en charge unqiuement à l'hopital)

ORDONNANCE PREP

Schéma continu :

TENOFOVIR EMTRICITABINE 1 cp / jour

En cas de vomissements

- dans l'heure suivant la prise de Tenofovir Emtricitabine, le patient doit prendre un autre comprimé.

- plus d'une heure après la prise de Tenofovir Emtricitabine, une autre dose ne doit pas être prise.

En cas de prise continue le traitement ➔ efficace après 7 jours de prise,

traitement efficace d'emblée si dose de charge de 2 cp le premier jour.

Il doit être poursuivi jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel.

Schéma discontinu :

Suivi PREP

Tous les 3 mois

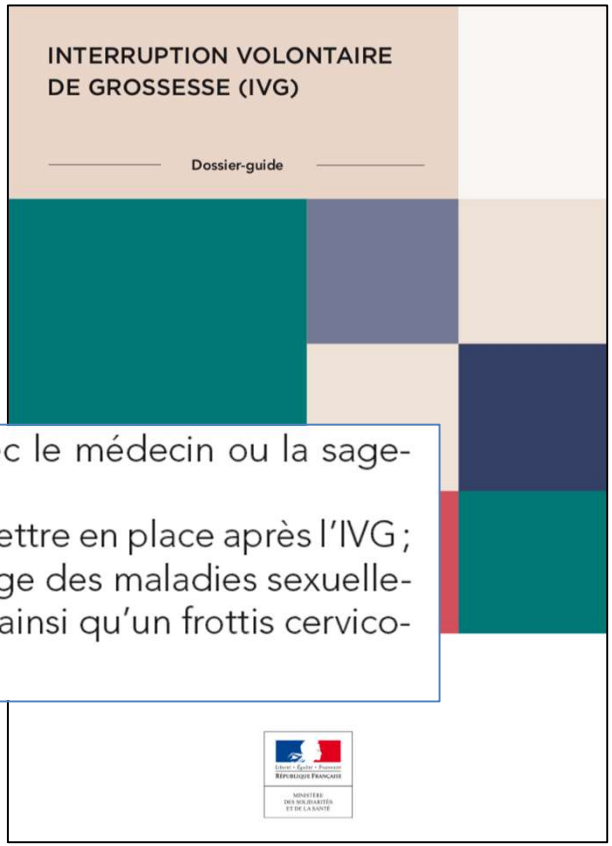
- Dépistage IST dont VIH
- Dépistage tolérance rénale et hépatique

TRAITEMENT CURATIF TASP
Treatment as prevention

Pas de guérison mais

Avis infectiologie : 04 50 63 6894

Dépistage IST dans le cadre d'une IVG et d'un suivi gynécologique classique en CPEF

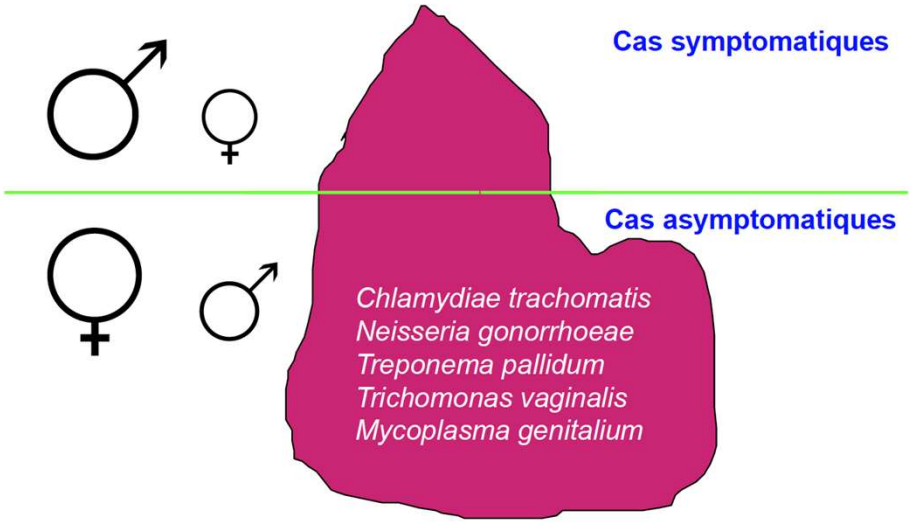


- Il s'agit également d'un moment privilégié avec le médecin ou la sage-femme :
  – pour décider de la méthode contraceptive à mettre en place après l'IVG ;
  – pour vous faire prescrire, si besoin, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection par le VIH, ainsi qu'un frottis cervico-vaginal.

Quelles IST?

- Bactériennes:
  - Chlamydia
  - Gonocoque
  - Syphilis

- Virales:
  - VIH
  - Hépatites
  - HPV



Chlamydia

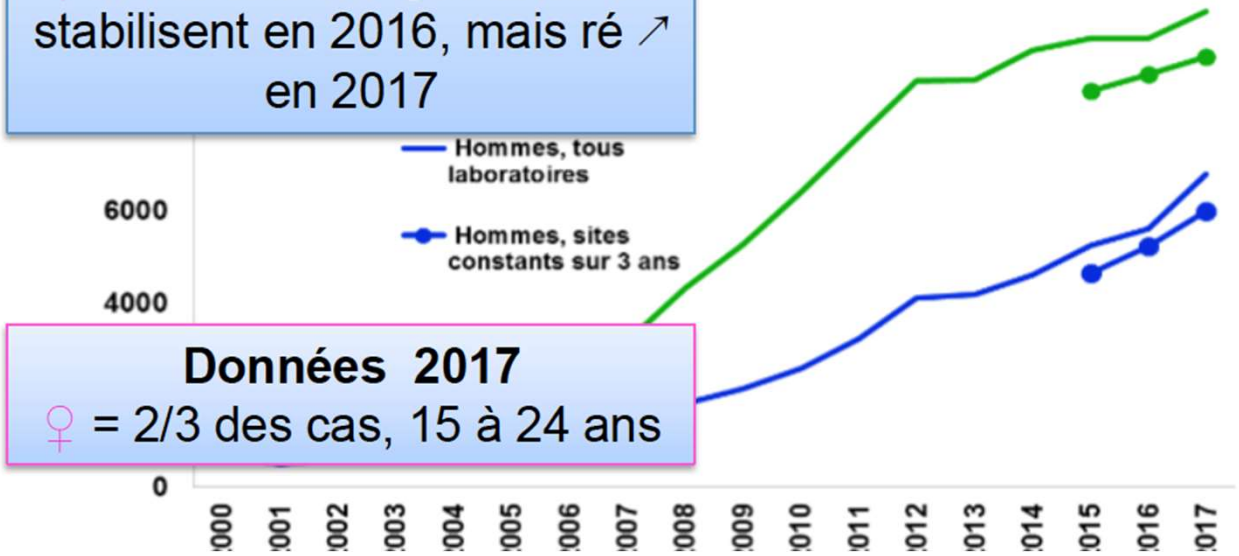
C. Trachomatis et ses conséquences obstétricales +++

- Prévalence très variable suivant le contexte socio-économique
- **Principal agent infectieux associé aux IGH,** pourcentage difficile à apprécier
- Sur 1 000 patientes infectées à Ct :
  - . 170 feront une IGH
  - . 70 une salpingite
  - . 5 une infertilité tubaire
  - . 2 une GEU

Données 2017

♂ Infections ano-rectales ↗ chez HSH,

♀ Infections uro-génitales se stabilisent en 2016, mais ré ↗ en 2017



Données 2017

♀ = 2/3 des cas, 15 à 24 ans

Source: réseau Rénachla. Santé Publique France

La prévalence des infections à Ct est plus élevée chez les femmes de 18 à 25 ans, avec une prévalence estimée à 3,6% en France (2,5% chez les hommes)

Dépistage du Chlamydia

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*
Septembre 2018

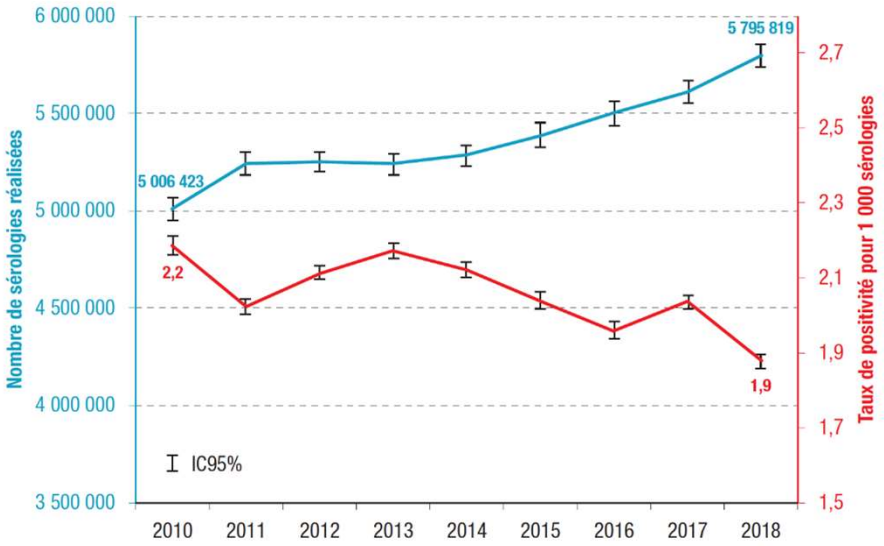
- **un dépistage opportuniste systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans (inclus), y compris les femmes enceintes ;**

- **un dépistage opportuniste ciblé :**
  - des hommes sexuellement actifs présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge,
  - des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque,
  - des femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.

Les facteurs de risque sont : multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, *Mycoplasma genitalium*), antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol.

SF Dermatologie 2016: même recommandations que la HAS. En rajoutant de renouveler le dépistage tous les ans si RNP avec un nouveau partenaire

Nombre de sérologies VIH réalisées et taux de positivité, France, 2010-2018



Source : LaboVIH, données 2018 corrigées.

VIH

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Réévaluation de la stratégie de dépistag de l'infection à VIH en France

Dépistage régulier dans les populations clés:

- tous les trois mois chez les HSH ;
- tous les ans chez les UDI ;
- tous les ans chez les personnes originaires de zones de forte prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

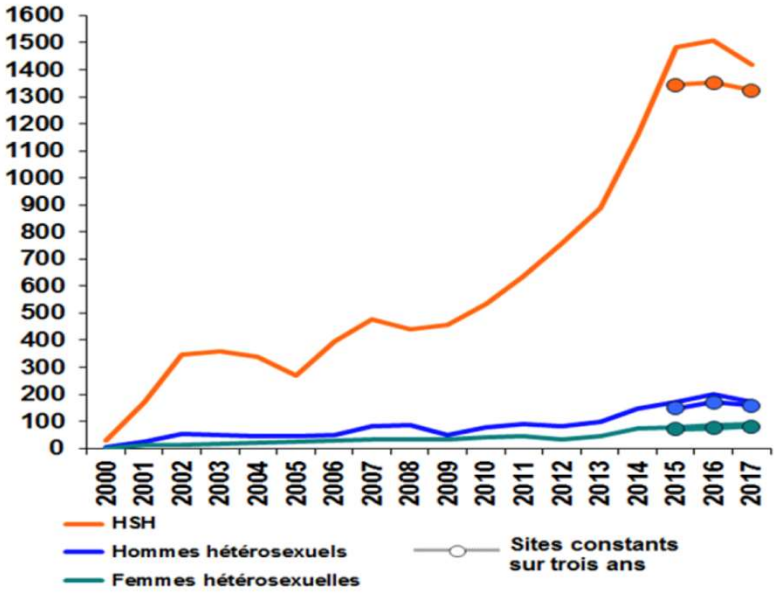
En dehors des populations clés:

- au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans chez les personnes ignorant leur séropositivité
- en fonction de l'incidence de l'infection à VIH et de la prévalence de l'infection non diagnostiquée plus élevées dans certaines régions (IDF, PACA, DFA)
- chez les hommes, qui ont un moindre recours au système de soins que les femme

Systématiquement dans un certain nombre de circonstances:

- en cas de diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou C, de grossesse et de viol
- projet de grossesse, de prescription d'une contraception, d'IVG
- d'incarcération ou de diagnostic de tuberculose
- démarche individuelle et volontaire de recours au dépistage

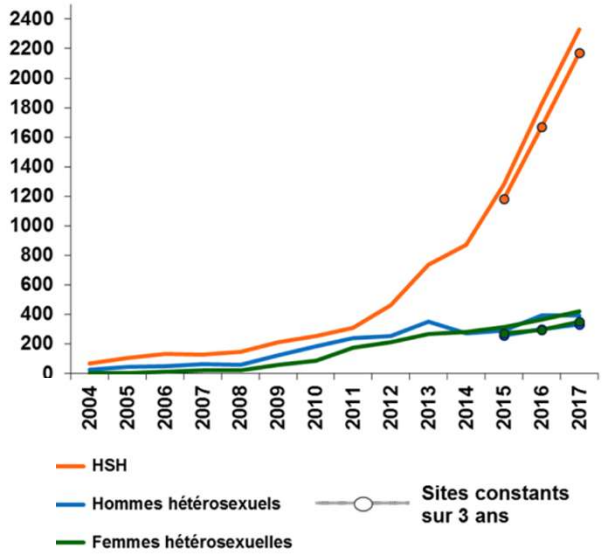
HAS, 2018



Syphilis

- HSH
- Diagnostic d'IST, ou ATCD d'IST
- Partenaire sexuel d'une personne ayant une IST
- Porteur du VIH
- Prostitution et clients si RNP
- Incarcération
- Viol
- Migrants d'un pays à risque (Afrique, Asie, Europe de l'est, Amérique du sud)
- Comportement sexuel à risque : plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois et utilisation inadaptée du préservatif

Gonocoque



Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions, France 2010

■ **Scénario 1 : dépistage ciblé dans les sous-groupes de population présentant des facteurs de risque**

- Les personnes dépistées ou diagnostiquées pour une autre IST.
- Les personnes ayant des antécédents d'IST, dont le gonocoque.
- Les HSH.
- Les personnes porteuses du VIH.
- Les hommes et les femmes ayant des comportements sexuels à risque :
  - personnes ayant eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et ayant une utilisation inadaptée des préservatifs ;
  - partenaire sexuel d'une personne infectée par le gonocoque ou par une autre IST.

Cette stratégie correspond à un dépistage ciblé des individus présentant des facteurs de risque, et concerne tous les professionnels de santé et les structures de soins.

■ **Scénario 2 : dépistage de l'ensemble des individus ayant recours aux soins dans les CDAG-CIDDIST, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres d'orthogénie et les centres de santé sexuelle.**

Cette stratégie correspond à un dépistage ciblé dans des environnements particuliers.

RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C

Synthèse – avis des groupes de travail et de lecture
Et recommandation de la HAS

mars 2011

- Les hépatites virales:
  - VHB: haute contagiosité sur les rapports sexuels
  - VHC: pénétration anale

    ➢ Fibrose hépatique, cirrhose, cancer

- Ne pas oublier le HPV !

Antibioprophylaxie pour les IVG

Classification d'Altemeier
(classe de contamination des interventions chirurgicales)

Classes I (propre) à IV (sale)

Chirurgie propre contaminée Classe II	• Ouverture de l'appareil génito-urinaire en l'absence d'uroculture positive ; ouverture des voies respiratoires, du tube digestif dans de bonnes conditions et sans contamination anormale ; ouverture de l'oro-pharynx ou des voies biliaires en l'absence de bile infectée ; ruptures minimes d'asepsie et drainages mécaniques.

Exemples de risques infectieux:
- Craniotomie (classe I): risque d'infection 1 à 5%
- Prothèse articulaire (classe I): 3 à 5% (<1% avec antibioprophylaxie)
- Chirurgie maxillo-faciale (classe II ou III): 30%

POUR

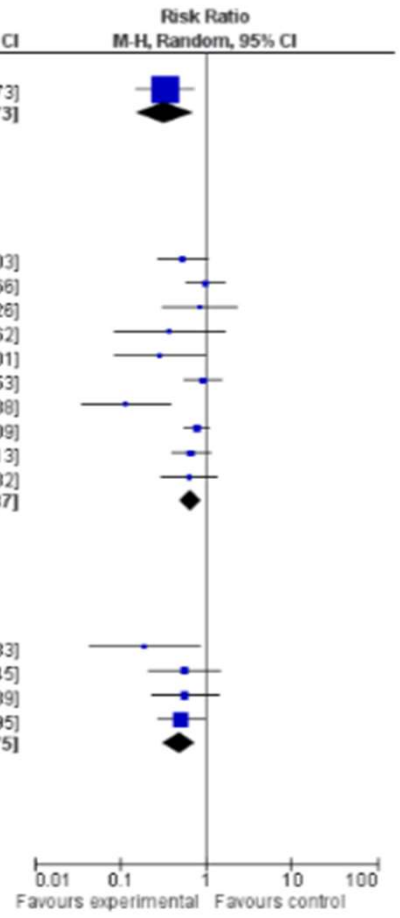
- Cochrane 2012: RR 0,59 [0,3-1,14]
- HAS 2016: cahier des charges pour IVG hors établissement de santé
- CNGOF 2016: antibioprophylaxie recommandée mais infections non mentionnées dans les complications des IVG

Cochrane 2012

Screening Chlamydia
Si CT+, exclusion

Figure 4. Effect of antibiotic prophylaxis on post-abortal upper genital tract infection, 15 trials: by reporting of universal antibiotic prophylaxis.

Study or Subgroup	Antibiotic Events	Antibiotic Total	Placebo Events	Placebo Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
2.1.1 Universal prophylaxis						
Darj 1987	8	386	24	383	100.0%	0.33 [0.15, 0.73]
Subtotal (95% CI)		**386**		**383**	**100.0%**	**0.33 [0.15, 0.73]**
Total events	8		24			
Heterogeneity: Not applicable						
Test for overall effect: Z = 2.75 (P = 0.006)						
2.1.2 Not universal prophylaxis						
Crowley 2001	12	142	21	131	10.7%	0.53 [0.27, 1.03]
Heisterberg 1985a	25	269	25	263	13.7%	0.98 [0.58, 1.66]
Heisterberg 1987	7	64	7	54	6.3%	0.84 [0.32, 2.26]
Heisterberg 1988	2	24	7	31	3.2%	0.37 [0.08, 1.62]
Larsson 1992	3	84	11	90	4.3%	0.29 [0.08, 1.01]
Larsson 2000	29	650	30	626	14.5%	0.93 [0.57, 1.53]
Levallois 1988	3	536	26	541	4.7%	0.12 [0.04, 0.38]
Nielsen 1993	55	525	73	548	19.4%	0.79 [0.57, 1.09]
Sorensen 1992	20	189	30	189	13.7%	0.67 [0.39, 1.13]
Westrom 1981	10	102	17	110	9.5%	0.63 [0.30, 1.32]
Subtotal (95% CI)		**2585**		**2583**	**100.0%**	**0.65 [0.49, 0.87]**
Total events	166		247			
Heterogeneity: $Tau^2 = 0.08$; $Chi^2 = 15.84$, df = 9 (P = 0.07); $I^2 = 43\%$						
Test for overall effect: Z = 2.93 (P = 0.003)						
2.1.3 Unclear if universal prophylaxis						
Heisterberg 1985b	2	51	10	49	8.7%	0.19 [0.04, 0.83]
Krohn 1981	6	104	11	106	20.4%	0.56 [0.21, 1.45]
Krohn 1986	7	145	12	140	23.0%	0.56 [0.23, 1.39]
Sonne-Holm 1981	14	254	26	239	47.9%	0.51 [0.27, 0.95]
Subtotal (95% CI)		**554**		**534**	**100.0%**	**0.49 [0.32, 0.75]**
Total events	29		59			
Heterogeneity: $Tau^2 = 0.00$; $Chi^2 = 1.75$, df = 3 (P = 0.63); $I^2 = 0\%$						
Test for overall effect: Z = 3.27 (P = 0.001)						



CONTRE

Recommandations de la SFAR: 2010…2018

- Manœuvres intra utérines simples: hystéroscopie, biopsie endomètre, curetage, FIV, pose DIU
- Risque infectieux <1% et/ou absence de données convaincantes d'efficacité d'antibioprophylaxie

  → Pas d'antibioprophylaxie

NICE guidelines 2019

- IVG médicamenteuse: pas d'antibioprophylaxie recommandée
- IVG instrumentale: antibioprophylaxie recommandée

« Antibiotic prophylaxis is part of current clinical practice for women having a surgical abortion. The committee wanted to encourage this, so they made a recommendation in support. »

  - Pas d'autre étude incluse depuis revue Cochrane 2012
  - Doxycycline 100 mg x2/j pendant 3 jours ou métronidazole
  - Pas d'évaluation du screening/traitement des IST/vaginose

Alors, antibioprophylaxie?

- Dernière recommandation française: SFAR 2018
- Diminution relative des infections après IVG mais risque initial faible
- Screening/ttt des IST jugé non « coût efficace » dans anciennes études mais:
  - meilleurs outils diagnostiques ++
  - coût des PCR ↘ ↘ ↘
    → dépistage facile!
  - vaginose?

Merci de votre attention