

JNI

22^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie

Montpellier
et la région Occitanie - Méditerranée

LE CORUM, Montpellier

du lundi 30 août 2021
au mercredi 1^{er} septembre 2021



CNR
des IST bactériennes

université
de **BORDEAUX**

IST bactériennes et PrEP : Quelles stratégies antibiotique à court et long termes ? Charles Cazanave

[@charles_cazanav](https://twitter.com/charles_cazanav)



Service des Maladies Infectieuses et Tropicales – CHU Bordeaux
Centre National de Référence des IST bactériennes – CHU Bordeaux
EA 3671, Infections humaines à mycoplasmes et à chlamydiae – Univ. Bordeaux

Le Bassin d'Arcachon



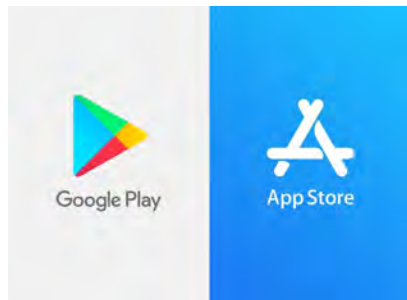


Déclaration d'intérêts de 2015 à 2021

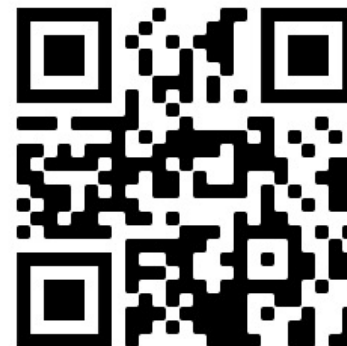
- Gilead, ViiV, MSD, Abbvie
- Edimark

Session interactive

Pour participer au vote, téléchargez l'application mobile JNI 2021 disponible sur l'App Store ou sur Google Play



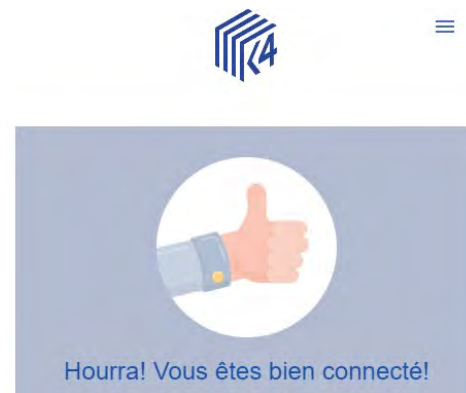
L'application est également disponible en flashant ce QR Code



Session interactive

Sur le menu, cliquez sur le bouton « Programme » et sélectionnez la session en cours.
Ensuite, cliquez sur le bouton « Vote ».

Vous êtes connecté !
Les choix apparaîtront lors du vote.



Vu sur Twitter  hier, quel est le top 3 des « choses » qui s'attrapent par la queue ? @docisa33




Word Cloud

The results will be shown as an animated Word Cloud
once the audience has sent their message

Looking for old results?

Click on Dashboard > Download Presentation Results

*Cette présentation Sendsteps a été charge sans le add-in Sendsteps. 
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur
<https://dashboard.sendsteps.com/>*

① 1^{ère} question

- Vu sur Twitter  hier, quel est le top 3 des « choses » qui s'attrapent par la queue ? @docisa33
 - Les cerises
 - Les souris
 - Les #IST



2e question - Quel(s) agent(s) infectieux à l'origine d'IST pose(nt) à court termes des problèmes d'antibiorésistance ?

- A. Chlamydia trachomatis
- B. Gonocoque
- C. Treponema pallidum
- D. Mycoplasma genitalium
- E. Trichomonas vaginalis

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation Sendsteps a été chargée sans le add-in Sendsteps.
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://dashboard.sendsteps.com/>



Fermé

2e question - Quel(s) agent(s) infectieux à l'origine d'un syndrome de gonorrhée à court termes des problèmes d'antibiothérapie ?

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

- | | | |
|----|-----------------------|------|
| A. | Chlamydia trachomatis | 0,0% |
| B. | Gonocoque | 0,0% |
| C. | Treponema pallidum | 0,0% |
| D. | Mycoplasma genitalium | 0,0% |
| E. | Trichomonas vaginalis | 0,0% |

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

3e question - Quelle(s) bactérie(s) à l'origine d'IST posera (poseront) à long termes des problèmes d'antibiorésistance?

- A. Chlamydia trachomatis
- B. Gonocoque
- C. Treponema pallidum
- D. Mycoplasma genitalium

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation Sendsteps a été chargée sans le add-in Sendsteps. Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://dashboard.sendsteps.com/>



Fermé

3e question - Quelle(s) bactérie(s) à l'origine d'IST (poseront) à long termes des problèmes d'antibiorésistance?

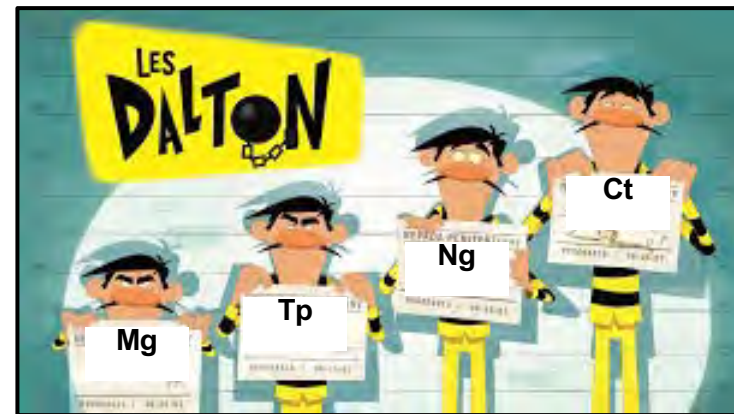
Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

- A. Chlamydia trachomatis 0,0%
- B. Gonocoque 0,0%
- C. Treponema pallidum 0,0%
- D. Mycoplasma genitalium 0,0%

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

Mise en bouche

- IST en pleine expansion ! 1 million d'IST diagnostiquées par jour dans le monde
- Infections anciennes (syphilis) mais d'autres émergentes (*M. genitalium*), avec parfois des problèmes de multirésistance (XDR) → pouvant réduire les options thérapeutiques
- Focus sur les 4 principales IST (« Les Dalton »)
 - *C. trachomatis* (Ct)
 - *N. gonorrhoeae* (Ng)
 - Syphilis (Tp)
 - *M. genitalium* (Mg)
- IST & PreP : vaste débat...
- Quel traitement proposé « now » and « tomorrow »



PrEP & IST ou IST & PrEP ?

- PrEP, à l'origine d'une augmentation des IST ?
- La question sur « PrEP et IST » est double
 - PrEP : augmentation des IST chez les usagers de PrEP ?
 - PrEP : augmentation des IST en population générale ?
- *"Is oral PrEP a risk or an opportunity for STI prevention and control?"* OMS, 2019
- Mais les IST ne concernent pas que les usagers de PrEP, mais aussi d'autres publics, pour qui pratiques de dépistage moins claires et codifiées?
- Différencier IST sympto VS asympto (+++)



Pourquoi se poser cette question des AB ?

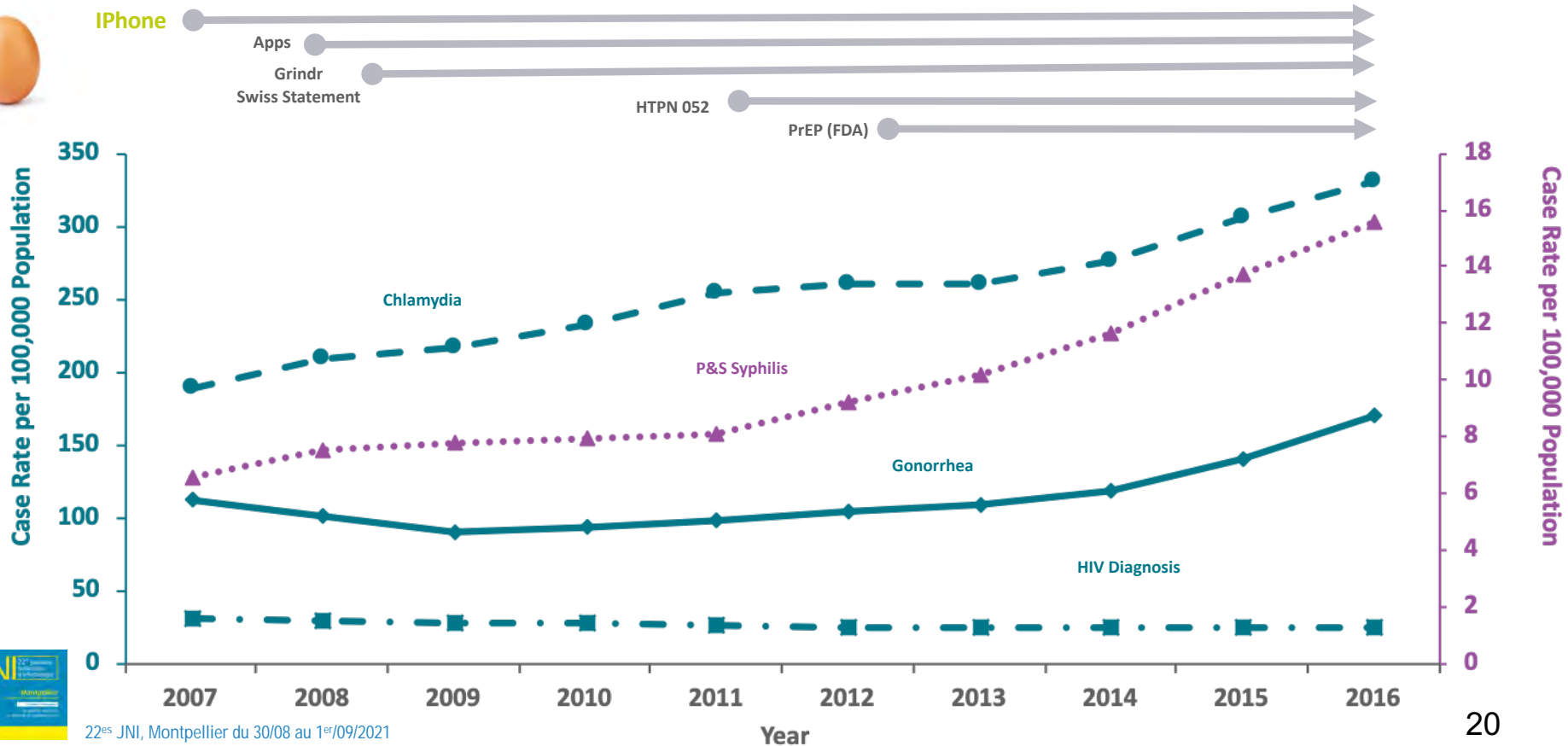
- Du point de vue de l'infectiologue
 - Bon usage des antibiotiques (BUA)
 - ↘ la prescription des AB
 - ↘ du risque de bactéries MDR (Dr Laure SURGERS)
 - « Le bon AB, à la bonne dose, dans la juste indication ! »
- Du point de vue de l'épidémiologiste
 - Mieux connaître l'épidémiologie
 - La dynamique des IST → déclarer ! (différents réseaux de surveillance : ResIST...)
- Du point de vue du microbiologiste (Pr Cécile BÉBÉAR)
 - Mieux connaître l'épidémiologie de la résistance
 - Rechercher la résistance (ex : gonocoque et *M. genitalium*)

Il n'y a pas que les AB dans la vie...

- Du point de vue de l'infectiologue
 - 1^{ère} consult PrEP : la « to-do list »
 - Certes parler de la prévention du VIH, mais aussi de celle des IST (préservatif, rapports bucco-génitaux, bucco-anaux...)
 - Dire que les IST bactériennes ↗, qu'elles se traitent mais qu'elles deviennent de plus en plus résistantes
 - Dire qu'il y a « plein » de vaccins contre les IST virales, mais aucun contre les IST bactériennes
 - Dire que les AB pris de façon répétés sont :
 - A l'origine de bactéries MDR
 - A l'origine de modifications du microbiote dont on ne connaît pas encore parfaitement les conséquences
 - → Tout ce travail d'information et de prévention doit être fait et est primordial !

L'augmentation des IST avant la PrEP ?

Courtesy: Dr Julia Schillinger

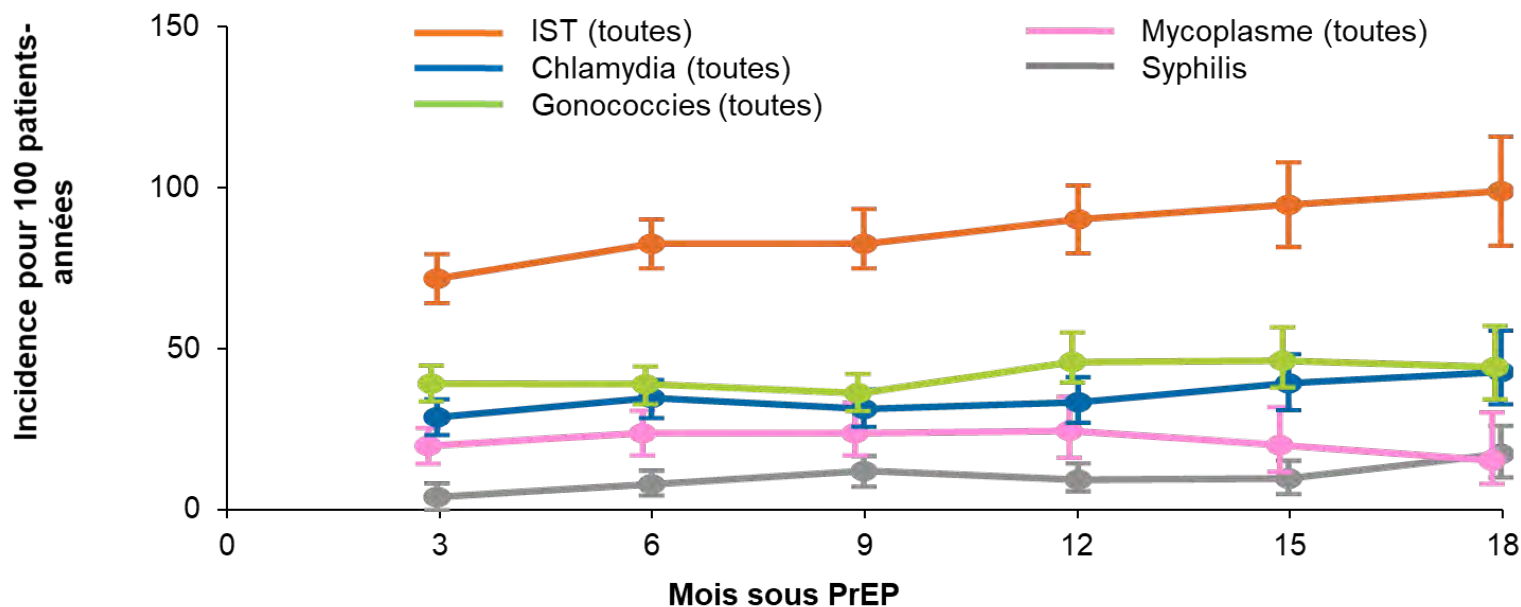


Augmentation des IST sous PrEP ? (1)

IAS 2019 - Molina JM *et al.*, TUAC0202 actualisé

Etude ANRS PREVENIR : résultats à 2 ans sur environ 3 000 PrEPeurs

Incidence des IST bactériennes



→ Augmentation de l'incidence de + 38 % par an ($p < 0,001$)

Augmentation des IST sous PrEP ? (2)

JAMA | Original Investigation

Association of HIV Preexposure Prophylaxis With Incidence of Sexually Transmitted Infections Among Individuals at High Risk of HIV Infection

- **Objectif** : voir si les IST \nearrow sous PrEP, et les facteurs associés

- **PrEPX Study** : étude multicentrique australienne

- **Méthode** : PrEP continue, dépistages tous les 3 mois

- Résultats

. ~ 3 000 PrEPeurs analysés avec un suivi médian de 1,1 an

. **Incidence globale IST : 91,9 / 100 PA**

. N° 1 : chlam, N° 2 : gono, N° 3 : syph.

. **Site** : **A > P > U**

- Résultats (suite)

. **Parmi les 2 000 pers.** avec données complètes pour analyse multivariée, **facteurs associés à \nearrow IST** :

- âge plus jeune
- plus grand nb de partenaires
- sexe en groupe
- mais pas l'utilisation du préservatif

. **Parmi les 1 400 pers.** avec données de screening des IST avant inclusion étude, incidence des IST :

. **69,5 / 100 PA \nearrow 98,4 / 100 PA**

. IRR : 1,41, soit + 41 %

. **Après ajustement sur rythmicité des suivis de dépistage :**

. **\nearrow incidence toute IST, IRR : 1,12, soit + 12 %**

Forts de ce constat, que faire ?

IST
symptomatiques



IST
Asymptomatiques

Même combat ?

IST symptomatiques (1)

- Traitement syndromique ou pas ?
- Urétrite
 - Plutôt « oui »
 - Urétrite aiguë, purulente
 - Dans ce cas : « la classique » ceftriaxone + doxycycline
 - Plutôt « non »
 - Patient bien connu (ex : PvVIH ou PrEPeur)
 - Peu sympto, liquide clair... Ct ou Mg ?
 - Dans ce cas : doxycycline après prélèvement, puis adaptation
- Rectite
 - OUI
 - Ne pas oublier la LGV et dans ce cas doxy au moins 3 semaines !



IST symptomatiques (2)

- Traitement syndromique ou pas ?
- Ulcération génitale
 - Syphilis
 - Indolore
 - Traitement « oui »
 - Dans ce cas
 - Benzathine benzylpénicilline 2,4 M UI IM
 - 2^{ème} intention : doxy 14 j



IST symptomatiques (3)

- Traitement syndromique ou pas ?
- Ulcération génitale
 - Herpès
 - Dououreux ++
 - Traitement « oui »



Cliché C. Cazanave, Bordeaux

IST symptomatiques (4)

- Traitement par bactérie
- *C. trachomatis*
 - 3 cas de figure
 - Infection isolée sans co-infection (pas de Mg) : AZM DU
 - Doute sur co-infection et quelle que soit la localisation : doxy 7 j
 - LGV sympto : doxy au moins 3 semaines



IST symptomatiques (4)

- Traitement par bactérie
- Gonocoque
 - Pas de bithérapie
 - Nouveautés
 - Ceftriaxone 1 g
 - Particulièrement pharynx ++
 - TOC (~ 2 semaines après)



> Int J STD AIDS. 2021 Jun 14;9564624211023025. doi: 10.1177/09564624211023025.
Online ahead of print.

Update on French recommendations for the treatment of uncomplicated *Neisseria gonorrhoeae* infections

Sébastien Fouéré¹, Charles Cazanave²*, Marion Héлары³, Nicolas Dupin⁴, Pierre Tattevin⁵,
Cécile Bébéar⁶, Marie Beylot-Barry⁷, Jean-Michel Molina⁸, Olivier Chosidow⁹, Agnès Riche¹⁰,
Béatrice Berçot^{11, 12}

Affiliations + expand

PMID: 34125636 DOI: 10.1177/09564624211023025

IST symptomatiques (5)

- Traitement par bactérie
- Syphilis
 - 2 options thérapeutiques (pénicilline retard ou doxy)
 - Nouveauté
 - Neurosyphilis dont formes ophtalmo
 - → Ceftriaxone non inférieure à pénicilline G IVSE (10 à 14 j)



Ceftriaxone compared with benzylpenicillin in the treatment of neurosyphilis in France: a retrospective multicentre study

Thomas Bettuzzi*, Aurélie Jourdes*, Olivier Robineau, Isabelle Alcaraz, Victoria Manda, Jean Michel Molina, Maxime Mehlen, Charles Cazanave, Pierre Tattevin, Sami Mensi, Benjamin Terrier, Alexis Régent, Jade Ghosn, Caroline Charlier, Guillaume Martin-Blondel†, Nicolas Dupin†

IST symptomatiques (6)

- Traitement par bactérie

- *M. genitalium*

- De plus en plus compliqué
- Uniquement les sympto
- Traitement guidé par la recherche de résistance +++
 - En 1^{ère} intention aux macrolides
- Traitement séquentiel privilégié
 - Doxy + AZM (7 + 4 jours)
 - Doxy + MFX (7 + 7 j)
 - Doxy / minocycline + pristinamycine (7 + 10 j)
- Long, complexe, pas toujours bien toléré → ETP +++
- Traitements les plus délétères pour le microbiote et le risque de MDR !



Cas contacts

- Des évidences...
 - **Syphilis**
 - Traitement des partenaires des 6 dernières semaines indépendamment de la négativité de la sérologie
 - ***Chlamydia***
 - Traitement aussi des partenaires récents, mais jusqu'à quand ?
 - **Mg**
 - Traitement uniquement si le sujet source est symptomatique...
 - Problème de l'antibiorésistance ++
- Des nuances...
 - **Gono**
 - Fardeau écologique des C3G répétées...
 - Applique-t-on la stratégie du « Test & Treat » ?
 - Personnellement, « oui »

IST asymptomatiques

- Des évidences...
 - *Syphilis*
 - Traitement systématique de toute forme !
 - Pas toujours évident de distinguer latente précoce de tardive, dans le doute traiter comme une tardive par 3 inj.
 - *Mg*
 - Pas de traitement !
- A long terme...
 - *Chlamydia*
 - Plutôt « oui »
 - *Gono*
 - Plutôt « oui » à ce jour
 - Ne pas oublier de demander une culture (antibiogramme)
 - Un PHRC va débiter (Saint-Louis, équipe du Pr JM. MOLINA) sur les portages pharyngés et l'éventuelle clairance

Take-home messages

- 1. **A moyen terme**, pour éviter la résistance, utiliser les antibiotiques à bon escient et avec parcimonie
- 2. Documenter le plus possible une IST
- 3. Rechercher au maximum la résistance pour :
 - Gonocoque : faire antibiogramme
 - Mg
- 4. Mieux connaître l'épidémiologie locale de la résistance pour ajuster les TTT probabilistes / syndromiques **sur le long terme**

Risque de XDR