

Dépistage systématique génital et extra-génital du portage de *Chlamydia trachomatis* (CT) et *Neisseria gonorrhoeae* (NG) chez 370 patients HSH vivant avec le VIH (PVVIH)



I. Alcaraz¹, O. Robineau¹, M. Valette¹, V. Baclet¹, N. Blondiaux², F. Ajana¹, E. Senneville¹

¹Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur (SUMIV) CH Tourcoing, France

²Laboratoire de Microbiologie CH Tourcoing, France



INTRODUCTION

Des prévalences élevées d'infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) et *Neisseria gonorrhoeae* (NG) sont rapportées chez des hommes HSH au niveau ano-rectal et pharyngé (1) (2).

En pratique, le dépistage CT et NG s'élargit de plus en plus aux localisations ano-rectales et pharyngées chez les patients HSH PVVIH mais nous disposons de peu de données en France sur les prévalences retrouvées dans cette population (3,4,5,6). Il n'existe aucune recommandation officielle quant à la réalisation d'un dépistage systématique de ces infections dans le cadre du bilan annuel du VIH.

L'objectif de notre étude est d'estimer la **prévalence** du portage de **CT et NG** pour les localisations **génitales** et **extra-génitales** des patients **HSH PVVIH** dans le cadre de leur suivi systématique - qu'ils soient symptomatiques ou non - au SURMIV du centre hospitalier de Tourcoing.

MATERIELS

A partir du 1er octobre 2014, un dépistage CT et NG a été proposé à tous les hommes PVVIH HSH reçus pour leur suivi VIH sur :

- 1^{er} jet urinaire,
- prélèvement de gorge,
- auto-prélèvement ano-rectal.

Les analyses ont été réalisées par **PCR temps réel Xpert NG/CT/Cepheid** sur échantillons regroupés - **urines gorge anus - en un pool par patient** (Poster PADS02-08). Les prélèvements positifs étaient secondairement dépoolés pour PCR de chaque site, et culture en cas de NG. Du **1^{er} octobre 2014** au 31 janvier 2015, 253 patients ont été inclus (résultats présentés dans le résumé). Nous vous présentons les données actualisées au **30 avril 2015**.

RESULTATS

□ Population

369 patients HSH PVVIH inclus entre le 01/10/14 et le 30/04/15

- âge médian : 45 ans (36,5 – 51)
- médiane CD4+ de 589/mm³ (444 - 775)
- charge virale indétectable : 86,4 % (82,5 - 89,6)

□ Répartition des prélèvements positifs (Tableau 1)

- **16,3 %** des patients (60/369) ont une PCR **multisite** CT et/ou NG positive.
- **11,1 %** des patients ont une PCR CT et/ou NG positive en **ano-rectal**, **4,3 %** en **pharyngé** et **2,7 %** en **urinaire** - soit 4 fois moins qu'en ano-rectal
- **12,2 %** ont une PCR multisite positive pour **CT**, **7,3 %** pour **NG**
- **3,3 %** (12/369) ont une PCR multisite positive pour à la fois **CT et NG**, essentiellement avec une localisation ano-rectale (10/13).
- Un seul patient a une localisation d'infection à CT extra-génitale associée à une PCR urinaire positive (CT urinaire et pharyngé).
- Toutes les cultures NG après PCR positive sont restées stériles.

Tableau 1 – Nombre de patients avec PCR CT et/ou NG positive selon les sites

n = 369	Nombre de patients avec PCR CT et/ou NG positive	% de patients avec PCR CT et/ou NG positive (IC)	Nombre de patients avec PCR CT positive	% de patients avec PCR CT positive (IC)	Nombre de patients avec PCR NG positive	% de patients avec PCR NG positive (IC)
PCR multisite	60	16,3 % (12,9 - 20,4)	45	12,2 % (9,2 - 16)	27	7,3 % (5,1 - 10,4)
PCR urétrale dépoolée	10	2,7 % (1,5 - 5)	8	2,2 % (2,1 - 4,2)	3	0,8 % (0,3 - 2,4)
PCR anale dépoolée	41	11,1 % (8,3 - 14,7)	33	8,9 % (6,4 - 12,3)	14	3,8 % (2,3 - 6,3)
PCR pharyngée dépoolée	16	4,3 % (2,7 - 7)	8	2,2 % (2,1 - 4,2)	10	2,7 % (1,5 - 4,9)

□ Facteurs associés aux infections à CT (Tableau 2)

Seule l'infection à NG apparaît dans notre population associée de manière indépendante à l'infection à CT.

Tableau 2 – Facteurs associés aux infections à CT

Variables	univarié		multivarié	
	OR (IC)	p	OR (IC)	p
âge (base: ≤ 36 ans)				
36 ans < âge ≤ 45 ans	0,69 (0,32 - 1,47)	0,34	0,83 (0,37 - 1,85)	0,64
45 ans < âge ≤ 51 ans	0,45 (0,19 - 1,05)	0,07	0,64 (0,25 - 1,55)	0,33
> 51 ans	0,29 (0,10 - 0,72)	0,01	0,43 (0,15 - 1,15)	0,10
Charge virale indétectable	0,59 (0,27 - 1,38)	0,19		
Patient sous traitement ARV	1,78 (0,57 - 4,62)	0,27		
CD4 (base : <500/mm ³)	1,53 (0,80 - 3,11)	0,21		
PCR multisite NG positive	8,01 (3,51 - 18,07)	<0,001	6,45 (2,74 - 15,05)	<0,001

DISCUSSION

Notre étude rejoint les données de la littérature qui retrouvent des infections à **CT et à NG localisées principalement en extra-génital** chez les hommes HSH PVVIH. Le **dépistage urinaire isolé** - qui lui est plus rarement positif - **apparaît insuffisant**.

Cependant, l'étude reposant sur l'activité du service et non pas sur un dépistage systématique de l'ensemble des patients suivis, la prévalence exacte reste à déterminer.

L'âge jeune n'apparaît pas significativement associé ce qui incite à proposer le dépistage indépendamment de l'âge.

Pour les PCR NG positives, la constante négativité des cultures s'explique en partie dans notre étude, par le caractère différé de la mise en culture après résultat de la PCR. Ceci conduira à améliorer la procédure de mise en culture afin de :

- poursuivre une surveillance des résistances de NG,
- mieux préciser le rôle des porteurs asymptomatiques dans la transmission.

CONCLUSION

Le recours à une PCR **duplex multisite secondairement dépoolée** a permis de proposer un dépistage CT/NG extra-génital de manière systématique aux patients HSH PVVIH de notre centre. Le nombre d'infections à **CT et/ou NG est nettement plus élevé en extra-génital** que sur les prélèvements urinaires. La localisation prédominante est **ano-rectale**, surtout pour CT. Ces résultats pourraient inciter à évaluer un dépistage systématique multisite CT et NG chez les PVVIH HSH notamment dans le cadre du bilan annuel.

- 1 - Marcus U, et al. *BMC Infect Dis* 2015 Jan 13;15(1):14
- 2 - Gratrix J, et al. *Sex Transm Dis*. 2014 Oct;41(10):589-91
- 3 - Rieg G, et al. *AIDS Patients care STDS*. 2008 Dec;22(12):947-54
- 4 - Pérez-Hernández I, et al. *J Int AIDS Soc*. 2014 Nov 2;17(4 Suppl 3):19661.
- 5 - Patterson SB, Rivera D, Sunil TS, Okulicz JF. *MSMR*. 2014 Nov;21(11):7-9
- 6 - Carpenter RJ, et al. *BMJ Open* 2013 May 28;3(5)