

SFLS – Session Dépistage des IST chez les hétérosexuels asymptomatiques

L'atelier portait sur le dépistage des IST chez les hétérosexuels asymptomatiques. Cette problématique concerne essentiellement les soignants des CeGIDD, amenés à rencontrer cette population et devant proposer les tests adéquats selon les recommandations en vigueur et les contraintes budgétaires de chaque structure. Dans cet atelier, le public était très divers mais comme attendu, regroupait de nombreux acteurs des CEGIDD.

Parmi les hétérosexuels asymptomatiques, plusieurs populations particulières ont été identifiées, dites « à risque d'IST », dont l'identification devrait conduire à une vigilance accrue concernant les IST et leur dépistage : les usagers de la PrEP, les professionnels du sexe, les migrants, les femmes enceintes, les détenus, les jeunes, les seniors, certains contextes sexuels (libertinage, échangisme) et les sujets contacts de personnes ayant présenté une IST. Toutefois, les participants de l'atelier soulignaient que la majorité des usagers des CeGIDD ne rentrent pas dans ces catégories, s'agissant majoritairement d'une « population générale standard », parfois ayant présenté une prise de risque unique, ou non, ou souhaitant arrêter de porter le préservatif avec un partenaire récent. Dans ce contexte, il pourrait être plus intéressant d'utiliser le motif de consultation comme approche, plutôt que l'identification d'un facteur de risque d'exposition.

Les IST retenues pour la discussion au cours de l'atelier étaient : *Chlamydia trachomatis*, gonocoque, syphilis, mycoplasme, VIH et hépatites virales.

Concernant *Chlamydia trachomatis*, les données de Santé Publique France (SPF) ne distinguent pas les hétérosexuels des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). La tendance est à l'augmentation des infections ano-rectales chez les hommes, et plutôt à la stabilité chez les femmes. Cette infection concerne une majorité de femmes (15-24 ans surtout) dans toutes les régions. A noter que cette surreprésentation du nombre d'infections à *Chlamydia trachomatis* chez les 15-24 ans pourrait être liée au remboursement du test dans cette classe d'âge pendant une longue période en France, selon les recommandations, bien que les données extra-françaises aillent dans le même sens. 270 000 diagnostics ont été posés en 2016. Les données européennes indiquent que cette infection concerne 51% de femmes hétérosexuelles, 35% d'hommes hétérosexuels et 10% d'HSH. Le rapport RENACHLA note une augmentation des infections asymptomatiques à *Chlamydia trachomatis* (rapport RENACHLA). En CeGIDD, les infections asymptomatiques sont beaucoup plus fréquentes qu'en médecine de ville. L'importance du dépistage de *Chlamydia trachomatis* est donnée par les possibles conséquences obstétricales d'une infection non traitée chez la femme : 17% d'infections génitales hautes, 7% de salpingites, 0,5% d'infertilités tubaires et 0,2% de grossesses extra-utérines (GEU). Chez les hommes hétérosexuels, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est sans doute anecdotique (car concerne 96% d'HSH), et il n'est pas recommandé de réaliser un sérotypage de la souche en cas de suspicion de LGV chez l'homme asymptomatique et VIH négatif.

Le problème des PCR multiplexes a été abordé, au regard des questions qui se posent sur le diagnostic et la prise en charge de *Mycoplasma genitalium*. Plusieurs mycoplasmes sont des commensaux des voies génitales (surtout féminines). Pour *Mycoplasma genitalium*, la transmission sexuelle est fortement documentée, surtout rectale, un peu oro-pharyngée, et concernent majoritairement les HSH beaucoup. Chez les sujets asymptomatiques, on considère que le portage de ce germe est de 3-6% en population générale et chez les femmes VIH positives. 71-75% des sujets porteurs de *Mycoplasma genitalium* sont asymptomatiques. L'incidence est très variable selon le lieu du dépistage. L'une des questions importantes à discuter pour réfléchir sur la nécessité de traiter *Mycoplasma genitalium* en cas de test positif chez une femme asymptomatique est le risque de ne pas traiter. Une méta-analyse récente parue dans CID est peu concluante : il n'y aurait pas d'association avec le risque de stérilité (contrairement à ce que l'on observe avec *Chlamydia trachomatis*).

Concernant les hépatites virales, le dépistage systématique du VHC a été remis en question, théoriquement devant être fait une fois dans la vie de chaque individu (mais sans préciser quel

est le moment le plus opportun). Chez les hétérosexuels, le seul facteur de risque évident qui semble devoir conduire systématiquement à un dépistage du VHC est la toxicomanie IV. Concernant le VHB, la recommandation de la HAS préconise une recherche des trois marqueurs (AgHBs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBs) pour le dépistage d'une infection chronique et la recherche d'une immunisation ancienne, dont l'absence devrait conduire à la vaccination. Les participants à l'atelier soulignaient le coût de ces tests et la nécessité de les limiter chez les sujets à très faible risque d'exposition au VHB. Ils rappelaient également l'importance d'insister sur l'analyse du carnet de santé pour éviter un test inutile chez un sujet déjà vacciné dans la petite enfance.

Concernant le gonocoque, environ 50 000 diagnostics sont portés par an en France, avec une augmentation exponentielle des diagnostics depuis 2010-2012. Les deux populations les plus touchées sont les hommes et les femmes de 15-24 ans, beaucoup dans les DOM-TOM. A noter une très forte augmentation chez les asymptomatiques. Beaucoup de diagnostics extra-génitaux sont portés, ce qui est nettement moins le cas chez les hétérosexuels que chez les HSH (sans doute car c'est moins cherché). Les nouvelles recommandations HAS préconisent pour le gonocoque un dépistage « systématique et opportuniste » chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans incluant les femmes enceintes.

Les participants relevaient l'absence de recommandation claire concernant la syphilis, conduisant sans doute à sous-diagnostiquer cette infection chez les hétérosexuels. Et l'absence de recommandation tout court dans les documents du CNS concernant la syphilis chez les hétérosexuels.

Concernant les possibles facteurs de risque d'exposition aux IST, le terme « migrant » a été discuté : en effet, quelle définition lui donne-t-on ? En CeGIDD, faut-il s'intéresser au pays de naissance, à la prévalence de telle ou telle IST dans le pays d'origine ? Quelles notions supplémentaires faut-il intégrer à cette question (notion d'arrivée récente, précarité) ? Faut-il inclure les expatriés, les travailleurs humanitaires, les voyageurs ? L'ECDC indique qu'un migrant est considéré comme tel quand il est sur le territoire d'arrivée depuis moins de 5 ans.

Enfin, les participants soulignaient que les contraintes budgétaires des CeGIDD ne permettent pas d'appliquer correctement les recommandations, quand elles existent, et que des choix doivent être faits, avec la difficulté inhérente à l'identification de facteurs de risque au sein des hétérosexuels asymptomatiques.