

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Dossier documentaire écrit par Elodie COSSET et Régis LALOË
(GQ PDL octobre 2019)

Sommaire

- 1. Les maladies sexuellement transmissibles**
 - 1.1. Les urétrites
 - 1.1.1. Interrogatoire
 - 1.1.2. Examen
 - 1.1.3. Diagnostic
 - 1.1.4. Traitement
 - 1.1.5. Suivi
 - 1.2. Les cervicites
 - 1.2.1. Interrogatoire
 - 1.2.2. Examen
 - 1.2.3. Diagnostic
 - 1.2.4. Traitement
 - 1.2.5. Suivi
 - 1.3. Les infections génitales hautes
 - 1.3.1. Endométrites et salpingites
 - 1.3.2. Chez l'homme
 - 1.4. Les ulcérations
 - 1.4.1. Herpès
 - 1.4.2. Syphilis
 - 1.5. Les condylomes
 - 1.5.1. Haut risque oncogène ou non
 - 1.5.2. Les lésions ano-rectales ou oro-pharyngées
 - 1.5.3. Traitement
 - 1.5.4. Vaccinations
- 2. Recommandations HAS sur le dépistage opportuniste des chlamydiae**
- 3. CAT en cas de rapport à risque**
- 4. Le PreP**
- 5. Nouvelles recommandations HAS sur le dépistage du cancer du col de l'utérus**
- 6. Sites et info diverses**

INTRODUCTION

Savoir mieux dépister et mieux traiter les IST en 2019 n'est pas toujours facile en médecine générale.

Pour cela, il ne faut pas simplement s'approprier les dernières recommandations HAS pour prescrire des molécules dont certaines entraînent des résistances croissantes, mais également faire table rase des différents tabous ou craintes du praticien, ne pas hésiter à parler de sexualité parfois crue ou "hard" avec nos jeunes patient(e)s, mais aussi les moins jeunes, définir ce qu'est un rapport à risque et ce qui ne l'est pas ou moins, ne pas hésiter à proposer le préservatif masculin (remboursé) ou féminin (non remboursé), savoir quoi répondre à un jeune qui nous demande de lui prescrire la PREP, savoir suivre la sérologie d'un patient ayant contracté une syphilis, ou demander une sérologie (ou pas) devant un premier épisode d'herpès, le caractère oncogène des virus HPV, ou l'intérêt d'une vaccination VHB.

Comme vous le verrez, certains sigles ou acronymes seront nouveaux pour certains.

<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-158-nb.pdf>

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

epidemiologie <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/jni/2017/com/jni2017-epidemiologie-ist-lot.pdf>

http://medqual.fr/images/PRO_2018/CAT-PATHO-IFECTIEUSE/IST/depistage-IST.pdf

1. Les maladies sexuellement transmissibles

1.1. Les urétrites

1.1.1. Interrogatoire

Sexe des partenaires, date (et type) du dernier rapport non protégé et délai/écoulement

(Gonocoque 2-5 j, chlamydiae plusieurs semaines, mycoplasme ?)

Symptômes ou notion d'IST chez le partenaire

Rechercher d'autres symptômes Dysurie, brûlures, démangeaisons, fièvre, hématurie, arthrite

1.1.2. Examen

Des OGE et recherche de localisations extra-génitales.

1.1.3. Diagnostic

Prélèvement urétral si écoulement présent et recueil premier jet urinaire

ECB, culture +/- ATB Gramme en raison des résistances nombreuses du gonocoque

PCR chlamydiae/gonocoque

+ recherche d'autres IST : sérologie VIH, HBV, tréponèmes

1.1.4. Traitement

D'emblée

Contre le gonocoque : Ceftriaxone (Rocéphine) IM une injection de 500mg

Si contre-indication aux bêta-lactamines Gentamycine 240mg IM ou Azithromycine 2gr mais mauvaise tolérance digestive

+

Contre le chlamydiae : Azithromycine 1gr en prise unique ou Doxycycline 100 mg x2 pendant 7 jours

Bien penser à abstinence sexuelle 7 jours + dépistage et traitement des partenaires

1.1.5. Suivi

Revoir à 7 jours pour contrôle clinique et commenter les résultats d'analyse

En cas d'échec du traitement penser réinfection par partenaire non traité, par un autre partenaire, problème d'adhésion au traitement, résistance à l'antibiotique ou mycoplasme génitalum.

Ttt du mycoplasme Azithromycine 500mg le 1^{er} jour puis 250mg pendant 4 jours.

<https://antibiocliv.com/strategie/31/322>

Infection par *Chlamydia trachomatis* liée à un rapport sexuel - Premiers Choix Prescrire, actualisation avril 2019
Rev Prescrire 2019 ; 39 (431) : 680-685

Gonococcie liée à un rapport sexuel - Premiers Choix Prescrire, actualisation février 2019

Rev Prescrire 2019 ; 39 (428) : 445-449

1.2. Les cervicites

1.2.1. Interrogatoire

Rechercher rapport à risque, port stérilet, terrain immunodéprimé

Signes chez le partenaire

Leucorrhées, brûlures, métrorragies, douleurs pelviennes

1.2.2. Examen

De la région vulvaire, au spéculum, Tv

1.2.3. Diagnostic

Prélèvement vaginal +/- atbgramme

PCR chlamydiae/gonocoque

Sérologie HIV, HVB, tréponèmes

FCV si >3ans

1.2.4. Traitement

Contre le gonocoque : Ceftriaxone (Rocéphine) IM une injection de 500mg

Si contre-indication aux bêta-lactamines Gentamycine 240mg IM ou Azithromycine 2gr mais mauvaise tolérance digestive

+

Contre le chlamydiae : Azithromycine 1gr en prise unique ou Doxycycline 100mgx2 pdt 7 j pour éviter les résistances (cat différente suivant les sources)

Penser dépistage et traitement des partenaires, abstinence 7 jours

<https://antibiocliv.com/strategie/3/146>

1.2.5. Suivi

Consultation à 7 jours systématique

Si persistance répéter TAAN CT/NG/MG

Traitement du Mycoplasme Génitalum

Azithromycine po 500mg le 1^{er} jour, puis 250mg pendant 4 jours

1.3. Les infections génitales hautes

Les orchio-épididymites sont rarement des IST sauf chez l'homme de moins de 30 ans.

<https://antibiocliv.com/strategie/17/188>

Les endométrites et salpingites

1.3.1. Fdr et symptômes

FDR : âge < 25ans, partenaires multiples, nouveau partenaire, ATCDT IST, IVG, pose stérilet...

Symptômes : douleur hypogastrique, dyspareunie, saignement anl, pertes anl, douleurs à la mobilisation utérine

1.3.2. Diagnostic

Prélèvements vaginaux + endocervicaux (rch gonocoque, chlamydiae, mycoplasme génitalum)

NFS CRP

Sérologies IST, BHCG

Echo peu contributive, pas de coelio dans formes non compliquées

1.3.3. Ttt

<https://antibiocliv.com/strategie/18/201>

Ceftriaxone IM 1gr

+ Doxycycline 100mg 2x/j 10j

+ Métronidazole 500 mg 2x/j 10j

Associer repos, antalgiques, rapports protégés, dépister et traiter les partenaires

1.3.4. Suivi

A revoir systématiquement, avis spécialisé si pas d'amélioration

Informé des risques de stérilité, geu

1.4. Les ulcérations

1.4.1. Herpès

http://www.medqual.fr/images/PRO_2018/traitement_herpes.pdf

L'infection à HSV 2 est une IST dont la séroprévalence est de 15 à 20 % chez l'adulte en France et de 90 % dans deux situations : personnes infectées par le VIH et prostitution ; La transmission et l'expression clinique est classiquement au niveau des muqueuses bucco-pharyngées (HSV 1) ou génitales (HSV 2) mais l'inverse est possible.

Les récurrences ont des causes multiples : stress, soleil, fatigue, fièvre, infection, règles, baisse de l'immunité à médiation cellulaire.

Incubation : de 2 à 7 jours. Formes symptomatiques (1/3 des cas) souvent prononcées.

Lésions génitales, érythémato-vésiculeuses douloureuses, rapidement ulcérées, et recouvertes d'un exsudat blanchâtre. Localisations extra génitales possibles.

HSV 1 parfois en cause (15 à 30 % des cas).

Les récurrences sont caractérisées par une phase prodromique (douleur, brûlure, prurit, picotement) durant quelques heures, puis une phase lésionnelle, moins intense que la primo-infection, avec des vésicules localisées le plus souvent au niveau du site de la primo-infection, qui guérissent spontanément en 7 à 10 jours. Fréquence des porteurs asymptomatiques mais contagieux.

Examens complémentaires rarement indiqués : détection d'ADN viral par PCR (non remboursé), isolement viral par culture, immunodiagnostic direct.
Sérologies inutiles erg sans intérêt (réactions croisées HSV 1 et HSV 2).

Le diagnostic d'herpès génital annonce une maladie très anxigène : prévalence importante VS peu de morbidité.

La transmission sexuelle est possible par un partenaire asymptomatique depuis des années, dans une relation monogame...

Les traitements ont une faible efficacité, et raccourcissent au mieux d'un à deux jours la durée, à prendre si possible dans les 24 premières heures.

Ttt de la primo infection

Aciclovir 400mgx3 ou 200mgx5

Valaciclovir 500mgx2 par jour 5 à 10 jours

TTT possible des récurrences à partir de 6 poussées par an.

Il faut rechercher les éventuels facteurs déclenchants.

En cas de grossesse, il faut proposer un traitement au moment de l'accouchement.

1.4.2. Syphilis

Souvent appelée " la grande simulatrice ", du fait des nombreuses manifestations qu'elle entraîne, cette maladie très ancienne et connue de tous, doit être évoquée devant toute ulcération génitale non spécifique, mais aussi buccale ou anale, apparaissant en général 3 semaines après le contact (entre 10 et 90 jours.).

La lésion passe le plus souvent inaperçue, d'où le diagnostic parfois tardif selon les localisations.

Depuis 2016, il semble que le nombre de nouveaux cas se soit stabilisé en France (source INVS) mais reste élevé : 1400 nouveaux cas par an dont 81 % chez les HSH dont 1/3 de patients VIH +.

Tout bilan d'IST doit inclure un dépistage de la syphilis, surtout si le patient est un HSH.

Le test doit obligatoirement comporter un test non tréponémique (VDRL/RPR) et un test tréponémique (TPHA/Ac anti tréponème)

Les Ac apparaissent précocement dès J5-J7 (FTA-Ab Ig M mais sont peu sensibles, et la positivité n'implique pas une infection récente.

Il faut attendre **3 semaines** au minimum pour demander la sérologie TPHA/VDRL en cas de doute diagnostic.

Les diagnostics différentiels sont essentiellement le chancre herpétique, le sillon scabieux, le VIH, les lésions cancéreuses et plus rarement la maladie de Behcet.

Le traitement de référence reste la **Benzilpénicilline 2,4 MUI en IM** (aucune résistance à ce jour depuis 70 ans !)
En cas d'allergie, la Doxycycline (200 mg par jour pendant 14 jours) ou les macrolides sont indiqués.

<https://antibiocliv.com/strategie/27/232>

La prise en charge des partenaires de moins de 6 semaines est systématique.

Histoire naturelle de l'infection.

La lésion initiale (chancre) apparaît en moyenne au bout de 3 semaines, et disparaît sans laisser de trace : on parle de **syphilis primaire**. Il s'agit d'une ulcération typique indolore, à bords indurés, très contagieuse.

Ensuite, au bout de 2 à 6 semaines apparaît la fameuse roséole syphilitique, très contagieuse, puis, après environ 2 à 6 mois d'évolution, les lésions papuleuses ou syphilides, et des lésions muqueuses de la **syphilis secondaire**.

L'alopécie est plus rare.

La **syphilis tertiaire** rarissime actuellement, est caractérisée par des lésions de granulome vasculaire, lésions osseuses et cutanée muqueuses (gomme).

La neurosyphilis peut être présente à tous les stades de la maladie sauf au stade primaire : méningite, formes ophtalmiques, tabès, démence selon les stades.

Jusqu' à 1 an d'évolution, on parle de **syphilis latente précoce**, en l'absence de manifestations cliniques.

Après 1 an d'évolution, on parle de **syphilis latente tardive**.

Le traitement de la phase primaire ou secondaire est identique : soit une seule injection de Pénicilline 2,4 MUI.

Le traitement de la syphilis tardive comporte 3 injections de Pénicilline à une semaine d'intervalle.

Suivi sérologique : le succès du traitement est assuré par la **décroissance du VDRL à M6, M12 et M24**. Divisé par 4 à 6 mois, et négatif à 1 an (syphilis précoce) ou 2 ans (syphilis tardive).

Autrement dit, on attend une réduction de 2 dilutions à 3 ou 6 mois, et une réduction de 4 dilutions ou négative à 12 mois, ou une réduction de 8 dilutions ou négative à 24 mois.

A noter que le TPHA peut rester positif toute la vie (cicatrice sérologique).

Ce qu'il faut retenir pour notre pratique :

- y penser devant toute lésion de type chancre ou ulcération génitale, surtout chez un patient à risque (essentiellement HSH)
- dans 95 % des cas la lésion passe inaperçue
- la première cause d'ulcération en France est l'herpès chez l'homme ou la femme hétérosexuels
- la première cause d'ulcération en France chez les HSH est la syphilis.
- maladie extrêmement contagieuse aux stades primaire et secondaire et très peu contagieuse au stade tertiaire
- le *Treponema pallidum* est constamment sensible à la pénicilline, qui reste le traitement de choix.

1.5. Les condylomes

1.5.1. Haut risque oncogène ou non

Il faut distinguer les infections génitales à HPV à haut risque oncogène HPV 16 et 18 responsables des cancers du col utérin et autres cancers anogénitaux ou oropharyngés, des infections à faible

risque oncogène HPV 6 et 11 responsables de condylomes, papillomatose laryngée, lésions cervicales de bas grade.

La transmission est dans 60 à 70 % des cas sexuelle mais peut aussi être une auto inoculation des verrues digitales, par objets contaminés, sauna, jacuzzi... **Les lésions touchent les deux sexes de manière équivalente** : environ 50 000 nouveaux cas/an chez l'homme, et 56 000 nouveaux cas/an chez la femme.

Il existe des **facteurs de risque** :

- nombre de partenaires (plus de 2 dans la dernière année)
- âge du premier rapport (transmission maximale dans les dix premières années)

Les lésions génitales sont de **trois types** :

- condylomes acuminés (les plus fréquents) de diagnostic facile
- condylomes plans
- condylomes papuleux

Les localisations peuvent être génitales ou péri génitales, anales, orales ou labiales.

En résumé :

- il s'agit de formes bénignes
- la période d'incubation va de trois semaines à plusieurs années
- ce n'est pas un indicatif de l'infidélité du partenaire
- les formes asymptomatiques sont fréquentes
- possibilité de régression spontanée
- fréquence des récives
- la transmission est possible lors de préliminaires en cas de contact ou de lésions non couvertes par le préservatif.

1.5.2. Les lésions ano-rectales ou oro-pharyngées

<https://www.snfcp.org/informations-maladies/infections-sexuellement-transmises/condylomes-de-lanus/>

<https://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/SF%20Forum%20GRIDIST%20Condylome%20Prep%20VHA%20LGV%20HPV%20JDP%202018.pdf>

1.5.3. Traitement

L'objectif des différents traitements est la disparition des lésions visibles, mais il est à retenir que le traitement n'a pas d'influence sur l'histoire naturelle des infections à HPV non oncogènes +++

Traitement chimique par la CONDYLINE (antimitotique)

Traitement immunomodulateur par ALADARA crème

Cryothérapie

Laser CO2

Chirurgie

Le choix du traitement dépend de la localisation, du type lésionnel, et du patient (disponibilité économique, niveau de compréhension) mais il y a environ 30 % d'échec pour chaque méthode, une efficacité limitée en cas d'immunodépression, et des récives sont à craindre dans les trois mois. Ces lésions disparaissent tôt ou tard.

Le suivi après traitement comporte une surveillance clinique à 3 et 6 mois, et l'utilisation de préservatifs durant le traitement, ainsi que pendant une période de sécurité de 2-3 mois après rémission clinique, ou encore l'abstinence sexuelle en cas de condylomatose floride.

2. Vaccinations

2.1. Hépatite B

Recommandé si sérologie négative

2.2. Hépatite A

Recommandé chez l'HSH dont la sérologie est négative.

2.3. Papilloma virus

Pour les femmes de 11 à 19 ans révolus, GARDASIL M0 M2 M6

A l'exception des 11-14 ans révolus 2 doses espacées de 6 à 13 mois

Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), la vaccination HPV par Gardasil® ou Gardasil 9® est recommandée jusqu'à l'âge de 26 ans, en prévention des lésions précancéreuses anales, des cancers anaux et des condylomes. Dans cette situation, la vaccination peut être proposée dans certains CeGIDD et dans certains centres publics de vaccination (Reco calendrier vaccinal 2019)

3. Recommandations HAS sur le dépistage opportuniste des chlamydiae

En France, la chlamydie est une des infections sexuellement transmissibles les plus répandues chez les femmes, notamment chez la femme jeune. L'infection est asymptomatique dans 60 à 70 % des cas avec un retentissement plus sévère chez les femmes (atteinte inflammatoire pelvienne, salpingite, grossesse extra-utérine, stérilité) que chez les hommes. Chlamydia trachomatis est également responsable de la lympho-granulomatose vénérienne (LGV) (sérotypes L1, L2 ou L3) et d'ano-rectites à Ct à souches non L.

La HAS recommande :

- - 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 : multi partenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, Myco-plasma genitalium), antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol.

- Le dépistage doit être répété annuellement en cas de test négatif et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire. En cas de test positif, le dépistage doit être répété après traitement à 3-6 mois et tous les 3 mois pour les HSH.
- Le test de dépistage recommandé est un test PCR (TAAN CT ou TAAN duplexCT/NG) par prélèvement ou auto-prélèvement vaginal chez la femme et recueil du premier jet d'urines chez l'homme.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/synthese_reevaluation_de_la_strategie_de_depistage_des_infections_a_chlamydia_trachomatis.pdf

Un article de bibliomed se basant sur une étude australienne fait état de résultats décevants d'un tel dépistage sur la prévalence des infections génitales basses.

<https://www.unaformec.org/index.php?page=pdf-bibliomed&idbib=914>

4. CAT en cas de rapport à risque

Quels sont les facteurs à prendre en compte, afin d'évaluer le risque de transmission du VIH, et ainsi proposer un traitement évitant l'infection par le VIH (TPE traitement post-exposition) ?

Les 3 facteurs à prendre en compte sont :

- le délai
- la nature du rapport et les facteurs locaux favorisant la transmission
- le statut virologique du patient source

Le délai : dans les 4 heures, et jusqu' à 48 heures après le risque.

Nature du rapport : différentes études ont établi une échelle de risque entre la fellation réceptive (0,04 %) et la pénétration anale réceptive avec éjaculation (1,43 %).

Il semble selon certaines études que la circoncision réduise le risque de contamination, essentiellement dans le cas d'un hétérosexuel avec une femme séropositive (jusqu'à 70%)

Il existe également des facteurs augmentant le risque chez la personne source (CV élevée, IST associée, saignement, rapport pendant les règles) et chez la personne exposée (ulcère ou inflammation génitale, menstruation et saignement, ectropion du col utérin).

Le statut virologique du patient source : il est défini par différents facteurs qui sont le traitement suivi ou non, la connaissance de sa charge virale, l'identité de son médecin infectiologue, la qualité du suivi, et son statut vis à vis des autres virus (VHB notamment).

Le rapport MORLAT 2017 définit précisément les recommandation en ce domaine.

https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf

Ce qu'il faut retenir pour notre pratique, et surtout pour nos patients éventuellement victimes d'un AES, c'est que le **TPE** n'est pas recommandé, si le patient source est connu et traité, et qu'il a une CV indétectable, soit **inférieure à 50 copies/ml**, et ce depuis plus de 6 mois.

Le TPE est néanmoins recommandé, en cas de sérologie inconnue du patient source, pour les patients à risque ou groupe à prévalence élevée (HSH, travailleurs du sexe, usagers de drogues IV, patient originaire de région à prévalence supérieure à 1 %, ainsi que pour toutes les victimes de viol).

En cas de TPE instauré (association de TENOFOVIR, EMTRICITABINE et RELPIVIRINE : **EVIPLERA**) il est nécessaire d'effectuer un **suivi biologique jusqu' à la 12 ème semaine**, et d'évaluer également le risque d'infection au VHB.

Il est important au cours d'une consultation pour prise de risque sexuel, d'évaluer la prise de risque, prescrire le bilan initial et à distance, proposer une réflexion sur la réduction des risques, rechercher les facteurs de fragilité et de violence.

5. Le PreP

Méthode médicamenteuse de prévention de la contamination par la VIH chez le sujet non infecté, e nprise continue ou si besoin

Ci-dessous une vidéo de présentation et une fiche has très explicite
<https://youtu.be/MrOnFNoTeik>

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-tenofovir-disoproxil/emtricitabine-truvada-et-ses-generiques

Chemsex et PreP

<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journees-spilf-slfs/2019/aslan.pdf>

6. Nouvelles recommandations HAS sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67

Maintien des modalités de dépistage du CCU et des stratégies de triage pour les femmes âgées de 25 à 30 ans

- **Entre 25 et 30 ans, le dépistage du CCU reste fondé sur la réalisation de deux examens cytologiques à un an d'intervalle, puis 3 ans après si le résultat des deux premiers est normal.**
- Dans ce cadre, **l'examen cytologique en milieu liquide est recommandé** : le prélèvement en milieu liquide permet la réalisation d'un test HPV sur le même prélèvement (test réflexe), et évite, en cas de cytologie anormale, une re-convocation de la femme pour effectuer un second prélèvement, alors qu'un prélèvement avec étalement sur lame la rendrait nécessaire. **Évolution des modalités de dépistage du CCU pour les femmes âgées de 30 à 65 ans**
- **À partir de 30 ans, la HAS recommande que le test HPV remplace l'examen cytologique en dépistage primaire du CCU.**

- En se fondant sur les recommandations actuelles de dépistage du CCU, reposant sur la réalisation d'un examen cytologique à un rythme triennal entre 25 et 30 ans, **le test HPV chez les femmes à partir de 30 ans, sera réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal.**
- **Le rythme entre deux dépistages par test HPV est de 5 ans, dès lors que le résultat du test est négatif.**

L'auto-prélèvement vaginal (APV) : une alternative au prélèvement cervical par un professionnel de santé pour la réalisation d'un test HPV pour certaines femmes

L'APV doit être proposé, à **partir de 30 ans**, aux femmes non dépistées ou insuffisamment dépistées : il permet de faciliter le dépistage des femmes qui ne se font jamais dépistées ou qui ne se font pas dépister selon le rythme recommandé.

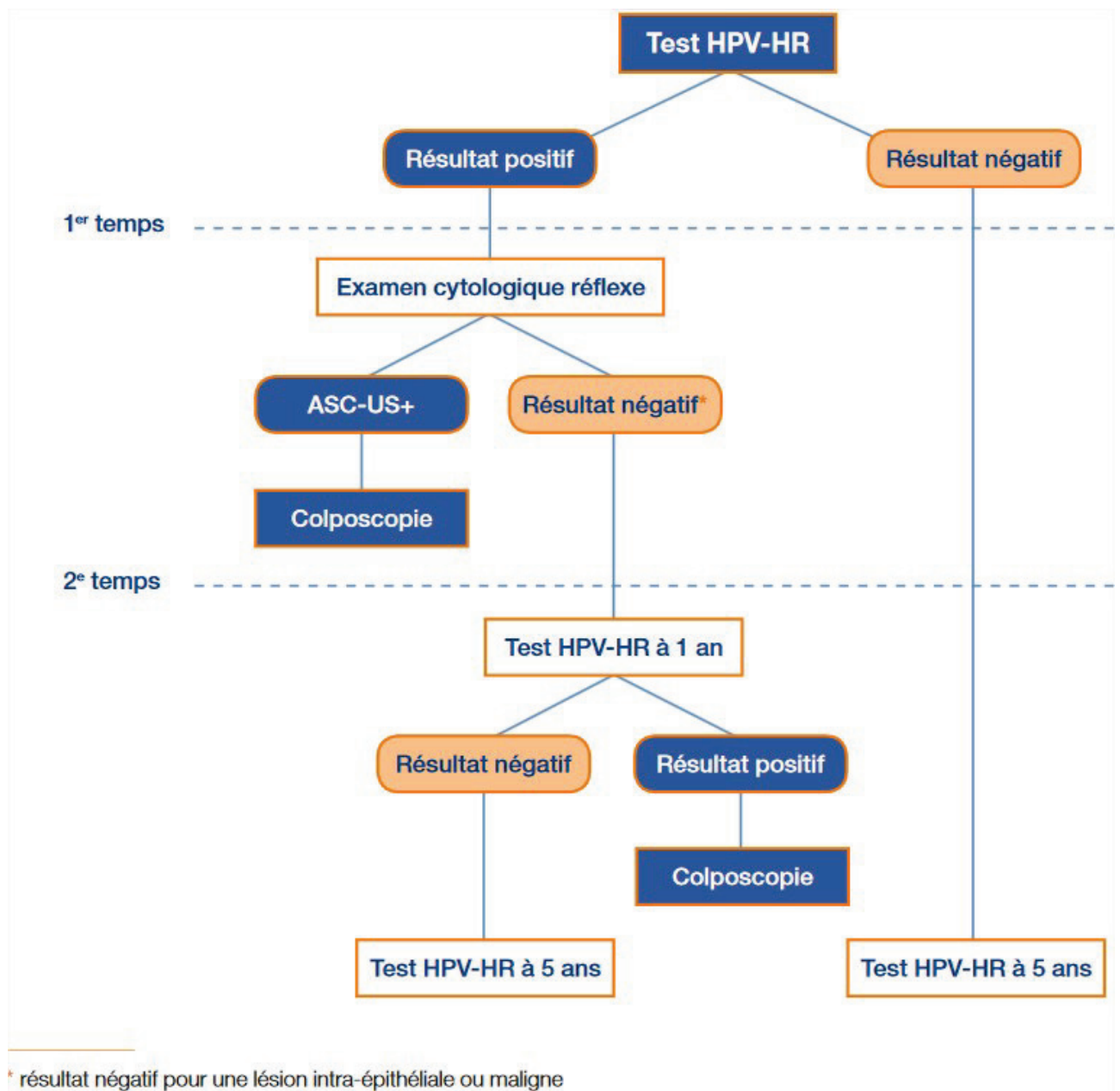
Stratégies de triage des femmes ayant un test HPV positif

Pour les femmes âgées de 30 à 65 ans, auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU, une stratégie de triage en deux temps est recommandée. Après un test HPV positif, un examen cytologique réflexe doit être réalisé.

- **Si le résultat de la cytologie est ASC-US ou anomalies plus sévères**, la femme doit être rappelée pour **colposcopie** ;
- **Si le résultat de la cytologie est négatif, un test HPV est réalisé un an plus tard** (voir algorithme). Si ce test HPV de triage, réalisé un an plus tard, est positif, une colposcopie doit être faite ; si ce test HPV de triage est négatif, un nouveau test de dépistage par test HPV doit être proposé 5 ans plus tard.

Néanmoins, à ce jour le test HPV en primaire n'est pas pris en charge par les caisses d'Assurance Maladie, vous devez donc attendre la parution de la codification dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), en attendant les anciennes recommandations restent d'actualité.

(Mail du Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers en PDL 6/9/19)



7. Sites et info diverses

Site pour les ados

<http://www.onsexprime.fr/Sexe-sante/Tout-sur-le-VIH-et-les-IST/VIH-sida-et-IST>

pour les adultes

<https://www.sida-info-service.org/qu-est-ce-qu-une-ist/>

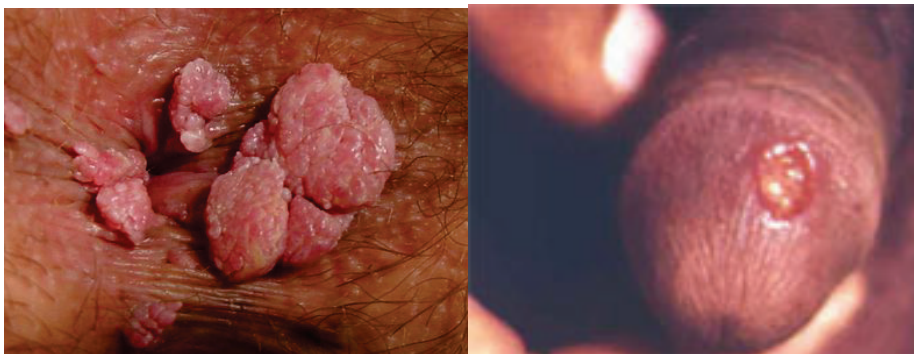
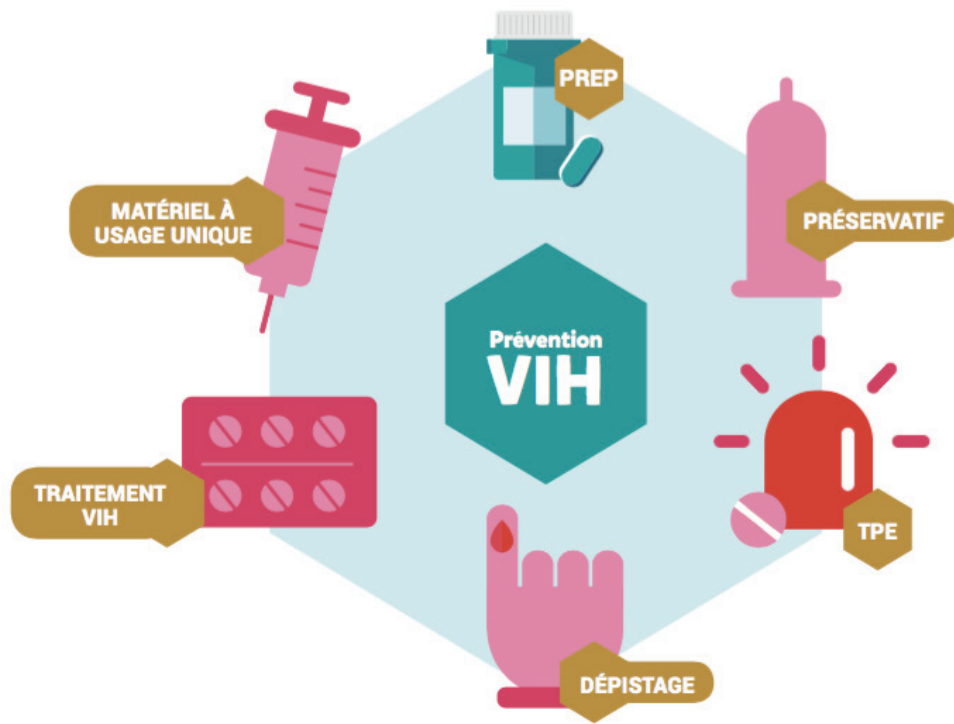
Liste des centres de dépistage de la région

<http://www.medqual.fr/index.php/depistage-et-traitement-des-ist>

Remboursement préservatif :

EDEN premier préservatif masculin remboursé à 60 % par l'assurance maladie sur prescription

[préservatifs](https://www.vidal.fr/actualites/22976/eden_premier_preservatif_masculin_rembourse_a_compter_du_10_de_preservatifs) [https://www.vidal.fr/actualites/22976/eden_premier_preservatif_masculin_rembourse_a_compter_du_10_de](https://www.vidal.fr/actualites/22976/eden_premier_preservatif_masculin_rembourse_a_compter_du_10_de_preservatifs)



Le

c'est quoi donc ? chancre mou, herpes, urétrite à chlamydiae et à gonocoque, syphilis secondaire

