

Présentation du cas de Miguel*

Colloque du mercredi 7 février 2024 du SMPR

Matteo Reymond

*Nom d'emprunt

Miguel, 28ans

- 23.11.2023: A la Colline:
 - BSH, Constipation depuis 10j avec rectorragies, avec frissons sans fièvre
 - Anamnèse familiale négative pour MICI ou néoplasie digestive
 - Status: afébrile, HD stable, abdomen douloureux sans défense ni détente, masse au TR
 - Labo: CRP 16, Lc 6.5G/l
 - CT abdo: masse rectale à 3cm de la marge anale, subocclusive, sur 7cm, suspect d'un processus néoplasique

HUG:

- 23.11.23: Patient hospitalisé en chirurgie viscérale pour IRM pelvien, CT TA, rectosigmoidoscopie et colonoscopie
- 26.11.23: dépistage IST sur demande du patient
 - PCR *N.gonorrhoea* et *C.trachomatis* dans les urines
 - sérologie *C.pneumoniae* et *C.trachomatis*
 - Dépistage VIH
- 27.11.23 IRM pelvien: Épaississement muqueux du moyen rectum associé à des adénomégalies du mésorectum. Le tout ouvrant un diagnostic différentiel d'une origine inflammatoire/infectieuse versus origine néoplasique
- Avis VIH/IST

Complément de consultation à l'étage 28.11

■ Anamnèse

- HSH, sous PreP, dépistage IST tous les 3 mois, atcd multiples gonorrhée, un atcd de syphilis
- Partenaire fixe avec multiples autres partenaires, rapports non protégés hormis PreP, pratique régulière du chemsex, pas de fist
- Symptômes anaux il y a un mois (douleurs, diarrhées) de résolution spontanée, puis alternance diarrhées/constipation tendant de plus en plus vers la constipation
- Vacciné HBV et HPV

■ Status

- Afébrile
- ADP inguinales bilatérales centimétriques douloureuses mobiles
- Examen ORL, cutané, rectal et génital sans particularité hormis masse au TR

On en pense quoi?

Lymphogranulomatose vénérienne

- Infection à *C. trachomatis* sérovars L1-L2-L3
- Initialement une cause d'ulcères génitaux en Afrique de l'Est et de l'Ouest, en Asie du Sud-Est et aux Caraïbes, présent en occident depuis 2003
- >99% chez HSH, <1% chez personnes assignées femmes à la naissance. Environ la moitié sont HIV+
- 20-30% des infections rectales à *C. trachomatis* chez les patients sous PreP, Infection pharyngée rare, urétrites possibles
- Incubation 1-4 semaines
- Clinique souvent importante
 - 25% asymptomatiques, soit moins que les non-LGV (50-70% asymptomatiques)
 - Syndrome inguinal: ADP importantes, parfois des bubons
 - Syndrome anorectal: symptômes de procto-colite: fièvre, douleur anale, constipation, diarrhées, tenesme

Lymphogranulomatose vénérienne: recommandations

- **Diagnostic:** PCR spécifique d'un gène pour identifier sérovars L1-3
 - Recommandations européennes: recherche systématique de tous les prélèvements anaux positifs pour *C.trachomatis*
 - ECA à Zurich
- **Traitement:**
 - Doxycycline 100mg PO 2xj pendant 21j
 - Traitement des partenaires exposés dans les 3 mois
- **Contagiosité:** abstinence recommandée jusqu'à résolution des symptômes et la fin du traitement
- **Suivi:** consultation maladies infectieuses à la fin du traitement (infectiologie.ambulatoire@hcuge.ch)
 - Test of cure
 - Evaluation clinique

Evolution

- PCR chlamydia positive niveau anal
- Rectosigmoidoscopie et colonoscopie: normales
- Résolution des symptômes au contrôle clinique trois semaines après le début du traitement AB
- Hospitalisation 8j: 6'600CHF

Parlons de sexualité avec nos patient.es

- Globalement, les généralistes abordent très peu la sexualité
 - moins de 10% (Norvège, 2017)
 - 10-30% (USA, 2006) avec >80% de demande d'être mieux formé.es
 - Lausanne (2011, 1500 patients)
 - 80% des patient.es souhaiteraient parler de sexualité avec leur médecin
 - <40% ont au moins une fois abordé la question avec leur généraliste
 - <20% sont interrogé.es sur leur sexualité

Les populations clé

Les populations les plus à risque de VIH/HBV/HCV/syphilis/gonorrhée/chlamydia sont:

- Les HSH
 - Les personnes migrantes,
 - Transgenre,
 - En détention,
 - Provenant de pays à haute prévalence,
 - Qui consomment des drogues,
 - Les travailleurs.euses du sexe
- Ce sont les patients.es suivis.es au SMPR en premier lieu!

Aide au dépistage

IST	Dépistage valable pour toutes les IST: chez toute personne sexuellement active, avec rapports non protégés et/ou partenaires multiples, et personnes enceintes
VIH	<ul style="list-style-type: none">• Quand: au moins une fois, puis 6 semaines après dernière exposition à risque, tous les 3-6 mois si partenaires multiples• <u>Test:</u> combiné Ac et Ag, 4^e génération (CAVE les autotests sont de 3^e génération, donc à faire à 3 mois minimum)• Penser à la PreP: indications larges (infectiologie.ambulatoire@hug.ch, checkpoint, swissPrepared)
Syphilis	<ul style="list-style-type: none">• Quand: incubation 3-12 semaines. 3 semaines après le dernier rapport à risque puis à 12 semaines, ou si symptôme• <u>Test:</u> tréponémique TPHA (agglutinines si Ag syphilis), puis RPR ou VDRL (titre des anticorps)• Si antécédent de syphilis, suivi RPR (« syphilis suivi » sur DPI), sinon « syphilis dépistage »
N.gonorrhoea/ C.trachomatis	<ul style="list-style-type: none">• Quand: si symptômes (urétrite, rectite. Pharyngite si partenaires multiples), ou si asymptomatique (50-70% des cas) minimum 2 semaines après rapport à risque, tous les 3-6 mois si partenaires multiples• <u>Test:</u> PCR aux sites exposés (urines/gorge/anus?)
HBV	<ul style="list-style-type: none">• Vérifier vaccination (Ac antiHBs >10UI/l si peu à risque, >100UI/l si personnel travaillant avec liquides biologiques)• Quand: incubation 30-180jours. Dès 4 semaines après rapport à risque, ou si perturbation des TH• <u>Test de dépistage:</u> Ag-HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc
HCV	<ul style="list-style-type: none">• Chez personnes à risque plus élevé: UDI (actif ou ancien), TDS, HSH avec facteur de risque parmi: chemsex, pratiques sexuelles traumatiques (p.ex.fist), diagnostic récent de LGV ou syphilis, atcd d'HCV, HIV+• Quand: 1x/an• <u>Test:</u> Ac anti HCV. Si antécédent d'HCV/sérologie déjà positive, PCR HCV.

Légende: HSH: hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, UDI: utilisateurs de drogues Iv, TDS: travailleur.euses du sexe

Table 1. Intermediate- to high-endemic countries for hepatitis B (estimated anti-HBV prevalence in general population >2.0%) by UN region.

Africa	All African countries except the Seychelles
Americas	
Caribbean	All Caribbean Islands
Central America	Belize
South America	Colombia, Ecuador, French Guyana, Guiana, Peru, Suriname
Northern	Greenland
Asia	
Central Asia	Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, Uzbekistan
Eastern Asia	China, Mongolia, North Korea
Southern Asia	Bangladesh, Bhutan, Pakistan Sri Lanka
SE Asia	Brunei, Cambodia, Myanmar, Philippines, Singapore, South Korea, Taiwan, Vietnam
Western Asia	Armenia, Azerbaijan, Cyprus, Georgia, Oman, Saudi-Arabia, Syria, Turkey, Yemen
Europe	Albania, Belarus, Bulgaria, Greece, Kosovo, Moldova, Romania, Russian Federation
Oceania	New Zealand + all Pacific islands

Table 3. Intermediate to high-endemic countries for hepatitis C (estimated anti-HCV prevalence in general population >2.0%) by UN region.

Africa	Angola, Benin, Burkina Faso, CAR, Cameroon, Chad, Congo, DRC, Egypt, Equatorial Guinea, Gambia, Ghana, Ivory Coast, Gabon, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Togo, Western Sahara
Americas	Greenland, Puerto Rico
Asia	
Central Asia	Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan Turkmenistan, Uzbekistan
Eastern Asia	Mongolia
Southern Asia	Pakistan
SE Asia	Cambodia, Thailand, Taiwan
Western Asia	Armenia, Azerbaijan, Georgia, Israel, Iraq, Yemen
Europe	Belarus, Estonia, Greece, Italy, Latvia, Lithuania, Moldova, Romania, Russian Federation, Slovakia, Ukraine
Oceania	–

Références

Recommandations européennes:

- de Vries H j. c., de Barbeyrac B, de Vrieze N h. n., Viset J d, White J a., Vall-Mayans M, et al. 2019 **European guideline on the management of lymphogranuloma venereum**. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2019;33(10):1821-8.
- Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočnik M, Patel R. **2020 European guideline on the management of syphilis**.
- 2017 **European guideline for the screening, prevention and initial management of hepatitis B and C infections in sexual health settings**

IST

- <https://www.uptodate.com/contents/lymphogranuloma-venereum>
- https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/lymphogranuloma-venereum-annual-epidemiological-report-2021_0.pdf
- Cole MJ, Field N, Pitt R, Amato-Gauci AJ, Begovac J, French PD, et al. Substantial underdiagnosis of lymphogranuloma venereum in men who have sex with men in Europe: preliminary findings from a multicentre surveillance pilot. Sex Transm Infect. 1 mars 2020;96(2):137-42.
- Peuchant O, Touati A, Laurier-Nadalié C, Hénin N, Cazanave C, Bébéar C, et al. Prevalence of lymphogranuloma venereum among anorectal Chlamydia trachomatis-positive MSM using pre-exposure prophylaxis for HIV. Sex Transm Infect. déc 2020;96(8):615-7.

Aborder la sexualité en MPR:

- Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. **Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish?** Swiss Medical Weekly. 28 févr 2011;141(0910):w13178-w13178.
- Manninen SM, Kero K, Perkonjoja K, Vahlberg T, Polo-Kantola P. General practitioners' self-reported competence in the management of sexual health issues - a web-based questionnaire study from Finland. Scand J Prim Health Care. sept 2021;39(3):279-87.
- Vik A, Brekke M. Do patients consult their GP for sexual concerns? A cross sectional explorative study. Scand J Prim Health Care. déc 2017;35(4):373-8.
- Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual history-taking among primary care physicians. J Natl Med Assoc. déc 2006;98(12):1924-9.

Merci!