

L'infection par le VIH parmi les patients avec un diagnostic d'infection sexuellement transmissible dans le réseau RésIST entre 2000 et 2007 en France

Anne Gallay (a.gallay@invs.sante.fr)¹, Alice Bouyssou¹, Aurélie Fischer¹, Nicolas Dupin², François Lassau³, Nicolas Lemarchand⁴, Georges Kreplak⁵, Isabelle Alcaraz⁶, Chantal Vernay-Vaisse⁷, Maïté Leclerc⁸, Nayla Nassar⁹, Patrice Sednaoui⁹, Michel Janier³, Bertille de Barbeyrac⁸, Caroline Semaille¹ et les partenaires du réseau RésIST

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / Hôpital Tarnier-Cochin, AP-HP Paris, France 3 / Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris, France 4 / Hôpital Léopold Bellan, Paris, France 5 / Centre biologique du Chemin Vert, Paris, France 6 / Centre Hospitalier Dron, Tourcoing, France 7 / Conseil Général des Bouches-du-Rhône, France 8 / Centre national de référence (CNR) des infections à Chlamydiae, Université Victor Segalen, Bordeaux, France 9 / Institut Alfred Fournier, Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'interaction entre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) est complexe. Les IST favorisent la transmission du VIH et réciproquement. Cet article a pour objectif de décrire la prévalence de la séropositivité à VIH parmi les patients pour lesquels un diagnostic d'IST (syphilis, gonococcie et lymphogranulomatose (LGV) rectale) a été déclaré au réseau de surveillance national RésIST entre 2000 et 2007.

Méthode – La surveillance des IST est volontaire en France métropolitaine et dans les Dom. Elle s'appuie sur des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist), des consultations hospitalières et des cabinets de médecine de ville. Les cas sont définis selon des critères cliniques et biologiques. Les données cliniques du questionnaire sont documentées par le clinicien et complétées par un auto-questionnaire sur les comportements sexuels dans les 12 derniers mois précédant le diagnostic de l'IST. Les questionnaires, anonymes, sont envoyés par le médecin à l'Institut de veille sanitaire.

Résultats – Sur la période d'étude, 2 892 cas de syphilis, 653 cas de gonococcie et 567 cas de LGV ont été déclarés. La prévalence du VIH était de 16 %, 45 % et 90 % pour les patients avec une gonococcie, une syphilis ou une LGV respectivement. Tous les patients LGV+ étaient homosexuels. Pour la gonococcie et la syphilis, la prévalence de la séropositivité au VIH+ variait selon l'orientation sexuelle ; elle était supérieure chez les homo-bisexuels masculins (23 % et 51 % respectivement) comparativement aux hommes hétérosexuels (3 % et 16 %) et aux femmes hétérosexuelles (3 % et 6 %). Parmi les patients VIH+, la proportion de patients découvrant leur séropositivité au VIH au moment du diagnostic d'IST était élevée : 18 % pour les patients avec une gonococcie et 12 % pour les patients avec une syphilis.

Conclusion – La prévalence de l'infection à VIH est élevée parmi les patients avec un diagnostic d'IST (syphilis, gonococcie et LGV) et une proportion non négligeable de patients découvrent leur séropositivité au moment du diagnostic de l'IST. Il est nécessaire de poursuivre les efforts pour promouvoir la prévention primaire et secondaire, globale portant sur l'ensemble des IST (VIH et autres).

HIV infection among patients with sexually transmitted infections in the RésIST surveillance network in France between 2000 and 2007

Introduction – The interaction between HIV infection and STIs is complex. STIs increase HIV transmission, and inversely. This survey aimed at describing the prevalence of HIV infection among patients for whom a diagnosis of STI (syphilis, gonorrhoea and lymphogranuloma venereum (LGV)) was notified to the RésIST surveillance system between 2000 and 2007.

Method – The surveillance of STIs is voluntary and prospective in metropolitan France, and overseas counties. It is based on the participation of Information Centers for the screening and diagnosis of STIs (Ciddist), hospital or private practitioners consultations. Case definitions include clinical and biological criteria. Questionnaires with clinical data are completed by the clinician, whereas behavioural data are documented directly by the patient in a self-administered questionnaire on sexual practices in the 12 months preceding the STI diagnosis. Both anonymous questionnaires are sent to the French Institute for Public Health Surveillance by the clinician.

Results – During the study period, 2,892 case of syphilis, 653 cases of gonorrhoea, and 567 cases of LGV were notified. The prevalence of HIV infection was 16%, 45% and 90% respectively for patients with gonorrhoea, syphilis and LGV. All LGV+ patients were homosexual. For gonorrhoea and syphilis, the prevalence of HIV infection varied according to sexual orientation, the prevalence was higher in homo-bisexual men (23% and 51% respectively) than in heterosexual men (3% and 16%) and females (3% and 6%). Among HIV+ patients, the proportion of patients who discovered their HIV infection was high: 18% for patients with gonorrhoea, and 12% for patients with syphilis.

Conclusion – The prevalence of HIV infection among patients with one of the three STIs (syphilis, gonorrhoea and LGV) is high and a non-negligible proportion of patients discover their HIV infection at the same time as STI diagnosis. Efforts for promoting primary and secondary prevention for HIV infection and STIs in cases as well as in sexual partners should be pursued.

Mots clés / Key words

Infection sexuellement transmissible, syphilis, gonococcie, LGV, VIH, surveillance, homosexuels masculins / Sexually transmitted infection, syphilis, gonorrhoea, LGV, HIV, surveillance, MSM

Introduction

L'utilisation des préservatifs pour la réduction des risques de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a bénéficié, jusqu'au milieu des années 1990, aux infections sexuellement transmissibles (IST), avec pour conséquence une diminution de leur incidence en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest [1]. À la fin des années 1990, les IST réapparaissent en Europe de l'Ouest [2,3]. La France, comme ses voisins européens, connaît une augmentation des IST ces 10 dernières

années [5]. L'augmentation des infections gonococciques et de la syphilis a concerné principalement les homo-bisexuels, alors que la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale touche exclusivement cette population. Cette augmentation de l'incidence des IST chez les homosexuels suggère un relâchement des comportements de prévention qui semble être en partie lié à l'arrivée des trithérapies au milieu des années 1990. La recherche de partenaires sur les réseaux Internet, et plus récemment la pratique du *serosorting* et l'augmentation de la

consommation des produits psycho-actifs ont également contribué à l'augmentation des IST [4]. Dans le même temps, l'épidémie du VIH a poursuivi sa progression [6]. La prévalence élevée de l'infection par le VIH parmi les patients atteints d'une IST, notamment d'une syphilis ou d'une LGV, suscite des questions quant à l'interaction entre le VIH et les IST [7]. Les IST favorisent la transmission du VIH et réciproquement. De plus, l'immunodépression liée à l'infection au VIH augmente le risque de survenue d'une expression clinique plus sévère de l'IST (*i.e.* l'herpès et la syphilis).

Notre étude a pour objectif de décrire la prévalence de la séropositivité pour le VIH parmi les patients avec un diagnostic d'IST consultant dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist), dans des consultations hospitalières et des cabinets de médecine libérale, participant au réseau français de surveillance des IST dénommé, depuis 2008, RésIST.

Méthodes

L'étude a été réalisée à partir des données de surveillance de RésIST (la syphilis, les gonococcies et LGV rectale) en France. Cette surveillance, volontaire, a été mise en place progressivement en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM). Elle a débuté en 2000 pour la syphilis auprès de Ciddist (anciens dispensaires antivénéériens), dans des consultations hospitalières et des cabinets de médecine de ville et compte 85 sites participants en 2007. La surveillance de la LGV et des gonococcies a été introduite en 2004 auprès de ces mêmes centres, avec une recherche rétrospective des cas de LGV pour la période 2000-2003. La surveillance des gonococcies a débuté par une phase pilote dans cinq villes à partir de juin 2004. La surveillance de la LGV s'appuie également sur les données du Centre national de référence (CNR) des *Chlamydia trachomatis* (Ct), qui confirme le diagnostic de LGV par génotypage sur les prélèvements rectaux positifs à Ct en PCR. En 2007, tous les Ciddist (N = 270) ont été sollicités pour participer au réseau RésIST.

Définitions de cas

Les cas de syphilis répondent aux définitions de cas de syphilis précoce primaire (chancre), secondaire (éruption) ou latente précoce (absence de signes cliniques) de moins d'un an.

Les cas de LGV sont définis par un diagnostic positif à Ct par PCR, dont le génotype appartient au type L1, L2 ou L3.

Les cas de gonococcie concernent les patients pour lesquels une culture positive de *Neisseria gonorrhoeae* a été obtenue.

Recueil de données

Après consentement du patient, les données cliniques et biologiques du questionnaire sont

documentées par le clinicien [2]. Celui-ci propose également au patient un auto-questionnaire sur ses comportements sexuels au cours des 12 mois précédant le diagnostic de l'IST. Les questionnaires, anonymes, sont envoyés par le médecin à l'Institut de veille sanitaire (InVS).

L'orientation sexuelle est objectivée par le sexe déclaré des partenaires (femme ou homme) avec le ou lesquels le patient a eu des rapports sexuels dans les 12 mois précédant le diagnostic d'IST.

Les patients séropositifs pour le VIH sont ceux connaissant leur séropositivité au moment du diagnostic de l'IST ou ceux la découvrant au moment du diagnostic de l'IST. La séronégativité pour le VIH correspond à un résultat négatif du test réalisé au moment de la consultation ou au cours des 3 mois précédant la consultation.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Stata® 8.2. Les tests utilisés pour comparer les proportions et les moyennes sont le χ^2 de Pearson et le *t* de Student avec un risque alpha à 5 %.

Les résultats présentés concernent les données recueillies en France sur la période 2000-2007 pour la syphilis et la LGV et 2004-2007 pour les gonococcies.

Résultats

VIH et syphilis

Données sociodémographiques et cliniques

Sur la période 2000-2007, 2 892 patients ont été déclarés avec un diagnostic de syphilis précoce. Après une décroissance en 2005 (N = 339), le nombre de cas a augmenté et devenait supérieur en 2006 (N = 471) et 2007 (N = 570) au nombre de cas déclarés les années précédentes (figure 1). Cette augmentation a été observée en province (de 242 cas en 2006 à 337 en 2007), alors que le nombre de cas déclarés en Île-de-France était stable (autour de 230 cas). Parallèlement, le nombre de sites participant à la surveillance a augmenté en province. À sites constants, le nombre de cas déclarés était stable entre 2006 et 2007. Les hommes représentaient 95 % des patients. La répartition selon l'orientation sexuelle était de 74 % d'hommes homosexuels, 9 % d'hommes bisexuels,

12 % d'hommes hétérosexuels et 5 % de femmes hétérosexuelles.

Parmi les 2 716 (94 %) patients pour lesquels le statut VIH était renseigné, 45 % (N = 1 224) étaient séropositifs. La proportion de patients séropositifs diminuait entre 2000 (60 %) et 2006 (39 %), puis augmentait à nouveau en 2007 (46 %) (figure 1). La proportion de patients séropositifs variait selon la région et la structure déclarante (tableau 1). En Île-de-France, les patients séropositifs étaient le plus souvent déclarés par des cabinets de médecine libérale (72 %) et des Ciddist (42 %). Dans les autres régions, les consultations hospitalières les accueillent plus fréquemment (65 %) tandis qu'ils représentaient une part moindre des cas déclarés par les Ciddist (15 %) et les cabinets libéraux (11 %). La proportion de patients VIH+ variait selon l'orientation sexuelle ; elle était supérieure chez les homo-bisexuels masculins (51 %) comparativement aux hommes hétérosexuels (16 %) et aux femmes hétérosexuelles (6 %, $p < 10^{-3}$) (tableau 1).

Parmi les patients séropositifs, 12 % avaient découvert leur séropositivité au moment du diagnostic de la syphilis. La proportion de découvertes de séropositivité VIH concomitantes au diagnostic de syphilis était de 18 % (25/139) en 2000 et 2001, puis s'était stabilisée à 11 % (123/1 085) entre 2002 et 2007 (figure 1). Parmi les patients nouvellement diagnostiqués pour le VIH, 88 % (N=130) étaient des hommes homo-bisexuels et 12 % (N=18) étaient des hétérosexuels, dont une femme. Les patients découvrant leur séropositivité au moment du diagnostic de syphilis étaient plus jeunes (âge médian 33 ans, étendue 20 ans – 80 ans) que les patients connaissant déjà leur séropositivité (âge médian 39, étendue 17 ans – 72 ans) ($p < 10^{-3}$).

Le diagnostic de séropositivité au VIH était connu en moyenne depuis 7,7 ans pour les patients connaissant leur séropositivité au moment du diagnostic de la syphilis, et 67 % étaient sous traitement antirétroviral.

Les signes cliniques étaient le motif de consultation le plus fréquent chez les patients séropositifs (65 %) (tableau 2). Le diagnostic de syphilis était réalisé au stade secondaire chez 46 % des patients VIH+ et au stade primaire chez un quart des patients.

Figure 1 Évolution annuelle du nombre de cas de syphilis, de la proportion de patients VIH+ connus ou découverts au moment du diagnostic de la syphilis, réseau RésIST, France 2000-2007 | Figure 1 Annual trend of syphilis cases, of the rate of HIV+ patients known or discovered at the time of syphilis diagnosis. RésIST Network, France, 2000-2007

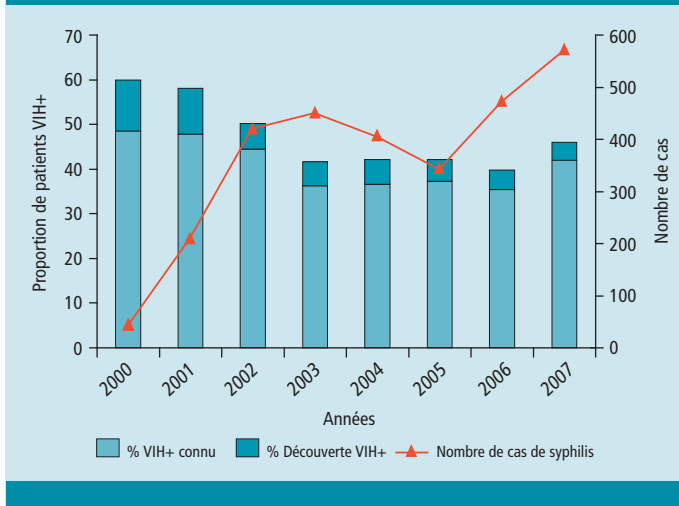


Tableau 1 Prévalence des patients séropositifs au VIH parmi les patients avec une IST (syphilis, gonococcie, lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale) selon la région et l'orientation sexuelle, RésIST, France 2000-2007 | Table 1 Prevalence of HIV positive patients among patients with a STI (syphilis, gonorrhoea and rectal lymphogranuloma venereum (LGV) by region and sexual orientation, RésIST, France, 2000-2007

| | Syphilis N = 2 716 | Gonococcies* N = 558 | LGV N = 249 |
|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------|
| Prévalence VIH globale | 45 % | 16 % | 90 % |
| Par région | | | |
| Île-de-France | 48 % | 17 % | 89 % |
| Autres régions | 41 % | 14 % | 85 % |
| Par orientation sexuelle | | | |
| Homosexuels masculins | 54 % | 26 % | 100 %** |
| Bisexuels masculins | 33 % | 13 % | – |
| Hommes hétérosexuels | 16 % | 3 % | – |
| Femmes hétérosexuelles | 6 % | 3 % | – |

* Surveillance des gonococcies par le réseau RésIST à partir de 2004.

** L'orientation sexuelle n'était renseignée que pour 110 patients LGV+.

Une co-infection avec d'autres IST (en dehors du VIH) était présente chez 13 % des patients (N = 298), dont 15 % (N=45) avaient une co-infection multiple. Les infections à *Chlamydia trachomatis* non LGV (4 %), l'herpès (2 %), l'hépatite B (2 %) et les infections à gonocoque (2 %) étaient les plus fréquemment associées à la syphilis isolément ou conjointement. Parmi les autres IST associées, 13 patients avaient une lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale. Une hépatite C était diagnostiquée chez 8 patients.

Données comportementales

Les patients VIH+ déclaraient un nombre médian de partenaires dans les 12 mois précédant le diagnostic de syphilis égal à 9 (tableau 2). En ce qui concerne les pratiques à risque lors des rapports sexuels, 58 % des patients hétérosexuels VIH+ déclaraient avoir au moins une fois pratiqué une pénétration vaginale non protégée. La pénétration anale non protégée était pratiquée par 54 % des homobisexuels VIH+. La fellation non protégée était une pratique courante chez les patients VIH+ (97 %), quelle que soit l'orientation sexuelle.

VIH et gonococcies

Données sociodémographiques et cliniques

Entre juin 2004 et décembre 2007, 653 patients ont été diagnostiqués avec une gonococcie. Le nombre annuel de cas déclarés augmentait (99 en 2004 et 206 en 2007) avec le nombre de sites participants (7 en 2004 et 30 en 2007) (figure 2). Les Ciddist ont déclaré la quasi-totalité des patients (98 %) et 70 % des diagnostics ont été réalisés en Île-de-France. Les patients étaient à 94 % des hommes. La répartition selon l'orientation sexuelle était de 52 % d'hommes homosexuels, 13 % d'hommes bisexuels, 29 % d'hommes hétérosexuels et 6 % de femmes hétérosexuelles.

Parmi les 558 (85 %) patients avec une gonococcie pour lesquels le statut VIH était renseigné, 16 % étaient séropositifs. La proportion de patients séropositifs était stable au cours du temps (18 % en 2004 et 16 % en 2007) (figure 2). Les patients VIH+ représentaient 17 % des cas déclarés en Île-de-France et 14 % dans les autres régions (tableau 1). La proportion de patients VIH+ variait

selon l'orientation sexuelle ; elle était de 23 % chez les homo-bisexuels masculins, supérieure à celle des hétérosexuels (3 %, $p < 10^{-3}$). L'âge médian des patients séropositifs était de 38 ans (21 ans – 56 ans).

Parmi les patients séropositifs, 18 % (N = 16) ont découvert leur séropositivité au moment du diagnostic de la gonococcie. Le nombre de diagnostics VIH concomitants aux diagnostics de gonococcie est passé de 0 en 2004 à 7 en 2007 (figure 2). Parmi les patients nouvellement diagnostiqués pour le VIH, 12 étaient des hommes homosexuels, 1 était un homme bisexuel et 3 étaient des hétérosexuels dont une femme. L'âge médian des patients découvrant leur séropositivité au moment du diagnostic de gonococcie était de 34 ans et celui des patients connaissant leur séropositivité était de 39 ans (différence non significative statistiquement).

Le diagnostic de séropositivité au VIH était connu en moyenne depuis 7,5 ans pour les patients connaissant leur séropositivité au moment du diagnostic de gonococcie, et 69 % étaient sous traitement antirétroviral.

Les hommes consultaient plus fréquemment (93 %) en raison de la présence de signes cliniques que les femmes (55 %). Un partenaire avec une IST était un motif de consultation pour 40 % des femmes. Les signes cliniques de gonococcie étaient également le motif le plus fréquent de consultation chez les patients séropositifs (93 %) pour le VIH (tableau 2).

Une co-infection avec d'autres IST (en dehors d'un diagnostic concomitant de VIH) était présente chez 23 % des patients (N = 141) dont 14 % (N = 20) avaient une co-infection multiple. Les infections à *Chlamydia trachomatis* non LGV (15 %) et la syphilis (2 %) étaient les plus fréquemment associées à l'infection gonococcique isolément ou conjointement. Parmi les autres IST associées, 3 patients avaient une hépatite B, dont l'un était VIH+.

Données comportementales

Les patients VIH+ déclaraient un nombre médian de partenaires dans les 12 mois précédant le diagnostic de gonococcie égal à 10. En ce qui concerne les pratiques à risque lors des rapports sexuels,

50 % (3/6) des patients hétérosexuels VIH+ déclaraient avoir pratiqué une pénétration vaginale non protégée au moins une fois. La pénétration anale non protégée était pratiquée par 61 % des homobisexuels VIH+. Au moins une fellation non protégée était rapportée chez 95 % des patients VIH+, quelle que soit l'orientation sexuelle (tableau 2).

VIH et lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale

Entre 2000 et 2007, 567 cas de LGV de type L2 ont été génotypés par le CNR. Le nombre de LGV diagnostiqués augmentait chaque année (figure 3). La région Île-de-France déclarait 92 % (N=520) des cas. Tous les patients étaient des hommes. L'orientation sexuelle était renseignée pour 39 % (N=110) patients, ils étaient tous homosexuels. Le statut VIH était connu pour 44 % (N=249) des patients dont 90 % étaient séropositifs. La prévalence des patients séropositifs au VIH était stable entre 2004 et 2007 (figure 3). Le questionnaire clinique a été complété pour 67 patients qui avaient consulté dans des Ciddist ou dans des consultations hospitalières. L'âge médian des patients séropositifs était de 38 ans (tableau 2). Les symptômes ont motivé la consultation pour 97 % des patients. Ceux-ci étaient marqués par une symptomatologie anorectale avec un écoulement glairo-sanglant ou purulent (59 %), une ulcération anale (60 %), des rectorragies (52 %) ou une diarrhée (22 %). Les symptômes ne variaient pas selon le statut VIH. Les données comportementales n'étaient pas exploitables.

Discussion

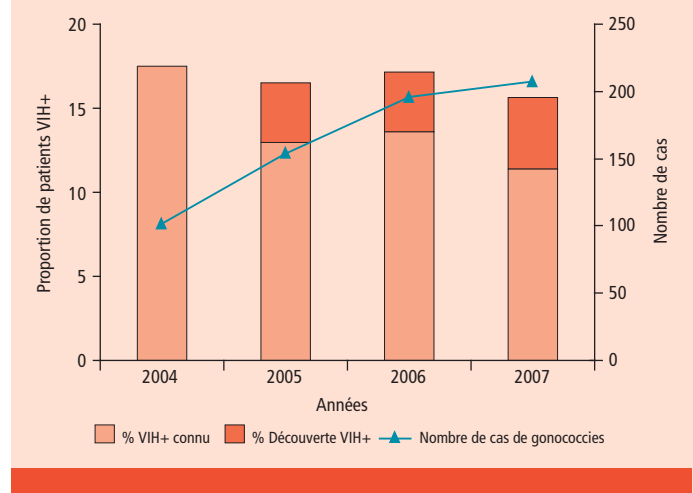
Le système de surveillance des IST (RésIST) montre une augmentation annuelle du nombre de cas d'IST déclarés. Mis en place depuis 2000 pour la syphilis, l'augmentation observée jusqu'en 2006 n'est pas liée à une modification du système de surveillance et pourrait refléter l'augmentation de l'incidence de la syphilis contrairement à l'augmentation observée en 2007 liée à un nombre de sites participants plus élevé cette année là. De même, l'augmentation annuelle du nombre de cas de gonococcies déclarées plus récemment dans le réseau RésIST est liée à la sensibilisation régulière des Ciddist et à l'augmentation du nombre de sites participants.

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques et comportementales des patients séropositifs au VIH parmi les patients avec une IST (syphilis, gonococcie, lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale), RésIST, France 2000-2007 / Table 2 Behavioural and sociodemographic characteristics in HIV positive patients among patients with a STI (syphilis, gonorrhoea and rectal lymphogranuloma venereum), RésIST, France, 2000-2007

| | Syphilis N = 1 224 | Gonococcies* N = 91 | LGV N = 197 |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Âge médian | 38 ans (17 - 80 ans) | 38 ans (21 - 56 ans) | 38 ans (26 - 62 ans) |
| Orientation sexuelle | | | |
| Hommes homo-bisexuels | 95 % | 93 % | 100 % |
| Hommes + femmes hétérosexuels | 5 % | 7 % | – |
| Motif de consultation | | | |
| Signes cliniques | 65 % | 93 % | 97 % |
| Dépistage de l'IST | 29 % | 1 % | – |
| Partenaires avec une IST | 6 % | 6 % | – |
| Données comportementales** | | | |
| Nombre médian de partenaires** | N = 610 9 (1 - 600) | N = 83 10 (1 - 200) | – |
| Au moins une pénétration anale non protégée** | 54 % | 61 % | – |
| Au moins une pénétration vaginale non protégée** | 58 % | 50 % | – |
| Au moins une fellation non protégée** | 97 % | 95 % | – |

* Surveillance des gonococcies par le réseau RésIST à partir de 2004.
** Au cours des 12 derniers mois précédant le diagnostic d'IST.

Figure 2 Évolution annuelle du nombre de cas de gonococcies, de la proportion de patients VIH+ connus ou découverts au moment du diagnostic de la gonococcie, réseau RésIST, France 2004-2007 / Figure 2 Annual trend of cases of gonorrhoea, of the rate of HIV+ patients known or discovered at the time of gonorrhoea diagnosis. RésIST Network, France, 2004-2007



Le nombre de LGV diagnostiquées et confirmées par le CNR augmente chaque année. Cette augmentation des cas déclarés de LGV pourrait être le reflet d'un meilleur diagnostic ou d'une augmentation réelle de l'incidence.

La prévalence de l'infection par le VIH parmi les patients atteints par une IST est élevée ; 90 % chez les patients avec une LGV, 45 % chez les patients avec une syphilis et 16 % parmi les patients avec une gonococcie. Ces trois IST touchent principalement les hommes homo-bisexuels. Si la LGV n'affecte que les hommes homo-bisexuels, 83 % des patients avec une syphilis et 65 % des patients avec une gonococcie sont des hommes homo-bisexuels.

Dans notre étude, le poids des patients déclarés par des sites spécialisés dans le diagnostic et le suivi des IST et du VIH, est important. Il pourrait expliquer la prévalence élevée du VIH dans ces populations diagnostiquées pour une IST. La prévalence de l'infection par le VIH est toujours très élevée chez les hommes homo-bisexuels (51 % chez les patients avec une syphilis, 90 % chez les patients avec une LGV et 23 % chez les patients avec une gonococcie). Dans une population déjà très fortement touchée par le VIH, ce terrain d'immunodéficience propice à l'acquisition d'IST et le relâchement des pratiques sexuelles de prévention sont autant d'éléments exacerbant la transmission des IST. Les différences de niveau de prévalence du VIH pour ces trois IST suggèrent en effet la synergie de plusieurs hypothèses. Tout d'abord, la séropositivité au VIH potentialise l'infection à d'autres IST. Cette potentialisation est variable selon l'IST, elle est par exemple plus élevée pour la syphilis que pour la gonococcie. Chez les patients avec une LGV, la prévalence du VIH très élevée pourrait être liée à un tropisme particulier de *Chlamydia trachomatis* (Ct) de type L2 chez ces patients. Une épidémie de LGV de type L2 décrite chez des hétérosexuels majoritairement VIH+ dans un contexte de consommation de crack et cocaïne illustre cette hypothèse [8]. De plus, lors de l'étude de typage de 800 échantillons positifs à Ct prélevés dans une population hétérosexuelle, aucune souche L2 n'a été identifiée (CNR des infections à *Chlamydia* - Bordeaux, résultats non publiés). Deuxièmement, le niveau de contagiosité n'est pas le même pour toutes les IST. Elle dépend notamment des caractéristiques physiopathologiques des germes. *Chlamydia trachomatis*, germe résistant présent en très grande quantité lors d'une infection, peut se transmettre très facilement lors de jeux sexuels (i.e. objets sexuels), alors que la transmission de *Treponema pallidum*, très virulent, nécessite un contact direct avec les muqueuses (génitales ou buccales lors de la fellation). De même, la transmission de *Neisseria gonorrhoeae*, très sensible à la dissémination et présent en faible quantité, nécessite un contact sexuel rapproché. Enfin, il pourrait s'agir de groupes de patients différents en termes de pratiques sexuelles et de prises de risque. La prévalence annuelle de l'infection par le VIH chez les patients avec une syphilis est marquée par une diminution de -20 % entre 2000 et 2007, illustrant l'extension du réseau de surveillance, mais suggérant également une transmission de la syphilis en dehors du core-groupe initial d'hommes homo-bisexuels séropositifs parisiens vers des groupes où la séropositivité au VIH est moins fréquente. La prévalence très élevée du VIH chez les patients homosexuels avec une LGV rectale, qui est retrouvée également dans d'autres pays (80 % au Royaume-Uni) [9] pourrait être liée en partie par la pratique du *serosorting*. Cette dernière consiste à avoir des rapports sexuels non protégés exclusivement avec des partenaires de même statut pour le VIH. Cette pratique libère du risque VIH lors des rapports non protégés, mais expose aux autres IST. Néanmoins, en France, le *serosorting* tel qu'il est pratiqué aux États-Unis avec une recherche de partenaires *via* les sites internet, ne semble pas encore très répandu [10]. Chez les hétérosexuels avec une IST, la prévalence de l'infection par le VIH est plus élevée qu'en population générale. Particulièrement haute (16 %) chez les hommes hétérosexuels avec une syphilis, elle pourrait être liée à un biais de déclaration de l'orientation sexuelle. L'homosexualité ou la bisexualité serait sous déclarée chez des hommes ne déclarant que des partenaires féminines. La diffusion plus large des gonocoques au sein de la population générale moins exposée au VIH expliquerait la prévalence du VIH plus basse chez ces patients. Le dépistage du VIH est l'occasion de dépister les autres IST. Réciproquement, le diagnostic d'IST est une opportunité pour réaliser un dépistage du VIH. Dans notre étude, respectivement 12 % et 18 % des patients VIH+ ont découvert leur séropositivité VIH au moment du diagnostic de syphilis ou de

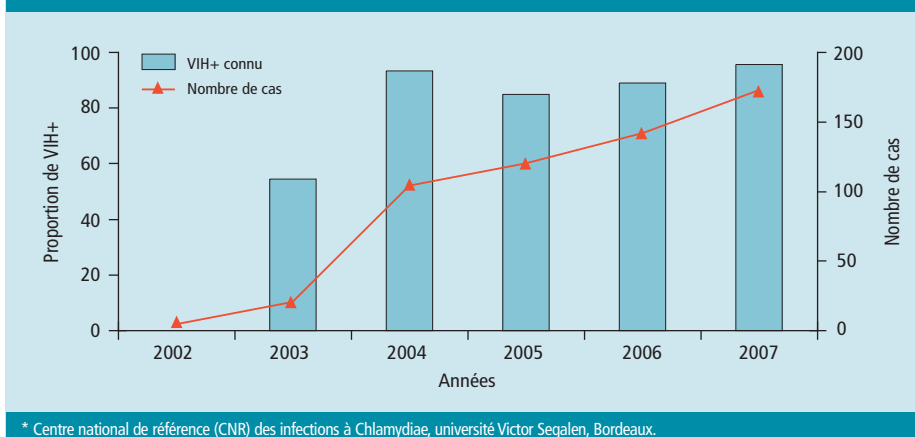
gonococcie. La prévalence élevée des nouveaux diagnostics de séropositivité au VIH chez les patients VIH+ avec une gonococcie suggère qu'une partie des patients avec une gonococcie dont le statut VIH est inconnu pourrait être séropositif pour le VIH. Dans notre étude, le statut VIH était inconnu pour 15 % des patients avec un diagnostic de gonococcie. Ces résultats font penser qu'un certain nombre de patients avec une gonococcie pourraient ne pas avoir connaissance de leur séropositivité et contribuer à la diffusion de l'infection sans le savoir. Le dépistage du VIH devrait être proposé systématiquement aux patients avec une gonococcie, dont le diagnostic est souvent réalisé en médecine de ville. En l'absence de datation de la contamination par le VIH mais également de la syphilis, il n'est pas possible de connaître l'ordre ou la simultanéité de la contamination d'un patient pour ces deux IST. Cependant, les patients hétérosexuels découvrant leur séropositivité au VIH simultanément au diagnostic de syphilis, contribuent à la transmission du VIH dans la population hétérosexuelle avec un risque accru lié à l'infection par la syphilis.

Des mécanismes physiopathologiques décrits dans la littérature pourraient expliquer le rôle des IST dans l'acquisition ou la transmission du VIH et réciproquement. Les ulcérations génitales favorisent la transmission du VIH. La barrière cutanéomuqueuse lésée favorise la pénétration du virus dans l'organisme. Chez un patient séropositif au VIH, les lésions ulcéraives souvent plus importantes cliniquement et persistant plus longtemps que chez les patients séronégatifs au VIH, sont très inflammatoires et contiennent de très grandes quantités de virus. Dans les pays développés, les IST responsables d'ulcérations génitales sont par ordre de fréquence l'herpès, la syphilis, la LGV et le chancre mou. L'herpès et la syphilis sont bien identifiés par le corps médical comme IST ulcéraives. En revanche, la LGV dans sa forme clinique rectale, avec des ulcérations parfois profondes et étendues, est plus récente et probablement moins bien connue de certains praticiens. Ces ulcérations génitales sont une porte ouverte au VIH chez les patients séronégatifs au VIH et les patients qui ont une syphilis ou une LGV, et qui sont le plus souvent infectés par le VIH, sont très contagieux pour leurs partenaires pour le VIH et les autres IST.

Conclusion

La prévalence de l'infection à VIH est élevée parmi les patients avec l'une des trois IST décrites (syphilis, gonococcie et LGV) et une proportion non négligeable de patients découvrent leur séropositivité au moment du diagnostic de l'IST. Dans un contexte où les rapports non protégés sont fréquents, il est nécessaire de poursuivre les efforts pour promouvoir la prévention primaire, mais également la prévention secondaire (dépistage et traitement des IST). L'interaction entre le VIH et les IST est complexe, le traitement des IST permet d'interrompre la chaîne de transmission et de réduire le risque de transmission du VIH. Tout patient avec une IST devrait bénéficier d'un dépistage du VIH [11]. Réciproquement, tout patient séropositif pour le VIH devrait se voir proposer régulièrement un dépistage des IST. De même, le dépistage et le traitement des partenaires devraient être systématiques.

Figure 3 Évolution annuelle du nombre de cas de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale, de la proportion de patients VIH+ connus ou découverts au moment du diagnostic de LGV, réseau RésIST complété par les données du CNR* des *Chlamydia trachomatis*, France 2002-2007
 Figure 3 Annual trend of cases of rectal lymphogranuloma venereum (LGV), of the rate of HIV+ patients known or discovered at the time of LGV diagnosis. RésIST Network completed by data from the *Chlamydia trachomatis* NRL*, France, 2002-2007



Références

- [1] Nicoll A, Hughes G, Donnelly M, Livingstone S, De Angelis D, Fenton K, *et al.* Assessing the impact of national anti-HIV sexual health campaigns: trends in the transmission of HIV and other sexually transmitted infections in England. *Sex Transm Inf.* 2001; 77(4):242-7.
- [2] Syphilis in Europe. *Euro Surveill.* 2004; 9(4):6-27.
- [3] Van de Laar MJW. The emergence of LGV in Western Europe: What do we know, what can we do? *Euro Surveill.* 2006 Sep; 11(9):146-8.
- [4] Bilans réguliers de surveillance – Infections sexuellement transmissibles. *Bull Epidemiol Hebd.* 2008; 5-6:33-48. <http://www.invs.sante.fr/beh>
- [5] Fenton KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martin T, Aral S, *et al.* Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Inf Dis.* 2008; 8(4):244-53.
- [6] Numéro thématique – L'infection à VIH/sida en France et en Europe. *Bull Epidemiol Hebd.* 2007; 46-47/385-400. <http://www.invs.sante.fr/beh>
- [7] Zetola NM, Klausner JD. Syphilis and HIV infection: an update. *Clin Infect Dis.* 2007; 44:1222-8.
- [8] Bauwens J-E, Orlander H, Gomez MP, Lampe M, Morse S, Stamm W, *et al.* Epidemic Lymphogranuloma venereum during epidemics of crack cocaine use and HIV Infection in the Bahamas. *Sex Trans Dis.* 2002; 29(5):253-8.
- [9] Jebbari H, Alexander S, Ward H, Evans B, Solomou M, Thornton A, *et al.* for the UK LGV Incident group. Update on lymphogranuloma venereum in the United Kingdom. *Sex Transm Infect.* 2007; 83:324-6.
- [10] Velter A. Rapport Enquête Presse Gay 2004. Institut de veille sanitaire, juin 2007 http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/epg_2004.pdf
- [11] Derancourt C, Verraes-Derancourt S, Vernay-Vaisse CH, PAsseron A, Chartier CH, Caumes E, et la section MST de la SFD. Indications du dépistage des MST. In *Annales de dermatologie et de vénéréologie. Maladies sexuellement transmissibles – recommandations diagnostiques et thérapeutiques.* 2006; 8/9:2S8-2S10.

Acceptabilité du dépistage rapide du VIH dans un service d'urgence hospitalier d'Île-de-France, janvier-avril 2008

Emmanuel Mortier (emmanuel.mortier@lmr.aphp.fr), Houria Ichou, Farah Nikpay, Anne-Marie Simonpoli

CHU Louis Mourier (AP-HP), Colombes, Corevih Île-de-France Ouest, France

Résumé / Abstract

Introduction – Cette étude vise à évaluer l'acceptabilité par les consultants adultes aux urgences hospitalières d'une proposition systématique de dépistage du VIH à l'aide de tests rapides.

Matériel et méthodes – Proposition systématique à tout patient adulte venant aux urgences et ayant un prélèvement sanguin de réaliser un dépistage du VIH. Étude prospective monocentrique réalisée à l'hôpital Louis Mourier à Colombes (Hauts-de-Seine) de janvier à avril 2008.

Résultats – Parmi les 579 patients éligibles, 511 (88 %) ont accepté le dépistage. Plus de la moitié des consultants n'avaient jamais réalisé de dépistage du VIH antérieurement. Environ 16 % des patients qui ont accepté le dépistage rapide avaient au moins une conduite à risque vis à vis du VIH et 43 % d'entre eux n'avaient jamais réalisé de test du VIH. Trois tests de dépistage rapide du VIH sont revenus positifs. Pour un patient, il s'agissait d'une découverte de l'infection par le VIH et pour les deux autres patients d'une séropositivité niée mais antérieurement connue. Deux sur trois étaient originaires d'Afrique et le troisième avait des pratiques homosexuelles masculines. Tous les patients ont reçu leur résultat oralement avant leur sortie du service des urgences.

Discussion-Conclusion – La réalisation du dépistage du VIH par un test rapide est bien acceptée par la population qui consulte aux urgences. La sélection de patients par quelques questions simples permettrait de pouvoir proposer le dépistage à des personnes « à risque » jamais dépistées.

Mots clés / Key words

Tests rapides, dépistage, VIH, urgences / Rapid tests, screening, HIV, emergency care

Introduction

En France, la pratique du dépistage biologique du VIH nécessitait jusqu'en octobre 2008 la réalisation systématique sur le même prélèvement de la recherche d'anticorps par deux tests de technique différente, dont au moins une méthode immunoenzymatique mixte (anticorps anti-HIV-1 et 2) appelée Elisa [1]. En cas de positivité des deux tests ou de discordance sérologique, une analyse de confirmation (western blot) devait être faite sur le même prélèvement. En cas de positivité de l'analyse de confirmation, un second prélèvement devait

être impérativement effectué pour éliminer une erreur accidentelle. De nouvelles recommandations viennent d'être émises par la Haute autorité de santé (HAS) qui considère que le maintien des deux techniques de dépistage n'est plus justifié et propose un seul test Elisa combiné (détection simultanée d'anticorps anti VIH-1/2 et Ag p24) marqué CE, avec un seuil de détection de l'Ag p24 au moins équivalent au seuil minimal requis par la réglementation européenne en vigueur pour les tests de détection de l'Ag p24 [2]. En cas de positivité, la procédure de confirmation et de rendu du résultat n'est pas modifiée. Le test rapide sanguin (résultats

obtenus en moins d'une demi heure) ne fait pas encore l'objet de recommandations pour le dépistage sauf lors de situations d'urgences (accident professionnel d'exposition au sang et accident d'exposition sexuelle, accouchement chez une femme enceinte au statut sérologique du VIH inconnu, urgences diagnostiques en cas de pathologie aiguë évocatrice de sida) [2]. L'Organisation mondiale de la santé propose, en dépistage systématique, la réalisation d'un seul test rapide à partir d'un prélèvement sanguin, suivi d'une confirmation uniquement si le premier test est positif [3]. Certains tests rapides ont une qualité