

# Dépistage de Chlamydia Trachomatis et IVG: organisation pratique

**Dr Nathalie TRIGNOL-VIGUIER**

**Centre d'orthogénie CHU de TOURS, ANCIC, Commission IVG contraception du CNGOF**

**30 janvier 2020**



**PARI(S) SANTÉ FEMMES  
29-30-31 Janvier 2020**



**BRETENNEAU GLOCHEVILLE TROUSSEAU ERMITAGE**



[www.ancic.asso.fr](http://www.ancic.asso.fr)

**ancic**

Pas de conflit d'intérêt

### RPC IVG CNGOF 2016

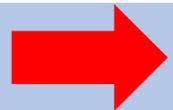
« Les recommandations du CNGOF de 2012 sur l'antibioprophylaxie lors d'une IVG instrumentale sont toujours en vigueur.

Une antibioprophylaxie systématique doit être préférée à une antibioprophylaxie ciblée (grade A). »

### RPC INFECTIONS GENITALES HAUTES 2018 (version finale)

« 36. A l'occasion de la demande d'une interruption volontaire de grossesse (IVG), le dépistage d'une infection à CT et NG est recommandé [9]. Une antibiothérapie ciblée sur la bactérie dépistée est recommandée, et doit être également proposée aux partenaires.

37. Il n'y a pas d'indication d'antibioprophylaxie pour les IVG médicamenteuses (grade B). »



**Nouvelles recommandations conjointes du CNGOF/SFAR/SPILF**

# Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*

Septembre 2018

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

**Nomenclatures**

TNB - Fiche

**TNB**

Présentation  
Recherche par code  
Recherche par chapitre  
Recherche sur autres codes  
Téléchargement

Fiche : 5301  
Année incorporation : MAJ : 21/09/2019

**B&IT**

Présentation  
Recherche par code  
Recherche par chapitre  
Recherche sur autres codes  
Recherche sur autres codes  
Recherche sur autres codes  
Téléchargement

MAJ : 21/09/2019

**LPP**

Présentation  
Recherche par code  
Recherche par chapitre  
Recherche sur autres codes  
Téléchargement

MAJ : 21/09/2019

**Fiche**

Code acte : 5301  
Désignation : C. TRACHOMATIS ET/OU N. GONORRHOËE; AMPLIFICATION GENIQUE - 1 SITE

Recherche directe de Chlamydia trachomatis et/ou de Neisseria gonorrhoeae par amplification génique sur tous types d'échantillons à partir de sites possiblement infectés. Une seule colation 5301 par patient. La recherche de Chlamydia trachomatis et/ou de Neisseria gonorrhoeae s'inscrit principalement dans le cadre : - du diagnostic étiologique et du suivi d'efficacité thérapeutique d'une infection génitale symptomatique, haute ou basse ou d'une rectite ; - du diagnostic étiologique et du suivi d'efficacité thérapeutique d'une pneumopathie néonatale à C. trachomatis ou d'une conjonctivite ; - du dépistage des infections génitales asymptomatiques dans des circonstances particulières : dépistage des personnes à risque, bilan d'hyperfertilité ; - du diagnostic étiologique et du suivi d'efficacité thérapeutique des arthrites réactionnelles. Les actes 5302 et 5303 sont pris en charge, sur prescription explicite, dans les cas suivants : - Selon le comportement sexuel : en cas de rapport sexuel anal et/ou pharyngé : rechercher C. trachomatis et N.gonorrhoeae dans les deux ou trois sites : association prélèvements génital, rectal, et/ou pharyngé. - Si la symptomatologie clinique fait évoquer une arthrite réactionnelle, rechercher C. trachomatis dans deux ou trois sites : génital, conjonctival, articulaire. - Dans l'exploration d'une infection haute, rechercher les deux bactéries au niveau du col, et/ou du haut appareil génital (endomètre, liquide de Douglas, biopsie des trompes, par exemple) : un ou deux sites. - Dans l'exploration d'une épiphyse d'une prostate, d'une infertilité d'origine masculine : rechercher les bactéries dans le premier jet d'urine et dans le sperme. - Dans l'exploration de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), rechercher C. trachomatis dans le ganglion satellite et les éventuelles ulcérations.

Date J.O. et Arrêté : 15/08/2019 - 23/05/2019

Date création : 15/08/2019  
Date effet : 21/09/2019  
Entente préalable : NON  
Bulletin d'information : NON  
Remboursable à 100% : NON  
Nombre maximum de codes : 1  
Indications médicales : OUI  
Acte réservé ou autorisé : NON  
Initiative du biologiste : OUI  
R.M.G. : NON  
Examen sanguin : NON

Chapitres : ZOOLOGIE/GENOM  
MICROBIOLOGIE MEDICALE/PHB PATHOLOGIE

**B85 = 22, 90 € Hors forfait IVG.**

**Donc attention à la confidentialité et à la possibilité de payer si fait en ville.**

- L'autoprélèvement représente une alternative au prélèvement par un professionnel de santé et doit être considéré et proposé dans tous les lieux pour augmenter le taux de recours au dépistage, sans pour autant se substituer systématiquement au prélèvement par un professionnel de santé.
- La HAS souligne qu'une procédure de transmission des résultats et de notification aux partenaires, en cas de test positif, devra être définie dans les centres de dépistage et cabinets médicaux, en respectant les impératifs juridiques et éthiques.
- 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 à 3-6 mois et tous les 3 mois pour les HSH.
- Les lieux préconisés pour la mise en œuvre du dépistage sont les CeGIDD, CPEF, SSU et centres d'orthogénie ainsi que les cabinets de médecine générale, gynécologie, sage-femme.
- La mise en œuvre et l'adhésion au dépistage des infections uro-génitales basses à Ct, tel que recommandé, dépendent fortement de la pérennité d'un financement spécifique au dépistage de l'infection à Ct dans les CeGIDD et les CPEF impliqués dans la lutte contre les IST.

***R1. L'antibioprophylaxie n'est pas recommandée lors des IVG chirurgicales***

***R2. Un dépistage systématique d'une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae par PCR sur auto-prélèvement vaginal doit être réalisé avant toute IVG chirurgicale. Une PCR multiplex est également disponible pour la détection supplémentaire de Mycoplasma genitalium et de Trichomonas vaginalis.***

***R3. Le résultat de ce prélèvement doit être disponible avant de réaliser une IVG instrumentale afin de proposer un traitement antibiotique préalable adapté au germe identifié en cas de dépistage positif.***

***R4. Dans le cas où le résultat d'un dépistage positif pour un agent responsable d'IST ne serait disponible qu'après la réalisation de l'IVG le traitement devra être instauré dans les plus brefs délais***

***R5. En cas de dépistage positif un traitement doit également être proposé aux partenaires de la patiente***

***R6. Le traitement recommandé en fonction du ou des germes identifiés à l'occasion du dépistage est le suivant :***

✓ ***Neisseria gonorrhoea : Ceftriaxone 500 mg en dose unique par voie IM***

***En cas d'allergie aux céphalosporines :***

***Azithromycine 2 g en dose unique ou gentamicine 240 mg par voie IM ou SC en dose unique.***

***La ciprofloxacine 500 mg en dose unique ne doit être utilisée qu'après vérification de sa sensibilité sur l'antibiogramme.***

✓ ***Chlamydia trachomatis : doxycycline 200 mg en 1 ou 2 prises quotidiennes pour une durée de 7 jours***

✓ ***Mycoplasma genitalium : Azithromycine 500 mg à J1 puis 250 mg par jour de J2 à J4. En cas d'échec de l'éradication microbiologique ou de prise de macrolides au cours des 3 derniers mois faire une recherche de mutation de résistance aux macrolides. En cas de résistance à l'azithromycine, moxifloxacine 400 mg par jour pendant 7 jours.***

En pratique:

- **QUI?**
- **QUAND?**
- **COMMENT?**
- **OÙ?**

**DÉPISTER CT**

Qui?

## **Toutes les femmes en demande d'IVG, quelle que soit la méthode et/ou les FDR**

Recommandation ≠ obligation : La femme peut refuser.

Pourquoi?

- Liberté/autonomie de choix: informer des motifs, enjeux...: Respecter un refus, même non argumenté mais le colliger dans le dossier
- Antériorité récente, résultat négatif (< 3 mois? Même partenaire? Pas de reco)
- Antibiothérapie récente ou en cours pour une autre indication
- Coût : non négligeable, prise en charge aléatoire selon le lieu de l'IVG
- Confidentialité

# Quand?

- Dès le diagnostic de grossesse fait et si la femme exprime le souhait d'avorter (ou pas: si < 25 ans ou FDR cf reco ): cela peut être le médecin traitant, la SF, le gynéco, le SSU, le CeGIDD, le CPEF, le CS, les urgences...
- Au 1<sup>er</sup> RV de demande d'IVG si non fait précédemment
- Au RV de confirmation/le jour de l'IVG si non fait précédemment
- En cas de suspicion d'IGH si non fait dans le parcours de l'IVG

**Plus la PCR sera faite tôt, plus le résultat sera connu tôt et plus le traitement pourra être fait à distance de l'IVG : l'attente du résultat ne doit pas différer le début de la procédure chez une femme asymptomatique.**

# Comment?

- La technique de référence est la PCR:
  - **PCR duplex** *Chlamydia trachomatis* (CT) + *Neisseria gonorrhoeae* (NG)
  - **PCR multiplex:** CT + NG + *Mycoplasma genitalium* + *M hominis* + *Trichomonas vaginalis* + *Ureaplasma urealyticum* + *U parvum*
- Si ex gynéco : endocol
- Si pas d'ex gynéco: autoprélèvement vaginal
- Si refus d'autoprélèvement vaginal (vaginisme, viol, rapport sans pénétration...): 1<sup>er</sup> jet d'urine (dernière miction > 2H, pas de toilette, premier jet d'urine)

# Comment?

- Cas simple: la femme est d'accord, pas d'obstacle financier/confidentialité, accès rapide à la PCR
- Cas plus complexe: la femme est d'accord mais pb financier ou confidentialité ou difficulté d'accès
  - Confidentialité possible que si prise en charge avec gratuité ou paiement de l'acte intégralement (PCR duplex = 22,90€)
  - Difficultés d'accès: ruralité, mobilité, faibles volumes avec séries espacées (1 fois/semaine quelquefois)
- Cas particuliers: inaccessibilité et urgence

**La non réalisation de la PCR ne retardera pas la prise en charge de l'IVG et une évaluation au cas par cas du bénéfique/risque à faire une antibioprophylaxie est toujours possible.**

Où?

- **IVG en établissement:**
  - PCR d'accès facile a priori
  - Penser à organiser avec le labo et le service de facturation le parcours de prise en charge en fonction des besoins de confidentialité ou de prise en charge sociale car HORS FORFAIT IVG
- **IVG hors établissement:** IVG médicamenteuses en ville ou en CPEF, IVG/AL en centre de santé
  - PCR en labo de ville? Avance de frais, confidentialité, réactivité...
  - PCR prise en charge gratuitement en CPEF, CeGIDD : il y a moins de CPEF et CeGIDD que de professionnel.le.s pratiquant des IVG
  - Conventionnement avec centre référent?

# Perspectives législatives?

- Sensibiliser à cette problématique de confidentialité et d'accès aux recommandations de bonne pratique HAS en intégrant dans le forfait IVG le dépistage de *Chlamydia trachomatis* et son traitement, le cas échéant.

# Si dépistage CT > 0 : Quel traitement?

Il existe 2 ttt de référence:

**AZITHROMYCINE 250 mg : 4cp en 1 prise ou**

**DOXYCYCLINE 100 mg: 2cp/j 7 jours**

Pas de résistance de CT à ces 2 ttt

Mais : Emergence de résistances de *Mycoplasma genitalium* +++ à l'azithromycine (20-30% résistances en 2017)

→ Certains pays européens ont déjà changé leurs recommandations et utilisent en 1<sup>ère</sup> intention la doxycycline...

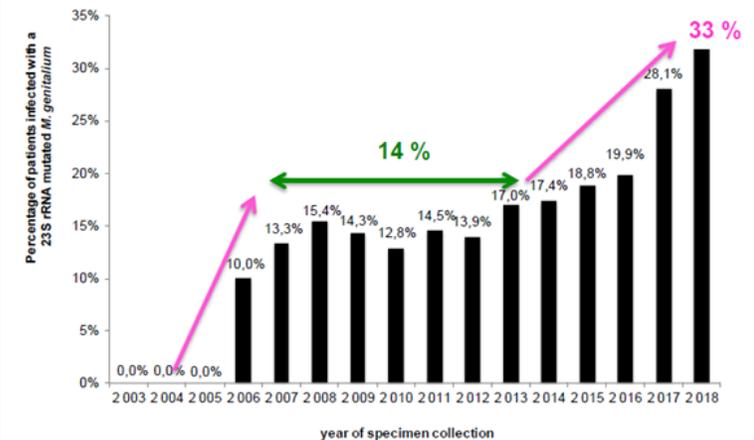
(2016 European guideline on *Mycoplasma genitalium* infections)

## **Nouvelles reco 2020:**

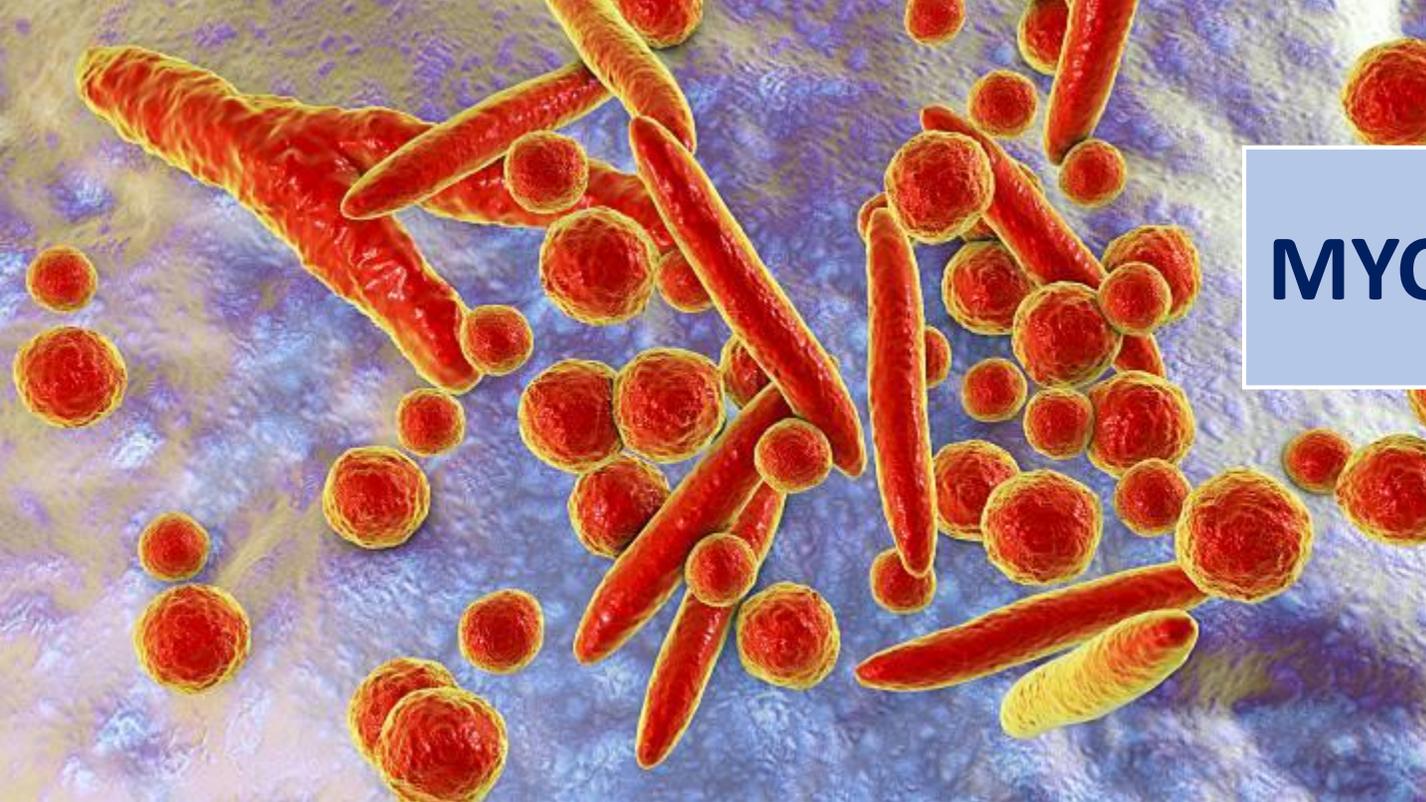
**DOXYCYCLINE 100 mg: 2cp/j 7 jours**

**~~AZITHROMYCINE 250 mg : 4cp en 1 prise~~**

## Macrolide resistance in *M. genitalium* Bordeaux, France



Chrisment et al. J. Antimicrob. Chemother. 2012; Touati et al. J. Clin. Microbiol. 2014; Le Roy et al., Emerg. Inf. Dis, 2016



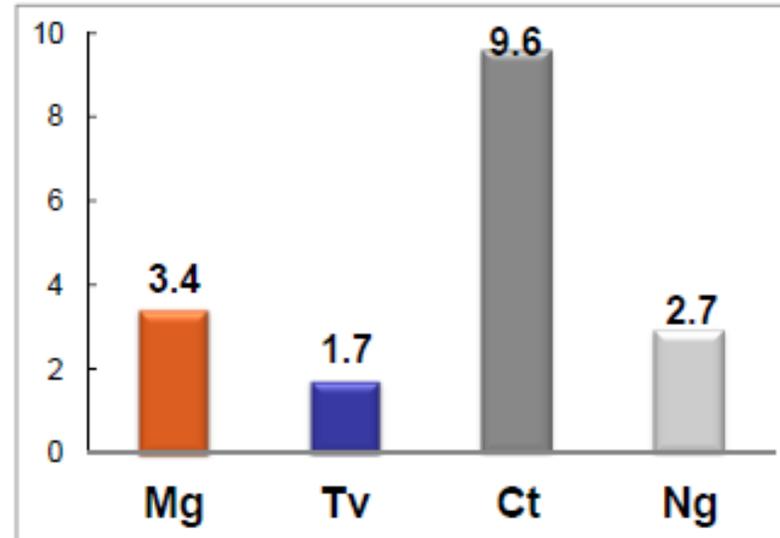
## MYCOPLASME GENITALIUM

2<sup>ème</sup> cause des urétrites non gonococciques après Chlamydia Trachomatis

Risque de transmission probablement inférieur à Chlamydia Trachomatis

## Prévalence de Mycoplasme Genitalium

- Population générale : **1 à 3%**
- Populations à risque (CeGIDD, CPEF...) : **4 à 38%**
- Prévalence en Fr en 2014/2015



Pereyre et al. Clin. Microbiol. Infect. 2016

# Mycoplasme Genitalium : qui et quand dépister en population générale?

## Recommandations 12/2018 CNR des IST bactériennes

- Patiente asymptomatique :
  - **Ne pas dépister** (Bénéfice du dépistage et du traitement probabiliste des asymptomatiques non prouvé)
- Si patiente asymptomatique MG >0 :
  - **Ne pas traiter**
  - **Ne pas tester les partenaires s'ils sont asymptomatiques**  
*(Bradshaw CS, et al. Lancet Infect Dis 2018 Soni, et al. BASHH guideline for the management of infection with Mycoplasma genitalium 2018 )*

**PCR MG = 67,50 à 98€ (selon les labos) hors nomenclature non remboursable**

# Conclusion

- L'IVG en France, et dans les pays légalisant l'avortement, doit rester un geste sûr pour toutes les femmes
- La gestion des risques infectieux passe par:
  - L'accès au dépistage des IST
  - Un traitement ciblé plus que prophylactique et probabiliste
  - Un usage adapté et raisonné des antibiotiques pour lesquels l'émergence de résistances est un véritable enjeu de santé publique

**La sécurité de la femme en parcours d'IVG passe aussi par la prise en compte des besoins de confidentialité et justifie une organisation rodée du parcours de soins à toutes les étapes de la facturation des actes, quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG.**