

PROJET PROTOCOLE DE COOPERATION - TRAITEMENT DES IST ASYMPTOMATIQUES AU CH DE BLOIS



CeGIDD

Informier • Dépister • Diagnostiquer

Equipe du CeGIDD de Blois
GIRARD Camille IDE
Dr COUSTILLERES François
16 Octobre 2023



CONTEXTE

- En 2022: 2 IDE formés/protocole de coopération en santé sexuel,
 - 01/08/2022: dossier déposé à l'ARS,
 - En 2023 : 2 IDE formées/protocole de coopération (inscription en 01/2024).
- 

1818 consultations IDE
(1270 dépistages, 548 PrEP)

134 patients CT+

QUELQUES CHIFFRES DEPUIS LA MISE EN PLACE DU PROTOCOLE DE COOPERATIO (01/08/2022)

29 sérologies syphilis +

125 patients NG+

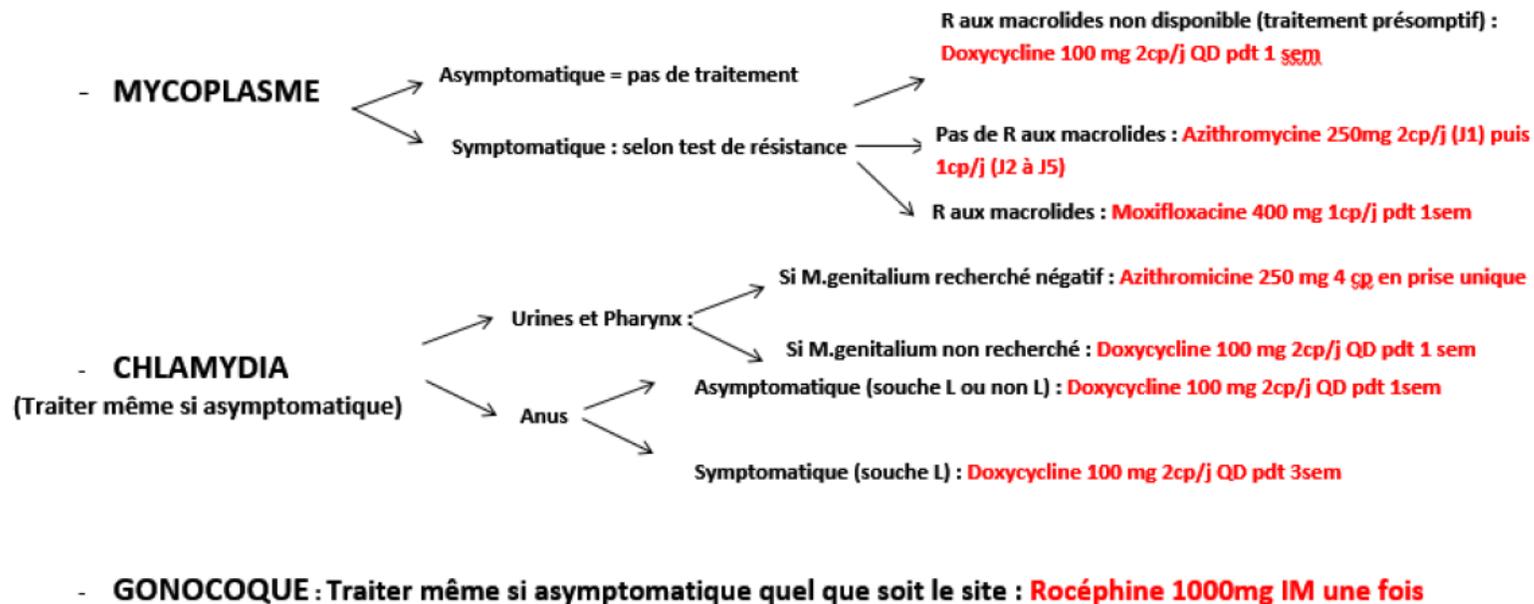
A CONTRARIO

- Absence de temps médical (TM) dédié au CeGIDD41 jusqu'en 02/2023,
 - Depuis 02/23 : 60% TM mais partagé avec l'EMA/consultation,
 - Vacances journalières x1/1-2 mois à l'antenne de Vendôme.
- ➔ Autonomie très large des IDE sous protocole de coopération, à protocoliser

PROTOCOLE IST : VRAIMENT NOUVEAU ?

Annexe 6

« Algorithme décisionnel pour le traitement des IST non récidivantes chez l'homme »



PROTOCOLE IST : VRAIMENT NOUVEAU ?



- SYPHILIS :

- Indication de traitement sans avis délégué (cf annexe 3)
- Si suspicion clinique de syphilis primaire ou secondaire (Ulcération génitale ou buccale indolore, macules ou papules cutanées ou muqueuses, éruption cutanée) et sérologie négative ou non disponible : Avis délégué 
- Si Notion de contagé : Avis délégué 
- Traitement :
 - Pas d'allergie pénicilline et pas d'anti-coagulation : Benzathine pénicilline 2,4 M d'unités (Extencilline®) en IM
 - 1 seule dose si sérologie syphilis disponible lors de la précédente visite, dans le cas inverse : Avis délégué 
 - Allergie pénicilline et ou anti coagulation : Doxycycline 200 mg/ J pendant 15 jours
 - Allergie pénicilline et Doxycycline : Avis délégué /!\ 

PROTOCOLE IST : VRAIMENT NOUVEAU ?

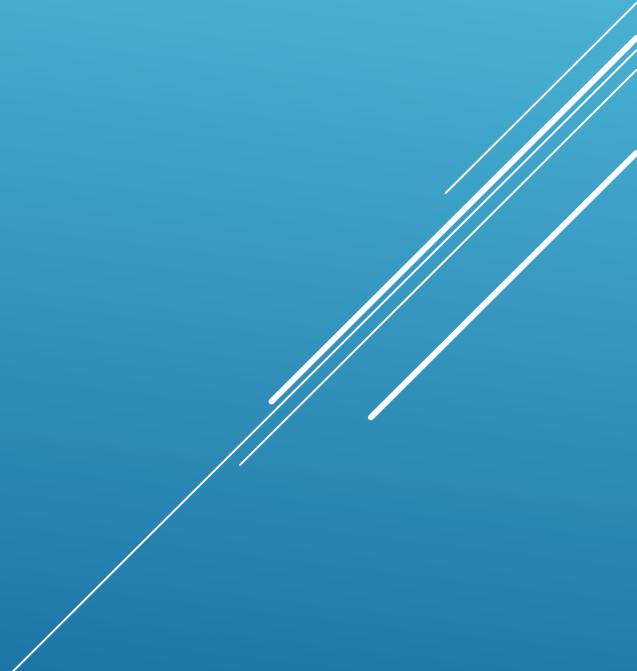
PROTOCOLE
VIH / IST
EN CEGIDD

06/2019

COREVIH
Centre-Val de Loire



OBJECTIFS

- Appliquer un cadre légal sur une pratique déjà courante et bien appropriée,
 - Harmoniser les pratiques,
 - Valoriser l'expertise infirmière,
 - Améliorer la coopération médecin-IDE.
- 

CADRE

Prise en charge d'une infection asymptomatique par *Treponema pallidum* au CeGIDD41

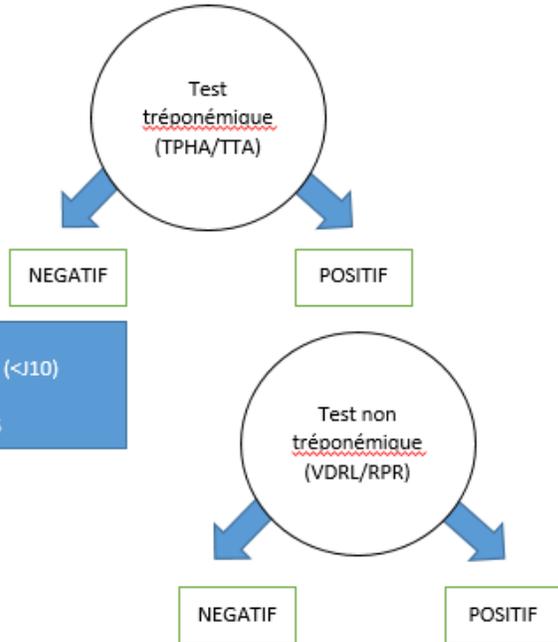
1. Objectif

Ce protocole décrit les modalités de prise en charge d'une infection par *Treponema pallidum* par l'IDE sous protocole de coopération inter professionnelle.

2. Domaine d'application

Il s'applique aux patients **asymptomatiques** consultants au CeGIDD41 après un dépistage revenu positif en sérologie pour *Treponema pallidum* **et ayant donné leur accord pour être vu en consultation par un(e) IDE sous protocole de coopération.**

SYPHILIS



- Pas d'infection syphilitique
- OU infection toute débutante (<J10)

→ Selon contexte, contrôle à J15

- Syphilis guérie
- OU Infection débutante (<J15)
- OU Infection très tardive
- OU (Tréponématose non vénérienne (Pian/Bejel/Pinta))

→ Si asymptomatique et pas d'antécédent TTA+, proposer :

- FTA abs/EIA IgM
- Contrôle TTA/RPR à 2-6 semaines

→ Avis médical si suspicion tréponématose non vénérienne

Infection syphilitique en cours

SYPHILIS

Annexe 1 : Interprétation de la cinétique du RPR/Test de guérison pour syphilis traitée :

Schéma de surveillance biologique

Objectif : décroissance du RPR d'un facteur 4 à M6 et négativité à M12

En pratique, $\geq 15\%$ des patients n'atteignent pas ces objectifs :

- Et ce d'autant plus fréquemment que la contamination est ancienne,
- Y compris en l'absence d'infection par le VIH

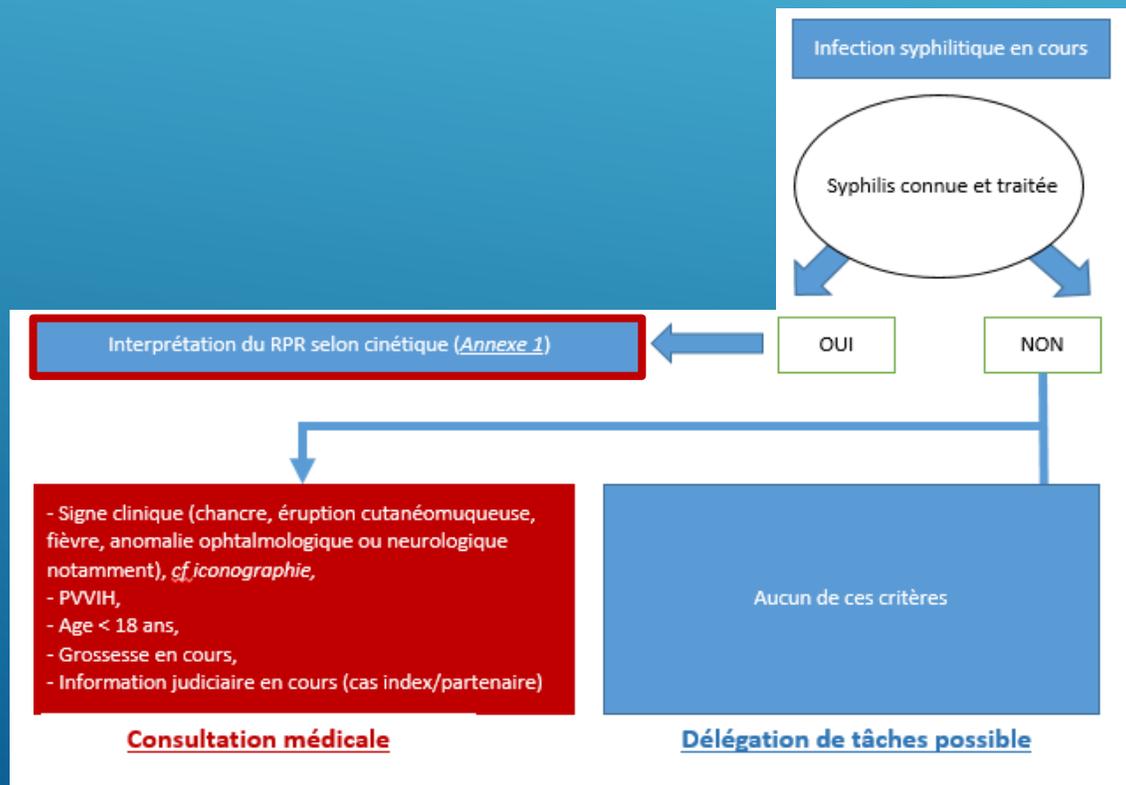
Dans ce cas :

→ Retraitement uniquement si :

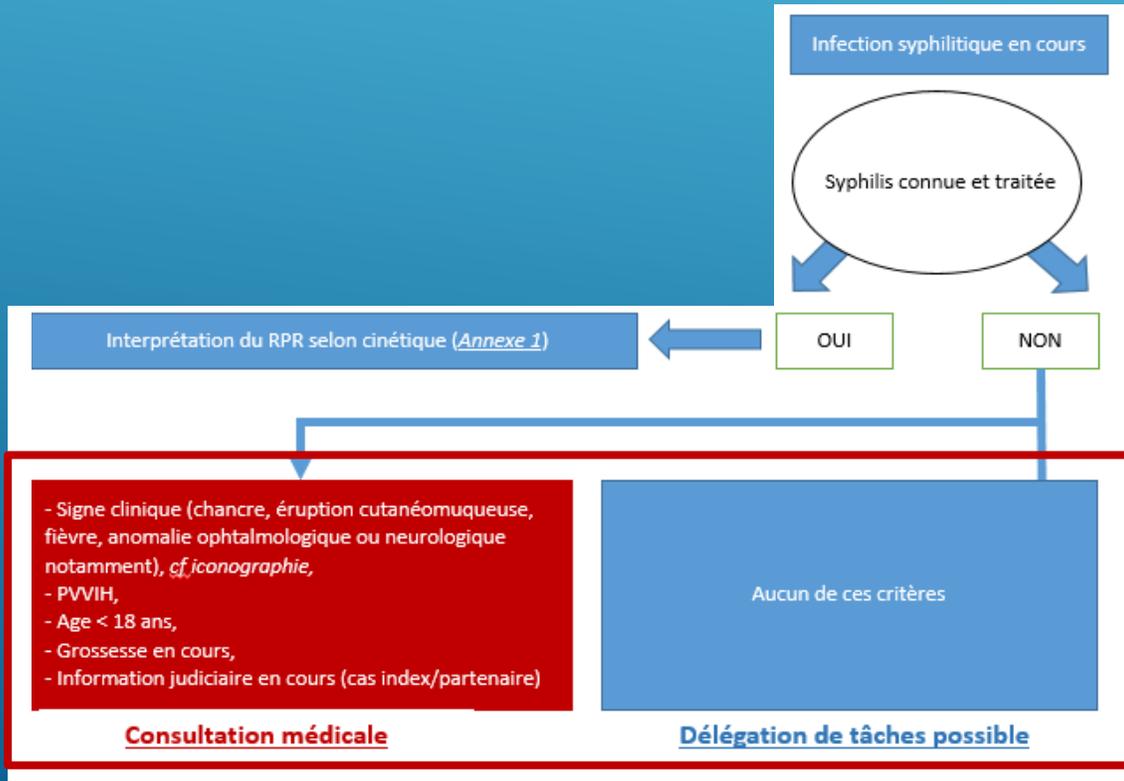
- Signe clinique de réinfection,
- Absence de décroissance d'un facteur ≥ 4 à M6 du RPR si initial + à taux fort (≥ 16),
- Ascension du taux d'un facteur ≥ 4 par rapport au sérum précédent,
- Ascension d'un facteur ≥ 2 sur 2 contrôles successifs ou non successifs **ET** RPR ≥ 8

Attention : lors d'un contrôle biologique, le laboratoire repasse en parallèle le sérum précédent, ce qui donne la valeur de référence. Ne pas interpréter les résultats « bruts » des sérums lors des mesures successives.

Au moindre doute : avis médical



SYPHILIS



Hors syphilis primaire :

- Rechercher à l'interrogatoire :
- Atteinte ophtalmologique (œil rouge et douloureux)
 - Atteinte otologique (surdité de novo)

Syphilis primaire : chancre



Chancre (buccale, génital, anal)

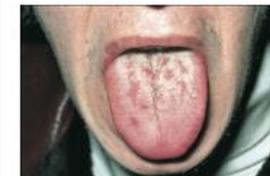
Syphilis secondaire : cutanéomuqueuse



Roséole (première éruption)



Syphilides (seconde éruption)
Contagieux si érosif



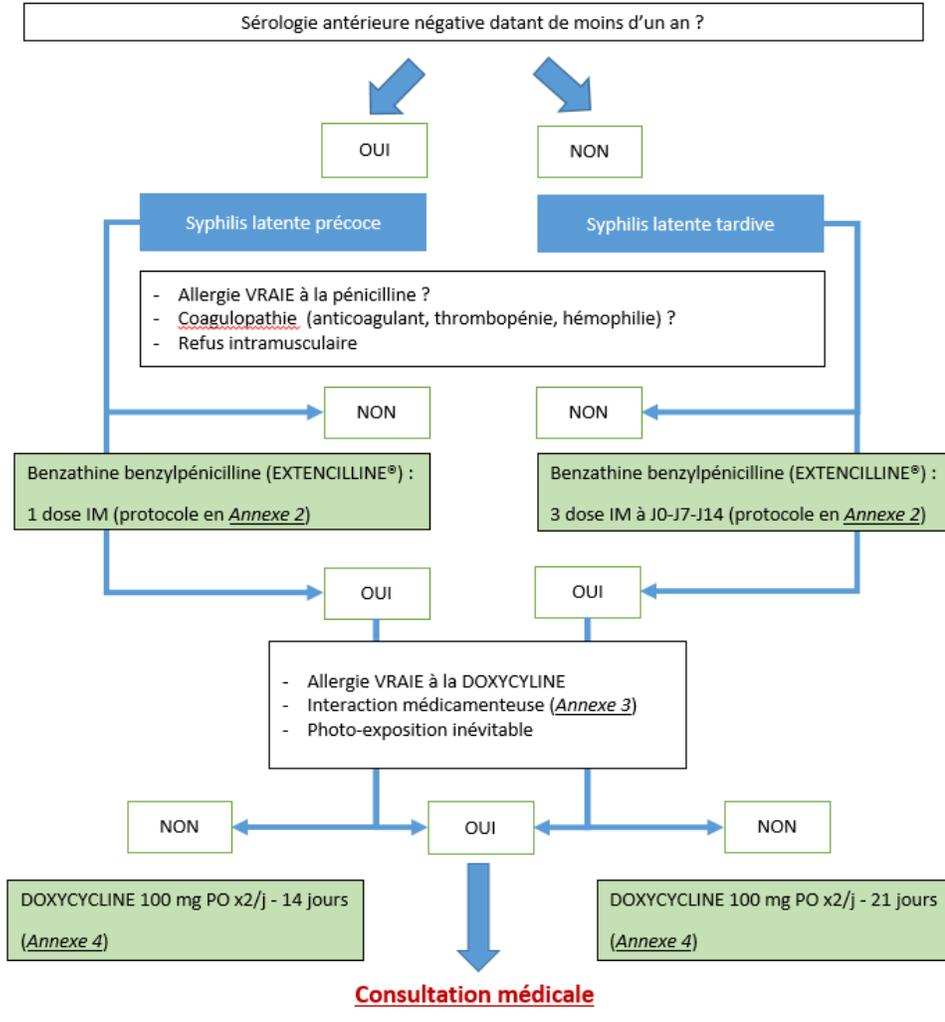
Plaqué muqueuse



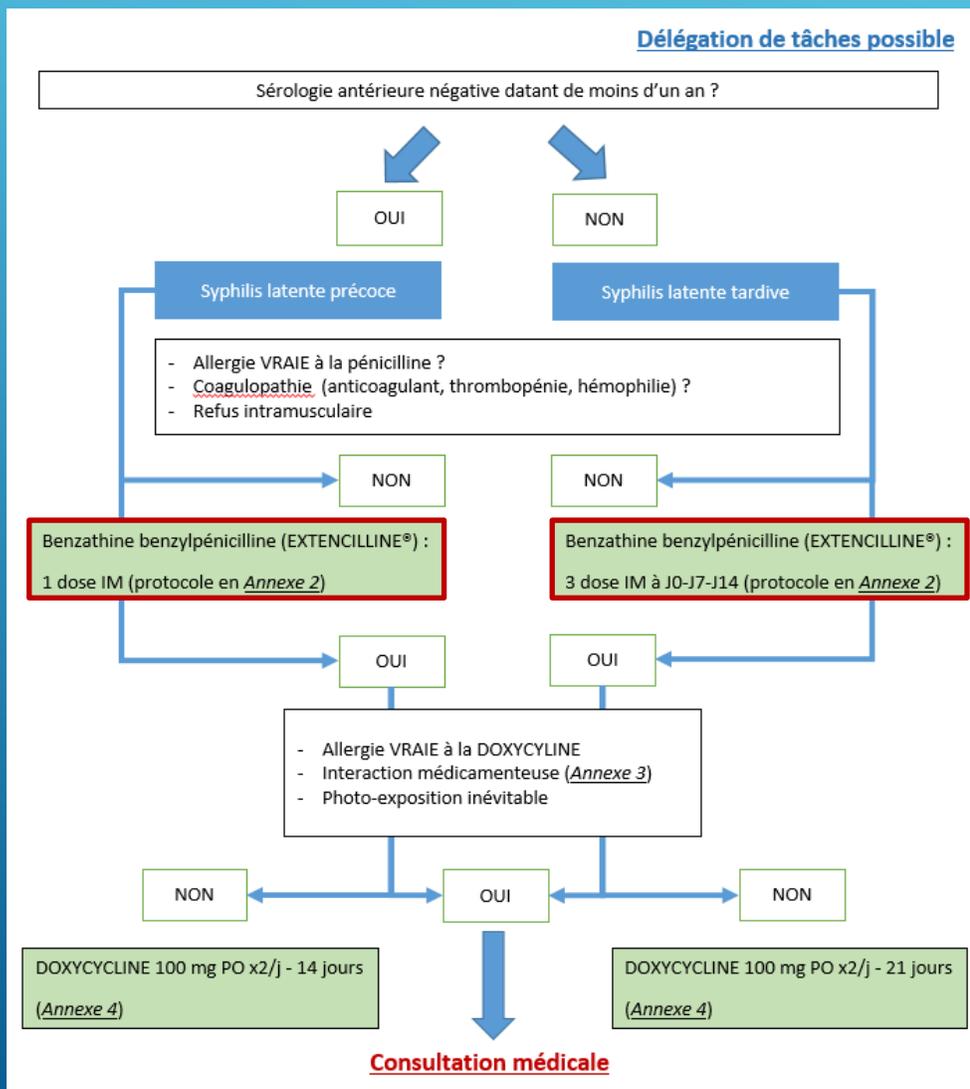
Alopécie

SYPHILIS

Délégation de tâches possible



SYPHILIS



Annexe 2 : Ordonnance et protocole - BENZATHINE BENZYL PENICILLINE (EXTENCILLINE®) :

1 / **EXTENCILLINE IM 2.4 Millions d'unités** avec solvant (8ml) :

1 injection

En intramusculaire profond strict

2 / **XYLOCAÏNE 1% solution injectable** : 1 flacon de 200mg/20ml.

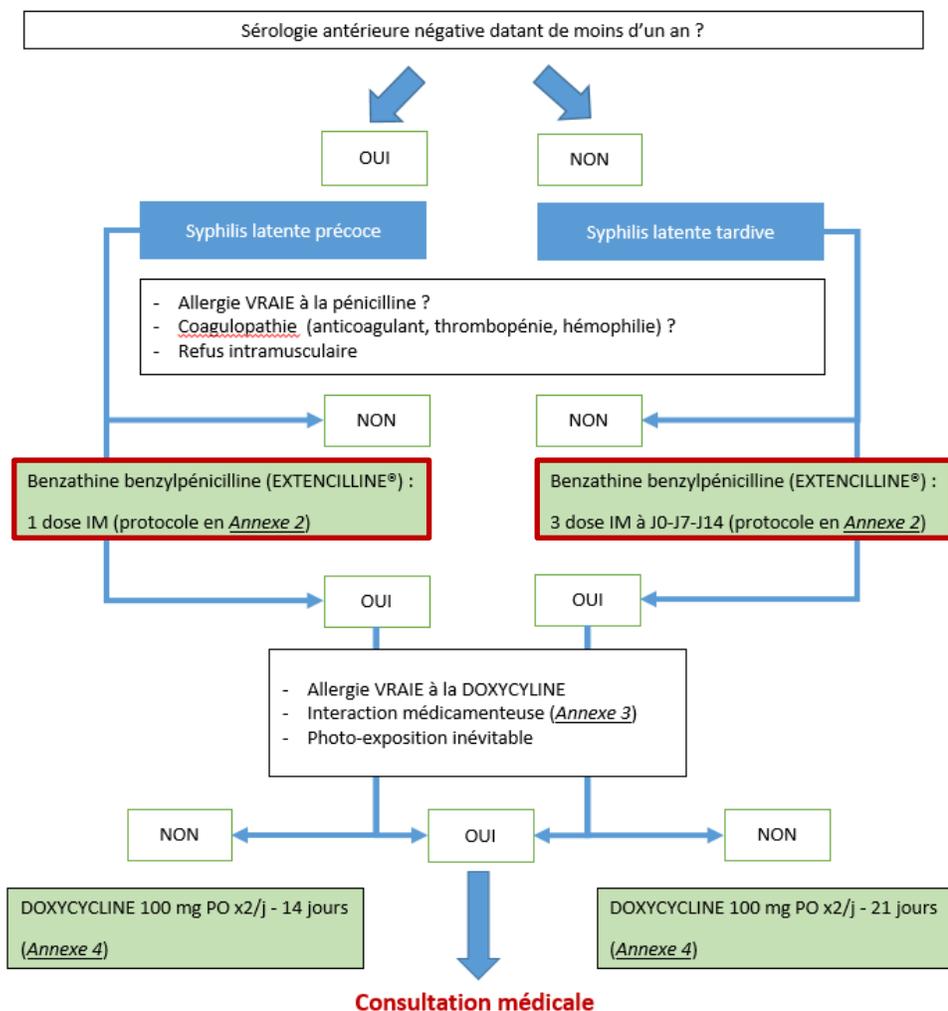
Le volume total de dilution est de 11ml et est constitué :

De 4 ml du solvant délivré avec l'EXTENCILLINE (EPPI)

De 7 ml de XYLOCAÏNE 1%

SYPHILIS

Délégation de tâches possible



Matériel

- 1 flacon de 2,4 MUI ou 2 flacons de 1,4 MUI de Benzathine Benzylpénicilline
- 1 flacon de lidocaïne à 1% (200 mg/20 ml)
- 1 seringue de 10 ml (pour pression suffisante)
- 1 aiguille pour prélèvement : bouchon, beige, rose, G19, G18
- 1 aiguille IM verte 21 G pour injection, à adapter à la morphologie du patient

Préparation et injection

La suspension doit être préparée aseptiquement.

Le patient au préalable installé en position allongée.

Désinfecter le quart supéro-externe du fessier.

1. Prélever 7 ml de lidocaïne à l'aide d'une seringue de 10 ml et de l'aiguille de prélèvement.
2. Injecter la totalité du volume dans le flacon d'EXTENCILLINE® à 2,4 MUI.
Agiter cette suspension soigneusement durant au moins 20 secondes jusqu'à dissolution complète du produit et utiliser la suspension immédiatement dès qu'elle est préparée.
3. Prélever la totalité du volume du flacon d'EXTENCILLINE® à 2,4 MUI à l'aide de la seringue de 10 ml et de l'aiguille de prélèvement.
4. Changer l'aiguille (aiguille verte pour injection IM), purger puis injecter la totalité du volume en IM (muscle fessier). L'injection doit être effectuée, en maintenant une faible pression constante.

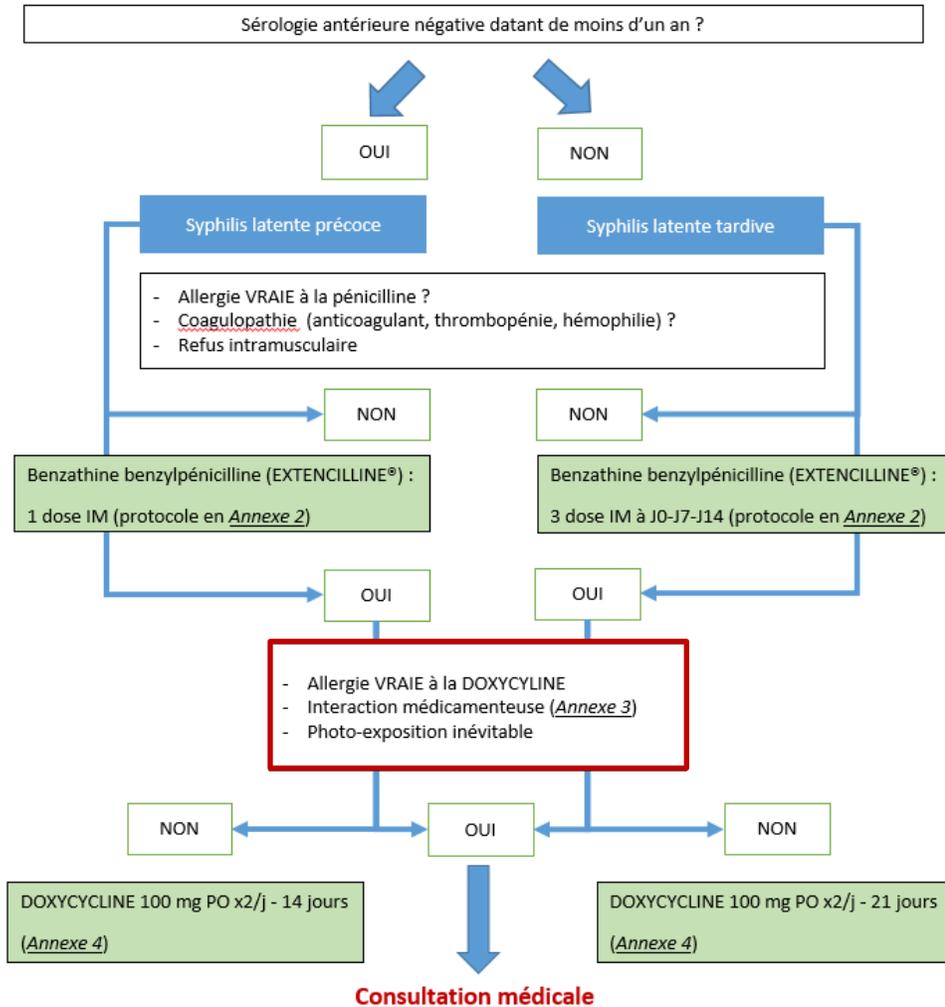
Surveillance

Surveillance clinique de 15 minutes.

COREVIH CVL

SYPHILIS

Délégation de tâches possible



Annexe 3 : Liste des interactions médicamenteuses à risques en association avec la DOXYCYCLINE

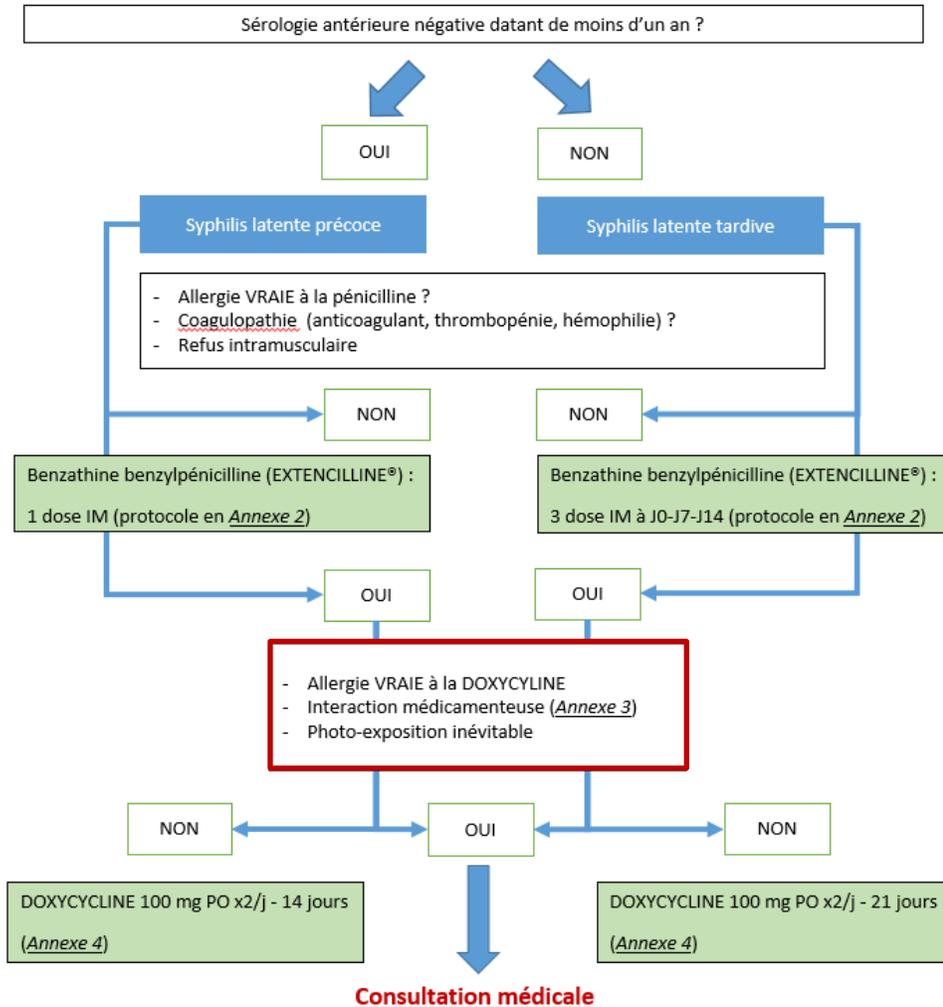
1. Associations contre-indiquées

+ Rétinoïdes (voie générale)

Risque d'hypertension intracrânienne.

SYPHILIS

Délégation de tâches possible



2. Associations faisant l'objet de précautions d'emploi

+ Antivitamines K

Augmentation de l'effet de l'antivitamine K et du risque hémorragique.

Contrôle plus fréquent de l'INR.

+ Anticonvulsivants inducteurs enzymatiques

Diminution des concentrations plasmatiques de la doxycycline par augmentation de son métabolisme hépatique (phénobarbital, primidone, carbamazépine, phénytoïne).

Surveillance clinique et adaptation éventuelle de la posologie de la doxycycline.

+ Ciclosporine

La doxycycline peut augmenter les concentrations plasmatiques de la ciclosporine. La co-administration de doxycycline et de ciclosporine ne doit être réalisée qu'avec une surveillance appropriée.

+ Fer (sels de), voie orale

Diminution de l'absorption digestive des cyclines et du fer (formation de complexes).

Prendre les sels de fer à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible).

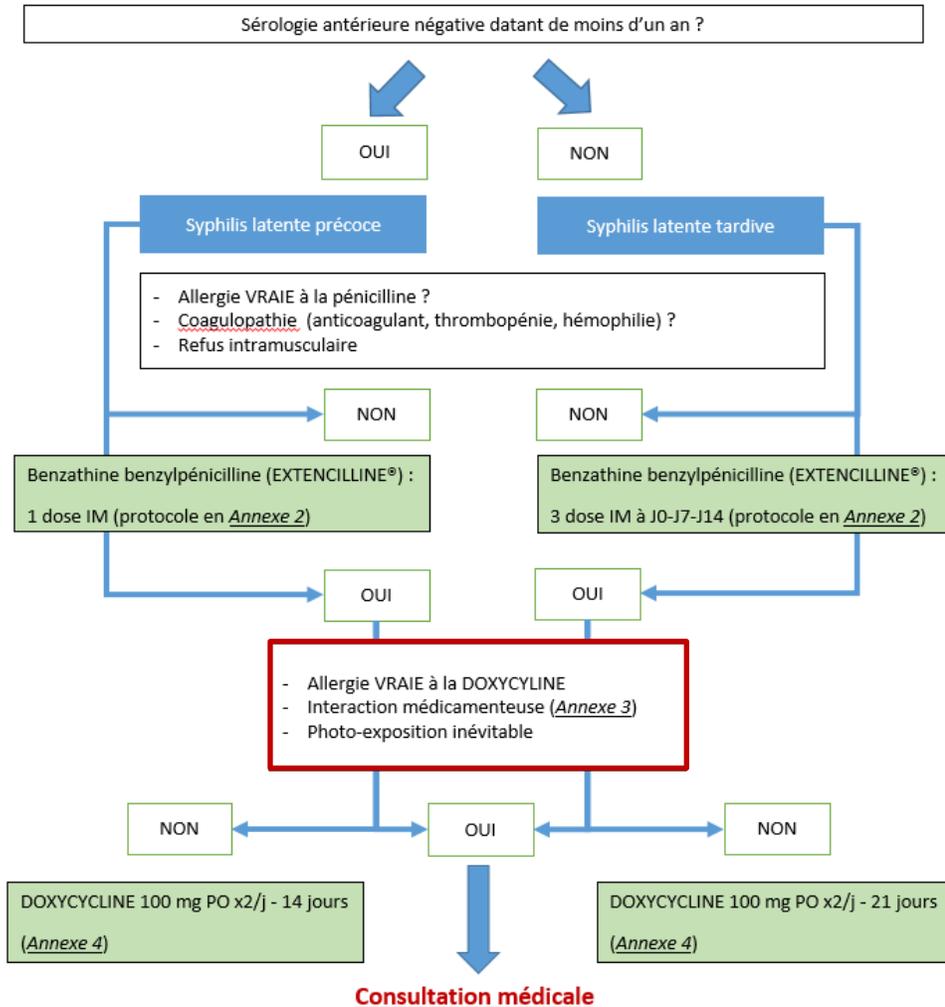
+ Topiques gastro-intestinaux (sels, oxydes, hydroxydes de magnésium, d'aluminium et de calcium), antiacides et adsorbants

Diminution de l'absorption digestive des cyclines.

Prendre les topiques gastro-intestinaux, antiacides ou adsorbants à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible).

SYPHILIS

Délégation de tâches possible



3. Associations à prendre en compte

+ Alcool

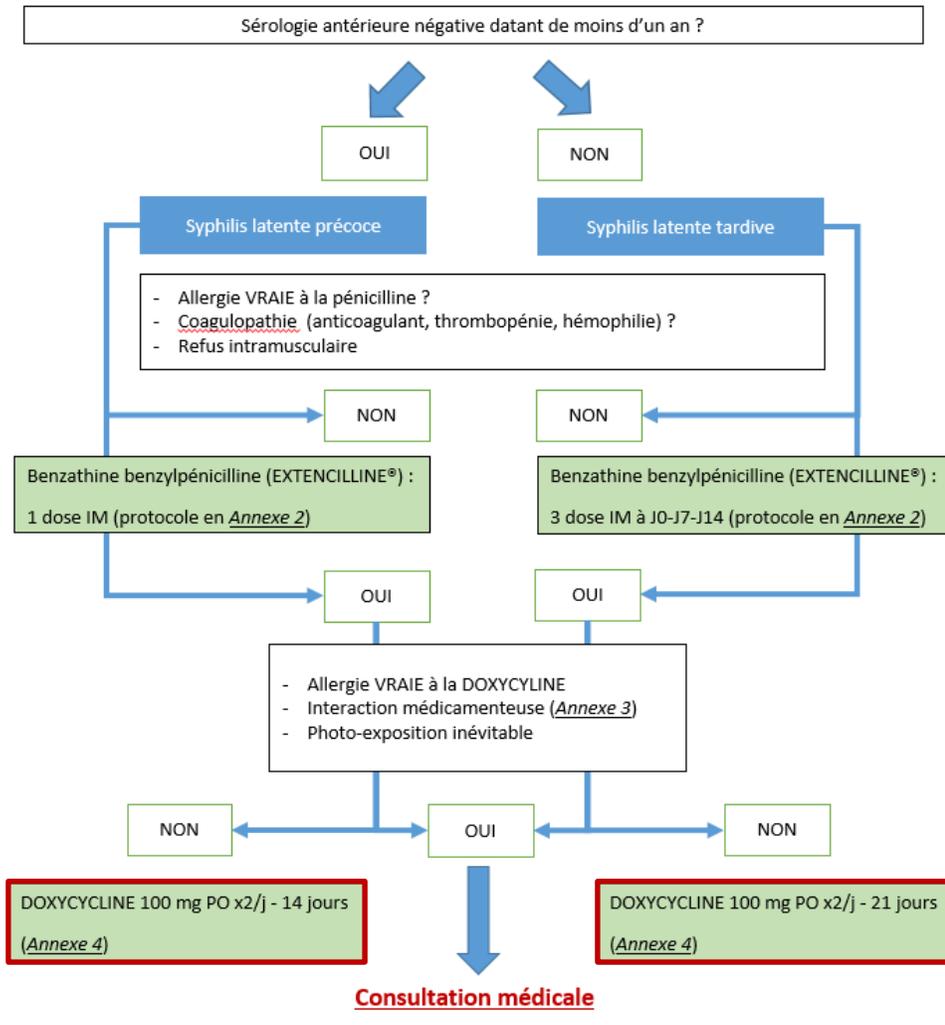
L'alcool peut diminuer la demi-vie de la doxycycline.

+ Contraceptif oral

Risque de diminution d'efficacité de la contraception

SYPHILIS

Délégation de tâches possible

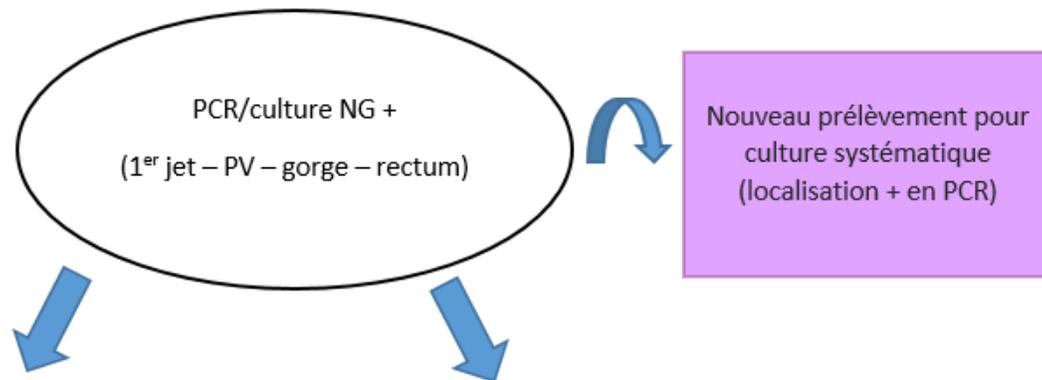


Annexe 4 : Ordonnance de DOXYCYCLINE

DOXYCYCLINE 100 mg matin et soir, à prendre avec un grand verre d'eau, au moins 2h avant le coucher. Ne pas s'allonger dans l'heure après la prise.

Evitez l'exposition prolongée au soleil et assurez une photo protection (port de chapeau couvrant et crème solaire) en période estivale pendant la durée de votre traitement par DOXYCYCLINE.

GONOCOQUE



- Symptômes :

- Fièvre,
- Urétrite, pharyngite, rectite,
- Douleurs abdominopelviennes, dyspareunie (femme)
- Conjonctivite
- Arthromyalgies/artrites récentes (<1 mois)

- PVVIH

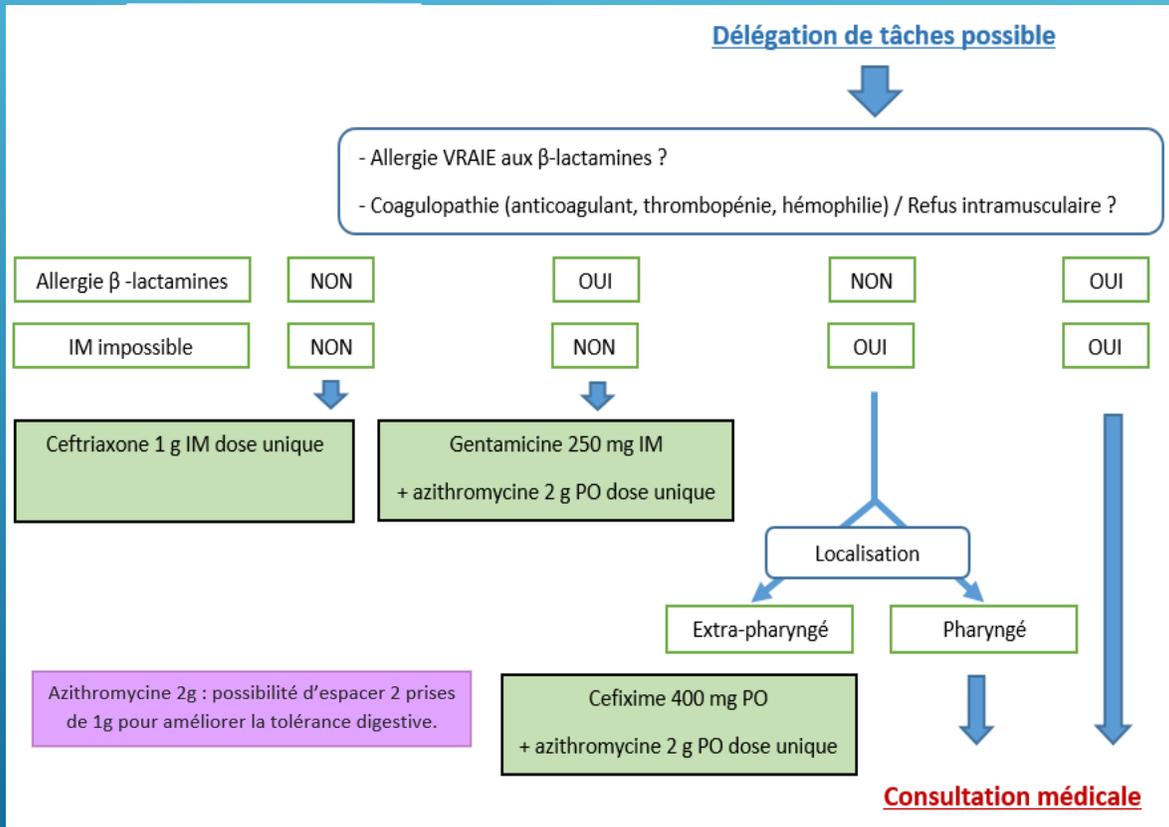
- Age < 18 ans
- Grossesse en cours
- Information judiciaire en cours (cas index/partenaire)

Consultation médicale

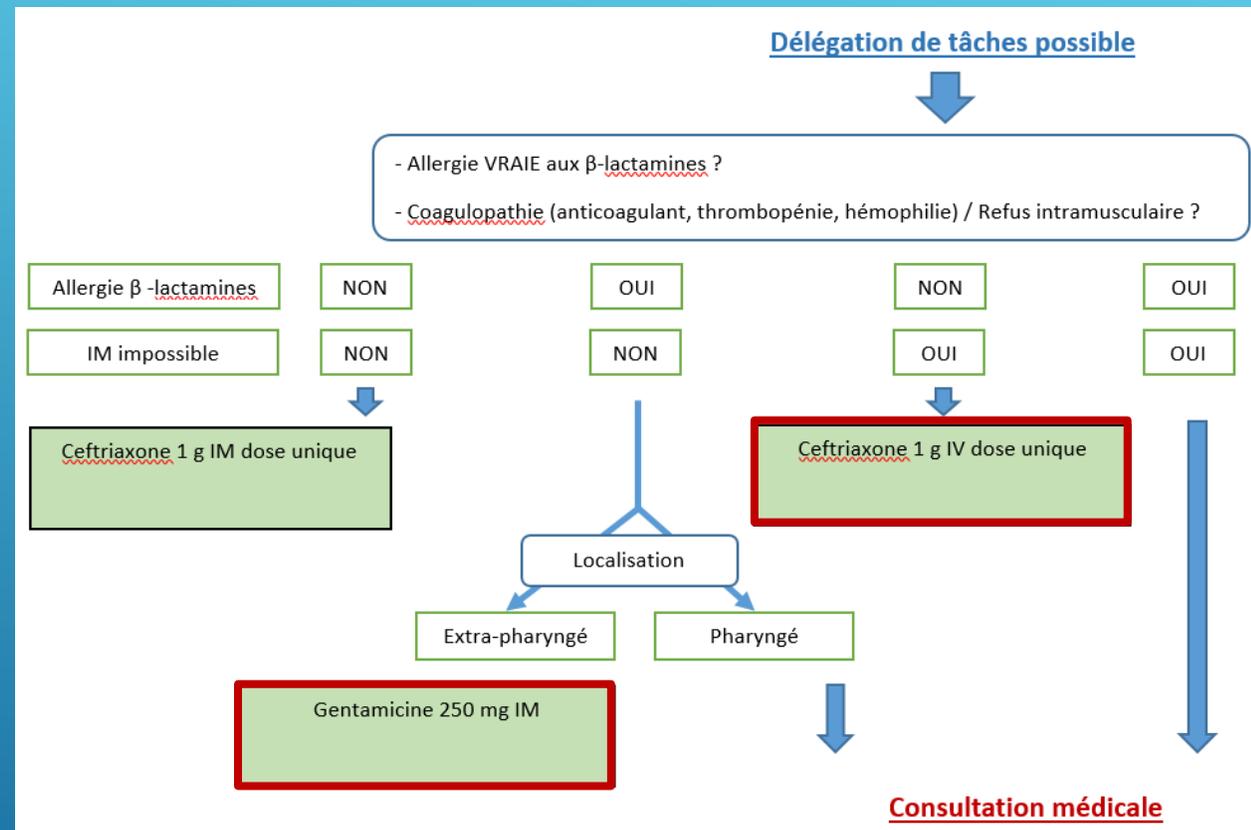
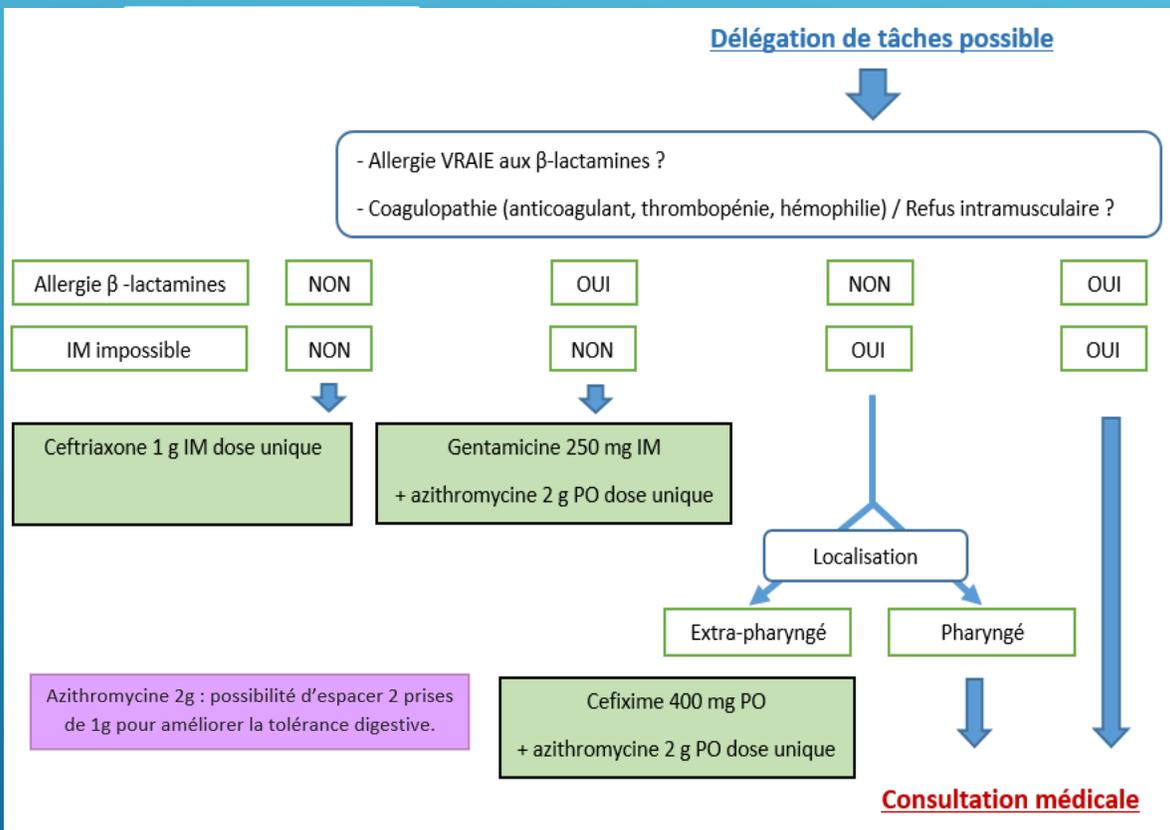
Aucun de ces critères

Délégation de tâches possible

GONOCOQUE



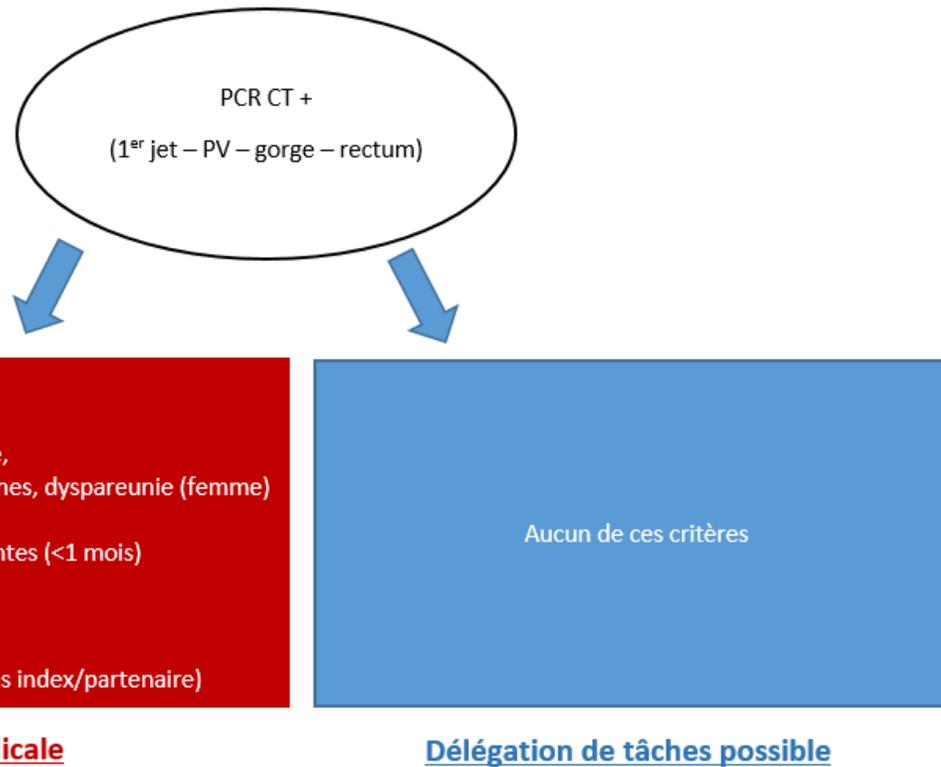
GONOCOQUE



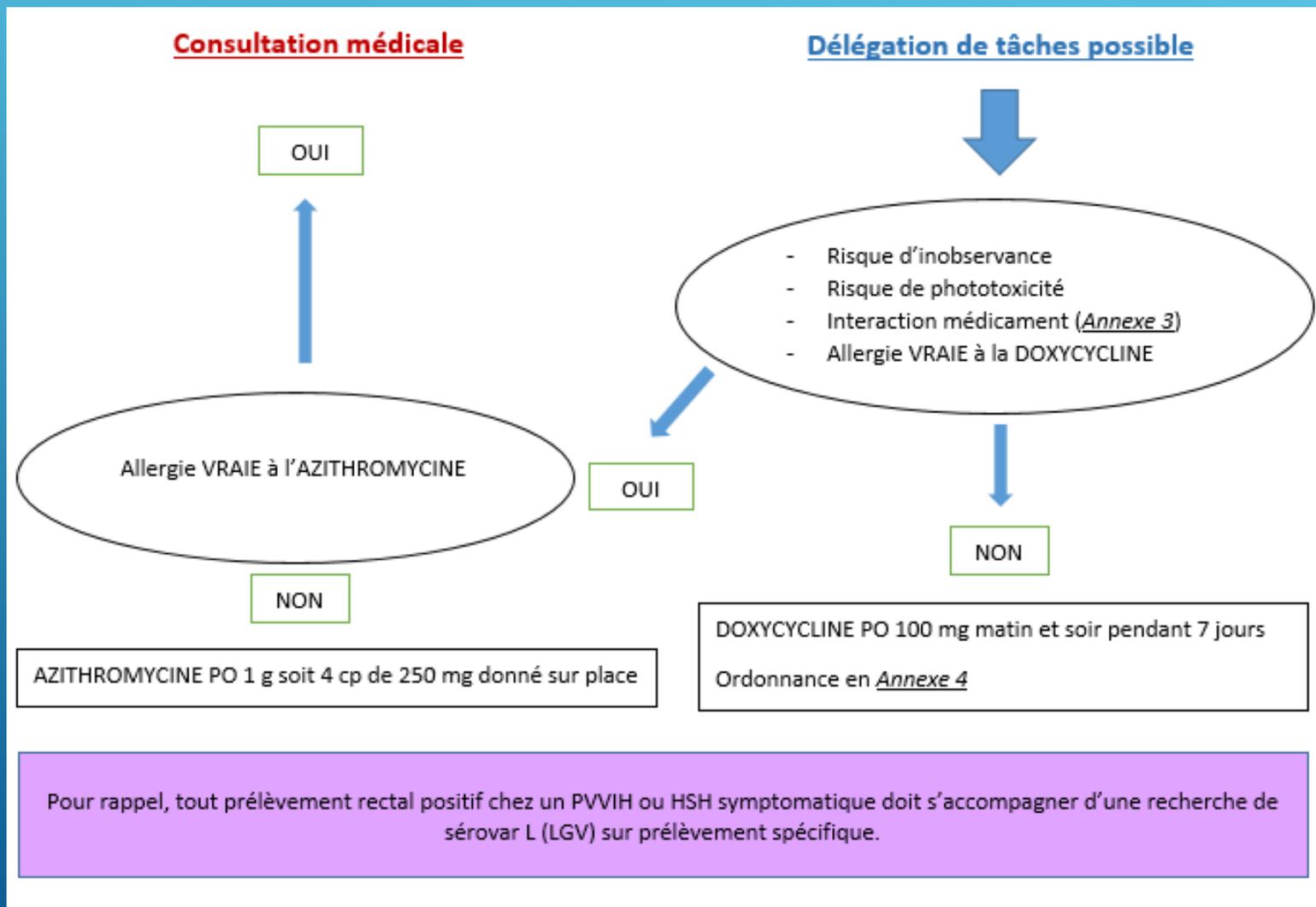
D'après IUSTI 2020

D'après SNFCP 2019

CHLAMYDIA



CHLAMYDIA



POUR TOUTES IST

Tracer dans le dossier
SSP du patient

Conseils donnés :

Rapports sexuels protégés jusqu'à 7 jours après la dernière dose

Dépistage et traitement des partenaires (Annexe 5)

Test de guérison (Annexe 6)

Annexe 5 : Dépistage et traitement des partenaires

Idéalement, un dépistage doit être proposé à l'ensemble des partenaires depuis le dernier test diagnostique négatif (PCR NG et/ou CT négative, TTA négatif ou nadir RPR), et à défaut :

- Des **6 derniers mois** pour une infection à CT,
- Des **3 derniers mois** pour une infection à NT,
- Des **24 derniers mois** pour une syphilis latente précoce,
- De **l'ensemble de la vie sexuelle** pour une syphilis latente tardive.

Tout dépistage réalisé dans le cadre d'une délégation de tâches doit respecter les règles de confidentialité, et notamment l'anonymat du cas index.

POUR TOUTES IST

Tracer dans le dossier
SSP du patient

Conseils donnés :

Rapports sexuels protégés jusqu'à 7 jours après la dernière dose

Dépistage et traitement des partenaires (Annexe 5)

Test de guérison (Annexe 6)

Favoriser dépistage et traitement uniquement si résultats positifs à privilégier si :

- Partenaire réticent à l'initiation d'un traitement,
- Partenaire asymptomatique,
- Pas de difficulté de suivi attendu,
- Pas de sexe en groupe,
- Partenaire(s) déclarant peu de partenaires.

Favoriser dépistage et traitement d'emblée des partenaires à privilégier si :

- Partenaire testé positif,
- Partenaire symptomatique (traitement probabiliste),
- Difficulté de suivi attendu (faible disponibilité, itinérance, ect...),
- Sexe en groupe,
- Partenaire(s) déclarant de nombreux multipartenaire(s).

POUR TOUTES IST

Tracer dans le dossier
SSP du patient

Conseils donnés :

Rapports sexuels protégés jusqu'à 7 jours après la dernière dose

Dépistage et traitement des partenaires ([Annexe 5](#))

Test de guérison ([Annexe 6](#))

Annexe 6 : Test de guérison (test of cure)

1. Pour CT, le test de guérison n'est pas systématique, la plupart des indications s'inscrivant dans le cadre d'une consultation médicale (traitement de deuxième ligne, c'est-à-dire hors DOXYCYCLINE et AZITHROMYCINE, infection compliquée, grossesse en cours). Dans le cadre de la délégation de tâches, un test de guérison peut néanmoins être proposé 4 semaines après la fin du traitement selon les critères suivants :
 - Patient toujours symptomatique,
 - Défaut de compliance attendu,
 - Traitement par AZITHROMYCINE pour une infection rectale à CT.

Dans tous les cas, un nouveau test diagnostique peut être proposé 3 à 6 mois après le traitement, pour vérifier l'absence de réinfection.

2. Pour NG, un test de guérison est à proposer systématiquement 7 jours après le traitement.
3. Pour *T. pallidum*, un suivi sérologique à M3-M6-M12 est à proposer systématiquement

REFERENCES

1. Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočnik M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021 Mar;35(3):574-588. Epub 2020 Oct 22. PMID: 33094521
2. Horner PJ, Blee K, Falk L, van der Meijden W, Moi H. 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis. *Int J STD AIDS*. 2016 Oct;27(11):928-37. Epub 2016 May 4. PMID: 27147267.
3. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. *Int J STD AIDS*. 2016 Apr;27(5):333-48. Epub 2015 Nov 24. PMID: 26608577.
4. Unemo M, Ross J, Serwin AB, Gomberg M, Cusini M, Jensen JS. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS*. 2020 Oct 29:956462420949126. Epub ahead of print. PMID: 33121366.
5. Tiplica GS, Radcliffe K, Evans C, Gomberg M, Nandwani R, Rafila A, Nedelcu L, Salavastru C. 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Jul;29(7):1251-7. Epub 2015 May 7. PMID: 25951082.

Remerciements :
Dr V. BARRY-PERDEREAU
(Pharmacie Hospitalière CHB)

EN CONCLUSION

- Outil de référence prévu pour le CeGIDD41,
- Ne se substitue pas à la relation IDE-médecin ,
- Mais fluidifie la prise en charge des IST asymptomatiques,
- ... à améliorer selon vos remarques et commentaires !

QUESTIONS EN SUSPENS :

- Comment bien définir les allergies (péni ou BL, vrai allergie ou non)?
- Guidance devant un taux RPR non aux objectifs
- Protocole NG : stratégie ATB
- Pas de protocole MG (mais non recherché si asymptomatique)

