



Actualités en prophylaxie anti-infectieuse

Journée régionale des référents en antibiothérapie bretons

10/06/2021

Dr REZIG Scheherazade

Service Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU BREST

De quoi parle-t'on?

Prophylaxie antibactérienne

Prophylaxie antivirale

~~Prophylaxie antifongique~~

Prophylaxie antiparasitaire

Prophylaxie antibactérienne

Antibioprophylaxie dans les biopsies de prostate par voie endorectale



2011

Monodose de FQ 1 à 2h avant le geste (ofloxacine 400mg ou ciprofloxacine 500mg)



↗ taux de résistance bactérienne aux FQ (*E.Coli*)



↗ taux de complication infectieuse post-biopsie

Halpern et al, J Urol 2017
Aly et al, Prostate 2015
Carignan et al, Eur Urol 2012
Loeb et al, J Urol 2011

Privilégier voie trans-périnéale
Ne pas utiliser de FQ

STRONG



2017

Si voie transrectale, privilégier prophylaxie:

- guidée par écouvillonnage rectal ou
- combinaison molécules ATB ou
- ATB alternatif: Fosfomycine-Trométamol, Cephalosporine, Aminoside

WEAK



2021

	Strength rating
Antibiotic prophylaxis is recommended prior to biopsies	Strong

Monodose de FQ 1 à 2h avant le geste

Fosfomycine-Trometamol ?

1 méta-analyse: incluant 3 essais randomisés/2 étude rétrospective

Noreikaite et al, 2018

Van Besien et al, Int J Urol 2019
Kiza et al, Int Braz J Urol 2017
Fahmy et al, Arab J Urol 2016
Sen et al, Can Urol Assic J 2015
Lista et al, Actas Urol Esp 2014

Essai ouvert vs FQ
 Schéma, durée
 d'administration et
 délai avant procédure
 différents

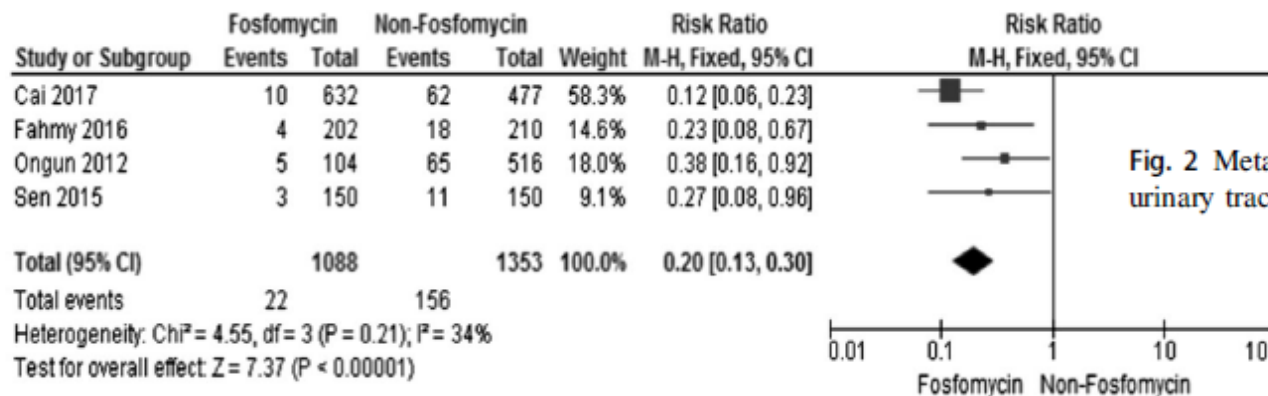


Fig. 2 Meta-analysis of overall urinary tract infections

1 dose ?

Quel schéma d'administration?

2 doses à 48h d'intervalle = 3 doses à 48h d'intervalle

D'Elia et al, Urol Int 2019

Monodose orale 3g

Quand l'administrer?

-1 à 4h avant la procédure
 -La veille de la procédure

Rhodes et al, J Antimicrob Chemother 2015
Gardiner, Clin Infect Dis 2013
Roussos et al, Int J Antimicrob Agent 2009

Fosfomycin-trometamol (FT) or fluoroquinolone (FQ) as single-dose prophylaxis for transrectal ultrasound-guided prostate biopsy (TRUS-PB): A prospective cohort study

Cohorte
prospective
monocentrique

International Journal of Infectious Diseases 102 (2021) 269–274

141 groupe FQ

N=222

81 groupe FT

Choix de la molécule laissé au soin du clinicien en charge

Table 2

Prevalence and incidence of primary and secondary clinical endpoints.

Clinical endpoints ^b	FQ-arm n= 116	FT-arm n= 81	Total n= 197	RR ^a	95%CI	p-value
Post-TRUS-PB UTI	17/116 (15%) (95%CI, 10–17%)	7/81 (9%) (95%CI, 5–13%)	24/197 (12%) (95%CI, 8–17%)	0.55	(0.22–1.40)	0.209
Post-TRUS-PB microbiologically documented UTI	6/116 (5%) (95%CI, 2–8%)	1/81 (1%) (95%CI, 0–3%)	7/197 (4%) (95%CI, 1–6%)	–		
Post-TRUS-PB antibiotic intake	14/116 (12%) (95%CI, 8–17%)	7/81 (9%) (95%CI, 5–13%)	21/197 (11%) (95%CI, 6–15%)	0.70	(0.27–1.82)	0.462
Post-TRUS-PB hospitalization (all causes)	13/116 (11%) (95%CI, 7–16%)	3/81 (4%) (95%CI, 1–6%)	16/197 (8%) (95%CI, 4–12%)	0.30	(0.08–1.11)	0.071
Post-TRUS-PB hospitalization (due to UTI)	9/116 (8%) (95%CI, 4–11%)	1/81 (1%) (95%CI, 0–3%)	10/197 (5%) (95%CI, 2–8%)	0.15	(0.02–1.20)	0.073
Post-TRUS-PB adverse events	36/116 (31%) (95%CI, 25–37%)	28/81 (36%) (95%CI, 28–41%)	64/197 (32%) (95%CI, 26–39%)	1.17	(0.64–2.15)	0.602

→ Pas de différence significative entre FT et FQ

→ limites:

-définition du critère de jugement principal

-schéma de l'étude (intérêt d'un score de propension pour la question posée)

Aminoside ?

Aucune étude évaluant l'impact d'une monothérapie d'aminoside dans cette indication (Uniquement des études FQ vs FQ+aminoside)

En France,

- Probable place de Fosfomycine-trometamol dans l'antibioprophylaxie empirique des biopsies prostatiques VS Antibioprophylaxie guidée par écouvillonnage rectal
- Actuellement pas de recommandation concernant l'utilisation de FT par AFU / SPILF/ ANSM

Clinical Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE



High Prevalence and High Rate of Antibiotic Resistance of *Mycoplasma genitalium* Infections in Men Who Have Sex With Men: A Substudy of the ANRS IPERGAY Pre-exposure Prophylaxis Trial

Décembre 2020

Intêret d'une prophylaxie post-exposition par doxycycline dans la prévention des IST à *M.genitalium* chez les HSH sous PREP ?



Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial

Lancet Infect Dis 2018;
18: 308-17

Schéma: Essai randomisé en ouvert/ Suivi=10 mois

CJP: Survenue d'une IST (gono/chlam/syphilis) durant le suivi

Objectif: Evaluer si une prophylaxie post-exposition (PPE) par doxycycline diminue l'incidence des IST

HSH ≥18 ans utilisant la PREP

116
Doxycycline 200mg
24h post RS

n=232

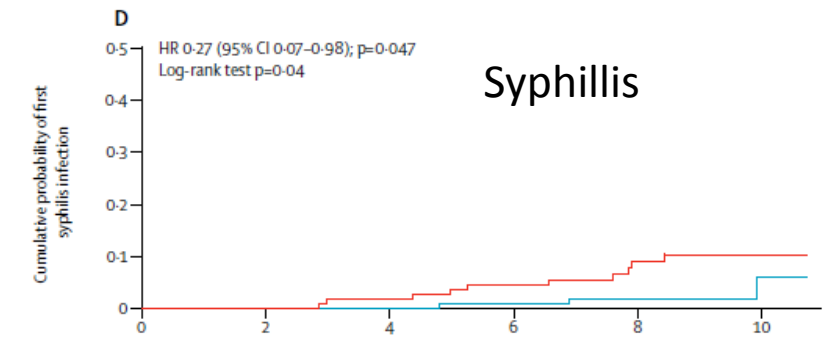
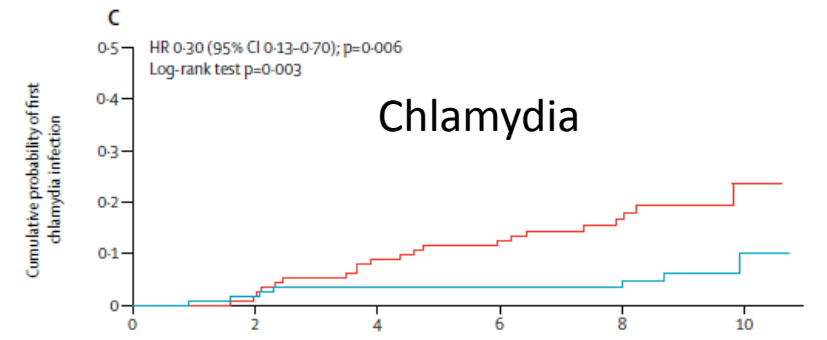
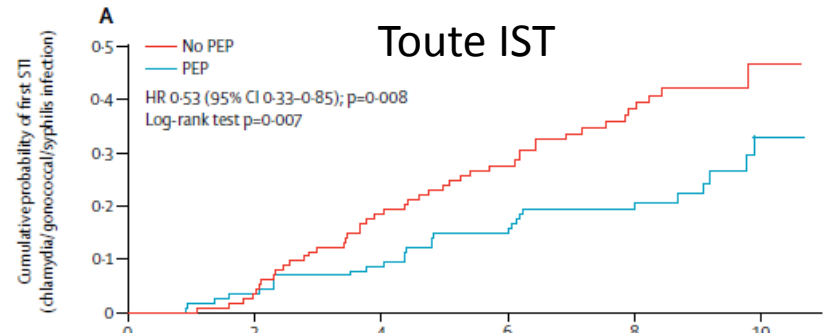
116
Pas de prophylaxie

Sexual risk factors at screening	PPE	Pas de PPE
Number of partners in past 2 months	10 (5-15)	10 (5-20)
Number of sexual intercourse acts in past 4 weeks	10 (5-15)	10 (4-20)
Number circumcised (%)	28 (24%)	21 (18%)
★ STIs diagnosed at screening ‡	22 (19%)	16 (14%)

	Doxycycline PEP	No PEP
2 months	111/116 (96%)	107/114 (94%)
4 months	112/116 (97%)	109/114 (96%)
6 months	106/114 (93%)	105/111 (95%)
8 months	99/101 (98%)	91/97 (94%)
10 months	45/46 (98%)	42/42 (100%)

PEP=post-exposure prophylaxis.

Table 1: Bi-monthly visit attendance in both groups



High Prevalence and High Rate of Antibiotic Resistance of *Mycoplasma genitalium* Infections in Men Who Have Sex With Men: A Substudy of the ANRS IPERGAY Pre-exposure Prophylaxis Trial

N=210 participants
85% ont terminé le suivi

Objectif: Evaluer l'impact d'une PPE par doxycycline sur l'incidence des IST à *Mycoplasma genitalium*

HSH ≥ 18 ans sous PREP

Survenu d'infection à *M.genitalium*: 7 dans le groupe PPE et 4 dans le groupe sans prophylaxie

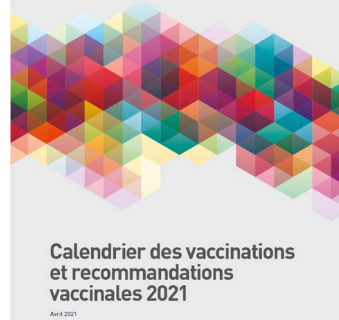
Table 2. Prevalence of *Mycoplasma genitalium* Infection at Baseline and at 6 Months in Men Who Have Sex With Men on Pre-exposure Prophylaxis With or Without Post-prophylaxis With Doxycycline

Participants with Positive PCR	Prevalence of MG at Baseline			Prevalence of MG at 6 Months			P ^a
	Global Prevalence, % [95% CI]	PEP, n/N (%)	No PEP, n/N (%)	Global Prevalence, % [95% CI]	PEP, n/N (%)	No PEP, n/N (%)	
Urine	6.3 [3.4–10.6]	6/103 (6)	7/102 (7)	5.8 [2.8–10.4]	4/87 (4.6)	6/86 (7.0)	.51
Anus	4.3 [1.9–8.6]	3/93 (3)	5/91 (5)	5.3 [2.5–9.9]	6/87 (6.9)	3/82 (3.7)	.50
Throat	.5 [.01–2.8]	0/99 (0)	1/98 (1)	.6 [.01–3.2]	1/89 (1.1)	0/85 (0)	1.00
Total (patients)	10.5 [6.7–15.4]	9/107 (8)	13/103 (13)	9.9 [6.1–15.0]	10/98 (10.2)	9/94 (9.6)	.89

DONC

- pas d'impact de la PPE par doxycycline en terme de diminution de l'incidence d'IST à *M.genitalium* (mais on s'y attendait...) ou de la prévalence du portage asymptomatique (qui est importante)
- vient appuyer les recommandations de ne pas dépister le portage asymptomatique .

Prophylaxie antivirale



Recommandations générales

La vaccination est recommandée **pour toutes les jeunes filles et pour tous les garçons** âgés de 11 à 14 ans révolus. La vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles et les jeunes garçons n'ont pas encore été exposés au risque d'infection par le HPV. L'une des doses de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains peut être co-administrée notamment avec le rappel diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite prévu entre 11 et 13 ans ou avec un vaccin contre l'hépatite B, ainsi qu'avec le vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans le cadre du rattrapage vaccinal.

Par ailleurs, dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les deux sexes entre 15 et 19 ans révolus.

La recommandation de vaccination des garçons contre les infections à HPV susmentionnée est applicable depuis le 1^{er} janvier 2021.

Toute nouvelle vaccination doit être initiée avec le vaccin Gardasil 9[®]. Les vaccins ne sont pas interchangeables et toute vaccination initiée avec le Cervarix[®] doit être menée à son terme avec le même vaccin.

Schéma vaccinal

• Vaccin nonavalent (Gardasil 9[®]) :

Vaccination initiée chez les filles et chez les garçons :

- *Entre 11 et 14 ans révolus* : deux doses espacées de 6 à 13 mois.
- *Entre 15 ans et 19 ans révolus* : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.
- *Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes jusqu'à 26 ans révolus* : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Vaccin bivalent : (Cervarix[®]) : à utiliser uniquement chez les filles pour un schéma vaccinal initié avec ce vaccin

- *Entre 11 et 14 ans révolus* : deux doses espacées de 6 mois.
- *Entre 15 et 19 ans révolus* : trois doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois.

Vaccination HPV: ce qui pourrait changer...

Evaluation de l'impact d'une stratégie de vaccination HPV adjuvante en prévention des récurrences de lésions néoplasiques de haut grade du col utérin?









vaccines



Review

Adjuvant HPV Vaccination to Prevent Recurrent Cervical Dysplasia after Surgical Treatment: A Meta-Analysis

Violante Di Donato ¹, Giuseppe Caruso ^{1,*}, Marco Petrillo ^{2,3}, Evangelos Kontopantelis ⁴,
Innocenza Palaia ¹, Giorgia Perniola ¹, Francesco Plotti ⁵, Roberto Angioli ⁵, Ludovico Muzii ¹,
Pierluigi Benedetti Panici ¹ and Giorgio Bogani ⁶

11 études

→ Vaccination HPV adjuvante d'une chirurgie réduit le risque de récurrence (OR=0,35 IC95%[0,25-0,57]) de lésion CIN 2 ou +



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif au traitement post-exposition de la rage

3 juillet et 25 septembre 2020

Recommandation émise

4 SITUATIONS A RISQUE IDENTIFIEES

Importation illégale d'animaux ne respectant pas les exigences sanitaires



Exposition à un chiroptère en France métropolitaine



Exposition en zone d'enzootie et déclaration de la maladie au retour

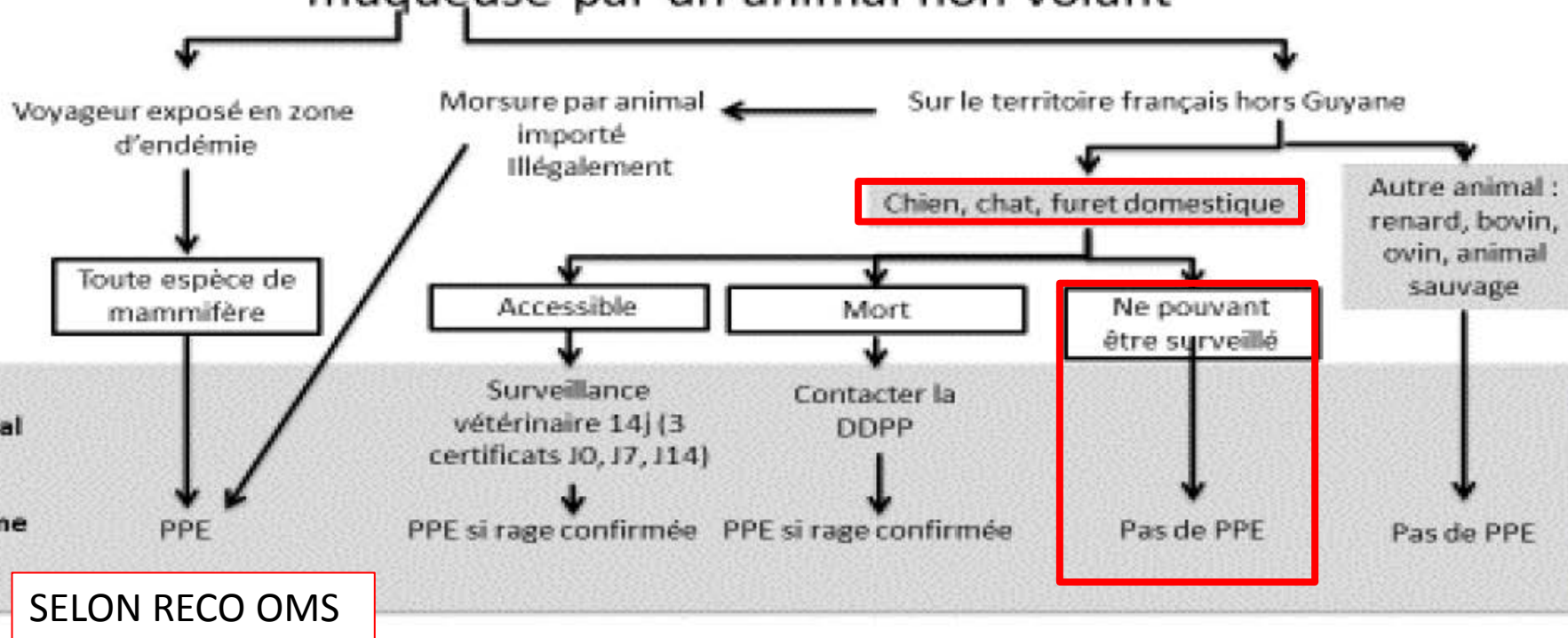
Exposition à la rage desmodine par des chauves-souris ou des animaux domestiques en Guyane



Recommandation émise

Prophylaxie rage post-exposition sur le territoire français hors Guyane

Conduite à tenir devant une morsure, griffure ou léchage sur muqueuse par un animal non volant



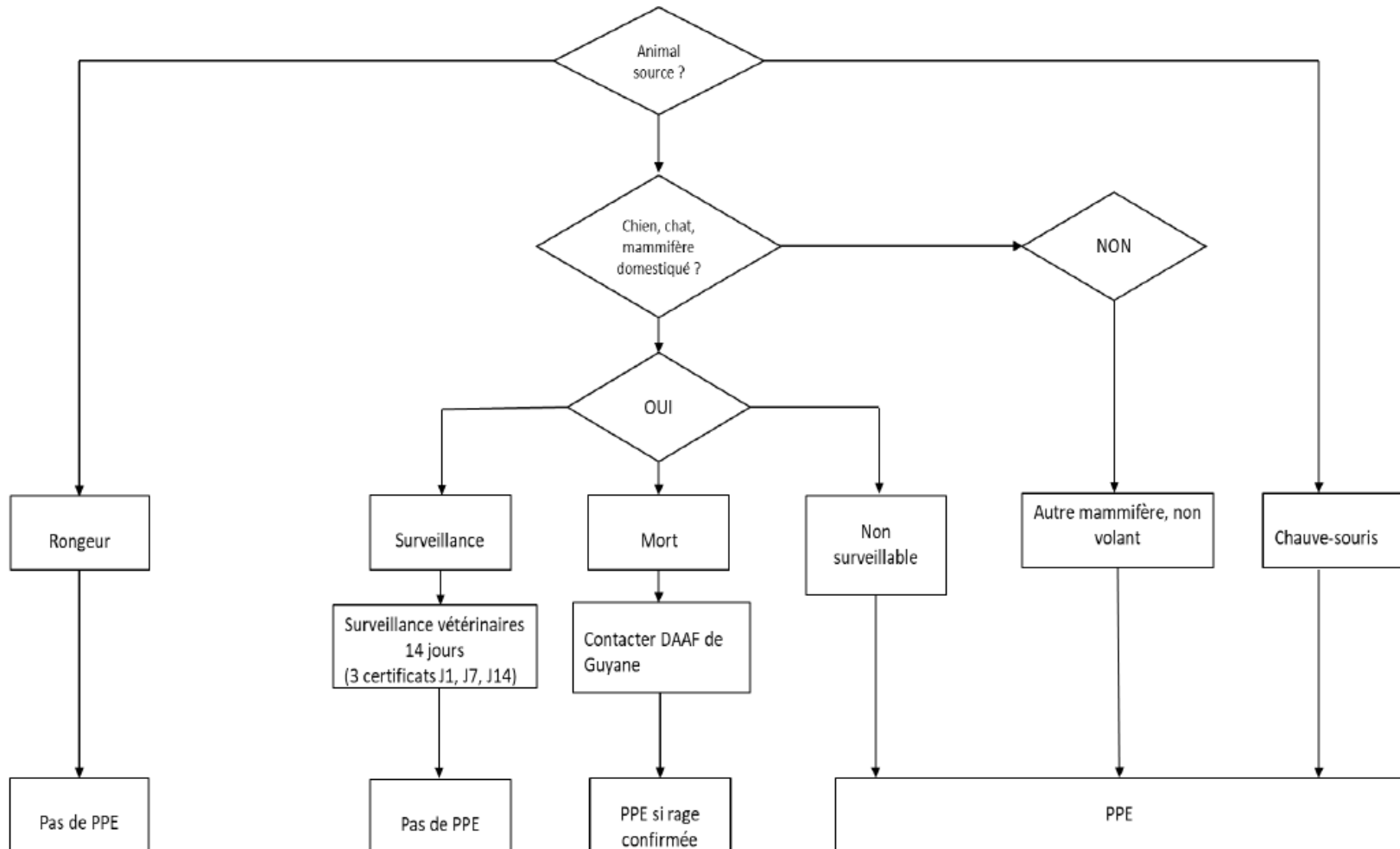
PPE: prophylaxie post-exposition; DDPP: direction départementale de la protection des populations

Morsure, griffure, léchage sur peau lésée ou muqueuse par chauve-souris= PPE

Recommandation émise

Prophylaxie rage post-exposition en Guyane

Prophylaxie post-exposition en Guyane



Recommandation émise

Modalités de PPE:

- Vaccins inactivés: vaccin rabique Pasteur/ Rabipur

IM Zagreb (2-1-1) J0,J7 J21
Essen réduit (1-1-1-1) : J0, J3,J7, J14-J28
Essen (1-1-1-1-1): J0,J3,J7,J14,J28

ID Hors AMM, validée par HAS en 2018
Injection en 2 sites J0,J3,J7
1 dose=0.1ml de vaccin antirabique



- Sérothérapie antirabique: Imogam Rage 20 UI/kg

Prise en charge des personnes victimes de morsures animales en Bretagne

Première version de la procédure : 1998 - Version présentée : **version 7, juillet 2013**

Rédacteur : Cédric Arvieux

Relecteurs : Matthieu Revest, Pierre Tattevin, Christian Michelet

Destinataires : tous les médecins généralistes, les services d'urgences et les centres antirabiques de Bretagne

Textes de référence :

1. Conférence de consensus « plaies et morsures », 2005¹
2. Vaccination contre la rage et prophylaxie post exposition², Avis et rapport du Haut Conseil de la santé Publique, 22 février 2013
3. Recommandation pour la prévention de la rage, OMS 2010³
4. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique, BEH 14-15 du 19 avril 2013⁴.

SYNTHÈSE

Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire

Validée par le Collège le 15 avril 2021

- **Réponse rapide n°4** : afin de faciliter cette prescription, tout médecin peut faire la première prescription et le renouvellement de la PrEP : en ville, en CeGIDD, en centre de santé, à l'hôpital, en établissement social ou médico- social, ...

Prophylaxie antiparasitaire

Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2019
(à l'attention des professionnels de santé)

// Health recommendations for travellers, 2019 (for health professionals)

- Restriction d'utilisation de la chloroquine chez les femmes enceintes ou allaitante
- Tafénoquine
Non disponible en France.
- Mise en garde sur l'utilisation de l'Artemisia Annua

Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2020
(à l'attention des professionnels de santé)

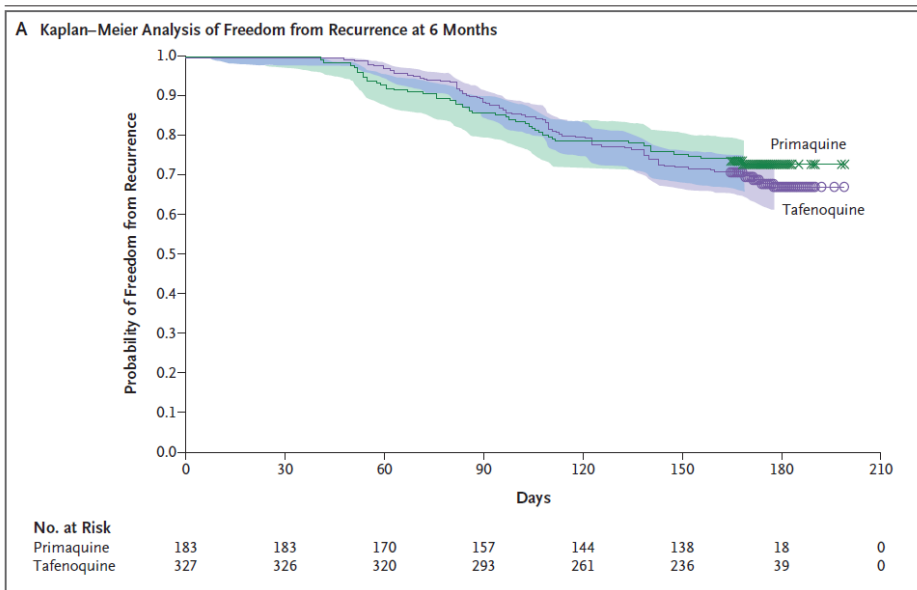
// Health recommendations for travellers, 2020 (for health professionals)

Retrait de la chloroquine-proguanil
de la liste des CPAP recommandées

- 8-aminoquinoline
- Recommandé USA /Australie:
 - Chimio prophylaxie anti-palustre: 1 prise hebdomadaire
 - Prévention de la reviviscence à *P.vivax* par traitement radical
- Contre indication: Déficit en G6PD

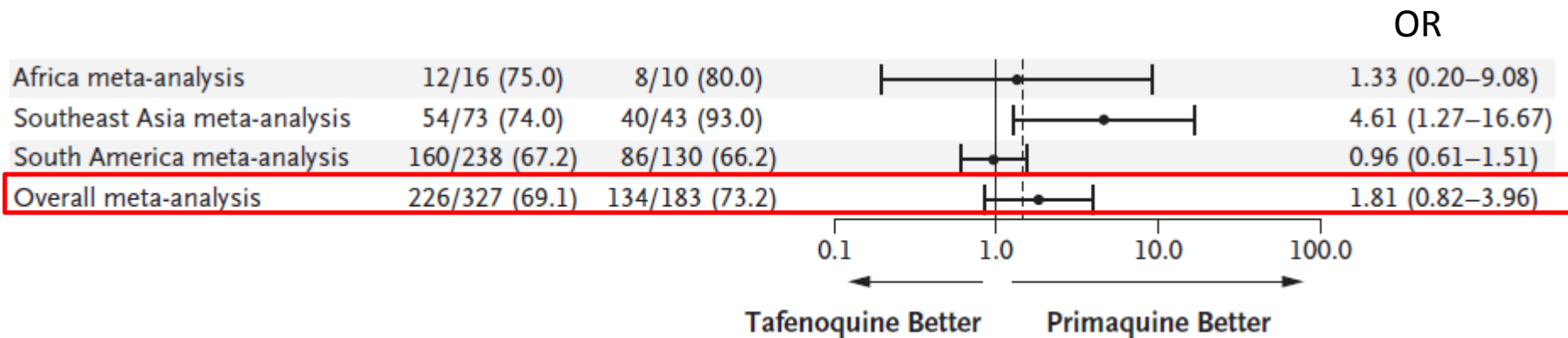
Tafenoquine versus Primaquine to Prevent Relapse of *Plasmodium vivax* Malaria

Phase 3 double aveugle, non infériorité
 Pop: Accès palustre documenté *P.vivax*
 Monodose de tafénoquine 300mg VS
 primaquine 15mg/j pendant 14j



CJP efficacité : Non infériorité de la tafénoquine VS primaquine en terme de récurrence à 6 mois

CJP sécurité: Pas de différence en terme de diminution du taux d'hémoglobine
 Diff=1.2% (IC95% [-4.2 à 5])



Review

Tafenoquine and G6PD: a primer for clinicians

Table 3. Eligibility for tafenoquine by sex and G6PD status

G6PD qualitative ^a	G6PD quantitative	Causal prophylaxis	Radical cure or PART
G6PD phenotype normal	Male, $\geq 70\%$ ^b	Can use TQ	Can use TQ
	Female, $\geq 70\%$		
G6PD phenotype abnormal	Female, $\geq 30\%$ to $< 70\%$ ^c	Cannot use TQ	Cannot use TQ ^d
	Male, $< 30\%$		
	Female, $< 30\%$		

- ➔ Avantage de la prise hebdomadaire en chimioprophylaxie antipalustre ➔ observance ++
- ➔ Profil de sécurité similaire à la primaquine
- ➔ Contrainte de la recherche du déficit en G6PD ?

Merci de votre attention