



# Info VIH

## Nord-Pas de Calais

Des professionnels de santé vous informent

Octobre 2001  
n°16

parution trimestrielle

SOMMAIRE

**MST/ Préservatif féminin/  
HEPATITES VIRALES et VIH**

**Editorial**

1-

### Editorial

Dr X. de la TRIBONNIERE  
Dr Y. YAZDANPANAH

Des alertes épidémiologiques ont été lancées il y a un an émanant d'hôpitaux de Paris, Nice et Tourcoing, afin de signaler la recrudescence de cas de syphilis. Ces observations sont maintenant confirmées par la plupart des centres spécialisés en France.

2-

### Maladies sexuellement transmissibles : le retour

Dr V. BACLET

Cette réémergence épidémique s'accompagne de celle d'autres maladies sexuellement transmissibles comme la gonococcie (ou blennorragie) et justifie la publication dans ce numéro d'un article spécifique sur ce sujet.

3-

### Le Préservatif féminin

Dr J.F. BERVAR  
Dr C. MANESSIEZ

Qui dit transmission d'agent syphilitique ou gonococcie dit potentiel risque d'être contaminé par le VIH ou de contaminer autrui. Or, après une diminution régulière depuis 1995 du nombre de personnes contaminées par le VIH, on assiste depuis deux ans à une augmentation du nombre de nouveaux cas, partout en France mais surtout en Ile de France.

4-

### Hépatite B et C et infection à VIH : en pratique

Dr. X. de la TRIBONNIERE  
Dr. F. AJANA

Cette augmentation touche les deux sexes, plus particulièrement les hommes homosexuels, les personnes hétérosexuelles à partenaires multiples et les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne. Cependant, le risque ne se limite pas aux groupes de personnes précités.

5-

### Annoncer ou non sa séropositivité

S. BAR

6-

### L'aide à domicile

A. DUMONTIER  
V. FEHAM

La recrudescence des maladies sexuellement transmissibles incite les professionnels à se sensibiliser à cette nouvelle réalité afin de réduire le délai de diagnostic et de traiter plus précocement. Rappelons à ce propos la nécessité du dépistage et du traitement des partenaires. Ce signal doit également nous amener à renforcer la prévention contre la transmission du VIH en continuant de faire la promotion de l'usage systématique du préservatif.

7-

### Flash sur Zuydcoote

8-

### Témoignage

Docteur Xavier. De La Tribonnière,  
Docteur Yazdan Yazdanpanah  
CH de Tourcoing

# Maladies sexuellement transmissibles : le retour

Depuis maintenant 2 ans, on observe une recrudescence des cas de maladies sexuellement transmissibles (MST). Ce constat préoccupant a été confirmé sur le plan national et international (Royaume Uni, Irlande, Belgique, Russie, Chine...).

## QUELQUES CHIFFRES EN FRANCE

Depuis 1990, les cas de syphilis étaient devenus exceptionnels. Or, depuis l'année 2000, on assiste à une véritable résurgence épidémique avec 78 cas déclarés entre Janvier 2000 et Mai 2001. Parmi les personnes atteintes, les 3/4 avaient un comportement homosexuel et 1/4 n'avait jamais été atteintes de MST. Plus grave encore, la moitié des personnes ainsi dépistées étaient séropositives pour le VIH et 10% d'entre elles découvraient leur séropositivité à l'occasion du diagnostic de la syphilis. Parmi les 78 cas, 9 ont été diagnostiqués à Lille, ce qui confirme l'existence d'un foyer épidémique dans notre région. Les autres cas étaient majoritairement signalés à Paris.

De même, on constate depuis 1990, une augmentation brutale des cas de gonococcies avec une multiplication d'un facteur 2,5 à Paris au premier semestre 2000.

## MST : QUELLE DÉFINITION ?

De nombreux micro-organismes peuvent se transmettre par voie sexuelle. Tous n'entraînent pas de symptôme ce qui, en l'absence de traitement, favorise dans ce cas la dissémination. Certaines MST peuvent engendrer des pathologies sévères et irréversibles à plus ou moins long terme. Elles peuvent se contracter en France mais également à l'étranger et le diagnostic est alors souvent fait au retour d'un voyage.

## Syphilis

Trois semaines après la contamination, apparaît une ulcération (chancre) au niveau de la zone de contact mais celle-ci peut passer totalement inaperçue (notamment au niveau du canal anal ou du col utérin). Dans les semaines qui suivent, il existe parfois une éruption cutanée disséminée régressant spontanément. Dans la phase tardive, c'est à dire plusieurs années plus tard, des pathologies peuvent survenir au niveau du cerveau, des os ou du cœur. Chez la personne séropositive, l'évolution de la syphilis vers l'atteinte des organes précités est beaucoup plus rapide et peut parfois se réaliser en moins d'un an. C'est pourquoi la détection de la syphilis est une priorité. Le traitement par antibiotiques est simple et curatif. Rappelons que la contagiosité est élevée, de l'ordre de 30%.

## Hépatite B

On estime à 300 000 le nombre de personnes porteuses du virus de l'hépatite B (VHB) et potentiellement contaminantes. Une partie d'entre elles développeront une hépatite chronique et certaines une cirrhose ou un cancer du foie.

Le taux de contagiosité par contact sexuel étant très élevé, la vaccination contre le VHB est largement préconisée notamment chez la personne infectée par le VIH.

## Chlamydiae trachomatis

Fréquentes, les chlamydioses représentent 30% des MST. Elles provoquent chez l'homme des urétrites ou des "pertes blanches" chez la femme. Bien que ne s'accompagnant pas ou peu de symptômes, elles peuvent entraîner, en l'absence de traitement, des salpingites chroniques chez la femme avec risque de stérilité.

## Gonococcie

Chez l'homme, la gonococcie s'accompagne d'une uréthrite avec brûlures mictionnelles ("chaude pisse") et écoulements purulents. Les symptômes sont souvent beaucoup moins marqués chez la femme.

## Infections à Trichomonas et Gardnerella

Ces deux pathogènes entraînent des vaginites avec pertes blanches chez la femme ou des urétrites peu symptomatiques chez l'homme et rarement des complications.

## Herpes

L'herpès génital touche de plus en plus de personnes dans notre pays. Les symptômes sont bruyants lors de la contamination (brûlures, vésicules au point de contact). Des récurrences sont fréquentes et peuvent devenir invalidantes pour certains patients. La dissémination du virus est favorisée lors des crises mais également hors de ces épisodes.

## Papillomaviroses

Appelées communément "crête de coq", il s'agit de petites verrues situées au niveau génital ou anal ou encore dans la cavité buccale. La plupart sont bénignes mais un faible pourcentage d'entre elles peuvent évoluer vers un cancer. Elles sont très contagieuses. Leur traitement est simple (pommade ou brûlure à l'azote liquide).

## Gale et poux du pubis

Très contagieux, ils entraînent des démangeaisons avec lésions de grattage et risque de surinfection.

## CONCLUSION

La sonnette d'alarme est tirée. L'augmentation du nombre de cas de MST est un signe néfaste témoin de la diminution des précautions lors des rapports sexuels. Allons-nous vers une nouvelle épidémie ? Rappelons que la transmission du VIH est facilitée par la présence d'une MST, en raison de l'inflammation locale ou des lésions muqueuses. De même, une personne infectée par le VIH est davantage susceptible d'être contaminée par un germe responsable d'une MST.

Le dépistage des MST reste prioritaire afin de diminuer la dissémination et d'éviter certaines complications. Le meilleur traitement demeure bien entendu la prévention par le port systématique du préservatif avec un partenaire au statut sérologique inconnu.

Dr. Véronique Baclet  
CH de Tourcoing

## Un peu d'histoire....

Le préservatif féminin semble avoir été mis au point par un médecin danois, le Docteur Hessel, au milieu des années 80. La Suisse est le premier pays européen à l'avoir autorisé à la vente sur son territoire en 1992. Aux Etats-Unis, il est commercialisé depuis 1993. Sa diffusion en France débutera un peu plus tard et reste relativement confidentielle. Il bénéficie de la norme de conformité européenne "CE" depuis 1997. Le préservatif féminin est commercialisé sous la marque FEMIDOM®, les autres noms commerciaux dans le monde étant REALITY® et FEMI®. Les réticences à l'utilisation du préservatif masculin dans certains groupes de population ont conduit l'ONUSIDA et l'Union Européenne à introduire le préservatif féminin dans ses programmes de prévention des maladies sexuellement transmissibles (dont l'infection par le VIH) pour plusieurs pays notamment en Afrique.

## A quoi cela ressemble ?



Le préservatif féminin se présente comme une sorte de gaine en polyuréthane lubrifié (abondamment...) tant sur sa face interne qu'externe. Il comporte un anneau interne facilitant l'introduction au fond du vagin et un anneau externe recouvrant les organes génitaux féminins externes. Ces anneaux

permettent le maintien du préservatif au cours du rapport sexuel. Le polyuréthane, utilisé pour sa fabrication, est une matière plastique translucide, plus fine que le latex mais plus solide. Sa longueur est proche de celle d'un préservatif masculin mais il est plus large.

## Comment ça s'utilise ?

Il est introduit au fond du vagin après avoir pincé l'anneau interne qui est inséré en premier le plus loin possible. L'anneau externe reste en dehors du vagin. Il peut être placé plusieurs heures avant le rapport sexuel mais il doit être remplacé après chaque rapport. Lors du rapport, il convient de guider le pénis vers l'intérieur du préservatif pour éviter l'introduction entre le vagin et le dispositif. Le conditionnement contient une notice explicative très complète et illustrée. Les enquêtes chez les utilisatrices confirment que son utilisation est facile mais nécessite une brève phase d'entraînement (2 à 3 essais). Il n'est pas adapté à un premier rapport.

## Et c'est une bonne protection contre les MST et le VIH ?

Les études concernant l'efficacité contraceptive et la protection vis à vis du VIH sont en relatif petit nombre. Elles concluent à une efficacité qui semble proche de celle du préservatif masculin tant d'un point de vu anticonceptionnel (efficacité contraceptive de l'ordre de 93%) que protecteur vis à vis des MST. De plus, il permet d'augmenter la fréquence des rapports protégés dans les situations où le partenaire est réfractaire à l'utilisation d'un condom.

## Avantage et inconvénients rapportés...

Le polyuréthane est une matière non allergisante permettant son utilisation dans tous les cas d'allergie au latex. Il peut être placé quelques heures avant un rapport et redonne à la femme le contrôle de la prévention. Il est plus solide que son homologue masculin et est compatible avec les lubrifiants gras. Sa présence semble moins perceptible par les partenaires et il ne nécessite pas le retrait immédiat après l'éjaculation.

Les inconvénients sont essentiellement représentés par un coût plus élevé que le préservatif masculin (mais il peut être obtenu gratuitement), une diffusion commerciale encore limitée voire confidentielle. Il est très gras. Lorsqu'il est placé avant le rapport, sa présence semble gêner certains lors des préliminaires. Certains couples se plaignent du bruit qu'il produit lors des rapports...

## Où le trouve-t-on ?

En France, le préservatif féminin est distribué gratuitement essentiellement par les Centres de Planification Familiale. Néanmoins, il peut être acheté en pharmacie (6 à 15 Frs pièce) mais n'est souvent pas disponible en stock et nécessite d'être commandé.

Pour conclure, ne soyons pas sexiste !...

Pour certains, le préservatif féminin serait une alternative efficace et utile à son homologue masculin lors des rapports anaux notamment en cas d'allergie au latex. Il serait finalement... bisexuel ! Ici, prudence toutefois, aucune étude ne semble exister.

Christine Manessiez\*, Jean-François Bervar\*\*  
\* *Conseillère Conjugale, Centre de Planification*

*Familiale*

\*\* *Service de Pneumologie  
CH d'ARRAS*

# Hépatites B ou C et infection par le VIH : en pratique

Le traitement de l'hépatite chronique virale B (VHB) ou virale C (VHC) chez le patient infecté par le VIH est en progrès constant et devient nécessaire. En effet, depuis 1996, la maîtrise de l'infection à VIH par la multithérapie antirétrovirale a dévoilé le risque de mourir des complications de l'hépatite chronique B ou C (cirrhose et cancer du foie).

## Coinfection VIH-VHC

Pour le moment, il n'y a pas encore de vaccin contre le VHC.

Le pourcentage de patients infectés à la fois par le VHC et VIH en France se situe entre 20 à 30%.

Le bilan de l'hépatite chronique C est établi sur les critères suivants :

- *Clinique* (augmentation du volume du foie et/ou de la rate, jaunisse,...)

- *Biologique* par la prise de sang : bilan hépatique, bilan de coagulation, taux de multiplication du virus (virémie VHC), type de virus (génotype), quelques marqueurs indirectes de fibrose (acide hyaluronique, albuminémie...).

- *Histologique* : par la réalisation d'une ponction biopsie de foie (PBF). Cette dernière se prévoit au cours d'une hospitalisation d'environ 24h après repérage échographique et anesthésie locale. Les renseignements donnés par cette biopsie sont primordiaux puisqu'ils établissent l'activité inflammatoire liée au virus et le degrés de fibrose, et orientent vers un éventuel traitement.

Le traitement anti-VHC actuellement recommandé chez le patient VIH doit associer une bithérapie pendant au moins 6 mois. L'interféron retard ou Pégylé à raison d'1 injection sous cutanée par semaine a remplacé l'interféron standard. Son association à la Ribavirine à raison de 5 à 6 gélules par jour en 2 prises après les repas permet une efficacité bien meilleure que la monothérapie standard par interféron.

La tolérance de cette bithérapie est variable et les effets indésirables peuvent être d'ordre général (fièvre, myalgie, arthralgie, malaise général...), neurologique (irritabilité, trouble du comportement, syndrome dépressif...), cardiaque ou alors biologique. Cela nécessite une surveillance clinique et biologique régulière avec un soutien psychologique constant. Il est tout à fait habituel de maintenir le traitement anti-VIH en veillant sur les possibles interactions médicamenteuses et toxicités cumulées.

L'efficacité du traitement anti-VHC dépend beaucoup du statut immunologique : plus le taux de CD4 est élevé, plus la réponse au traitement anti-VHC est favorable.

Tout comme pour la thérapeutique anti-VIH, l'obser-

vance de la thérapeutique anti-VHC est primordiale et impose un effort constant de la part du patient, un soutien de son environnement familial ainsi qu'une grande vigilance de l'équipe soignante. Le passage au mi-temps thérapeutique est souvent de règle en raison de la complexité des multithérapies mais aussi de leurs effets secondaires.

Le sevrage alcoolique doit absolument être associé à la thérapeutique anti-VHC et doit faire partie de la prise en charge initiale à la fois clinique et psychologique.

## Coinfection VHB-VIH

Contrairement au VHC, nous disposons depuis plusieurs années d'une prévention vaccinale anti-VHB efficace. Le problème chez le patient infecté par le VIH reste lié au pourcentage de non réponse pouvant aller jusqu'à 30%. De nouveaux vaccins plus immunogènes sont en cours d'étude.

Le pourcentage des patients infectés à la fois par le VIH et le VHB se situe aux alentours de 10%.

Le bilan de chronicité s'établit comme pour le VHC sur des arguments cliniques, biologiques et histologiques (PBF). Contrairement à l'hépatite C, des médicaments anti-VHB inhibant des enzymes essentiels à la multiplication du VHB sont disponibles. Nous citerons le plus connus, la Lamivudine (Epivir® ou Zefix®) mais également d'autres molécules en cours de développement comme l'Adéfovir (en ATU), l'Entéclavir, le Lobucavir....

Le facteur limitant de l'efficacité de ces médicaments anti-VHB, pourtant puissants, se révèle être l'acquisition rapide de résistances. C'est parfaitement démontré pour la Lamivudine. Cela rend logique les projets mettant en avant les bithérapies anti-VHB, soit sous forme d'association de deux antiviraux, soit d'un antiviral plus un immunomodulateur de type interféron. La durée du traitement anti-VHB par la Lamivudine est illimitée même en cas d'acquisition de résistances ou d'échappements virologiques. En effet, son arrêt peut exposer à des phénomènes de rebonds viral avec évolution possible vers une décompensation de la cirrhose parfois mortelle.

La tolérance des médicaments anti-VHB actuellement disponibles est tout à fait acceptable.

Tout comme pour l'hépatite C, la prise en charge thérapeutique de l'hépatite virale chronique B chez le patient infecté par le VIH est toujours associée au sevrage de l'alcool qui nécessite un soutien psychologique constant.

Dr. F. Ajana  
Dr. X De La Tribonnière  
CH de Tourcoing

### **ALCOOL : danger, à partir de 50 g d'alcool par jour!**

- Bière à 6° : 350 ml soit 3 grands verres
- Vin à 10-12° : 150 ml soit 3 verres à vin
- Liqueur/Apéritif à 40° : 50 ml soit 1 verre (ou 3 verres à liqueur)

Afin d'aider certaines personnes infectées par le VIH à accomplir des actes de la vie courante à leur domicile, un dispositif d'aide à domicile a été mis en place à partir de 1990. Il existe dans le département du Nord depuis 1994 et est coordonné par l'association AIDES.

Selon les termes de la circulaire DGS/DS2 96/10 du 08.01.96, l'aide à domicile " est destinée à des personnes atteintes par le VIH dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation mais qui présentent une dépendance importante dans l'accomplissement des actes de la vie courante et par conséquent une difficulté pour continuer à vivre à leur domicile ".

Pour pouvoir bénéficier de l'Aide à Domicile, la demande doit être faite soit par le patient, soit par son entourage, soit par un service social ou médical.

La demande sera alors adressée au coordinateur de l'association AIDES NORD/ PAS DE CALAIS.

Sur le plan pratique, les fonctions assurées par l'aide à domicile sont le ménage, la préparation des repas, le lavage et le repassage du linge personnel, les courses de proximité, les gardes de nuit et une relation personnalisée individuelle.

Les besoins de la personne infectée par le VIH sont évalués avec elle lors d'une visite à domicile d'un responsable de l'organisation. En cas de réponse favorable à la demande d'aide, une association prestataire, proche du domicile du patient, interviendra dans les meilleurs délais. Tous les intervenants du programme d'Aide à Domicile ont été formés sur la pathologie à VIH et sont tenus au secret professionnel.

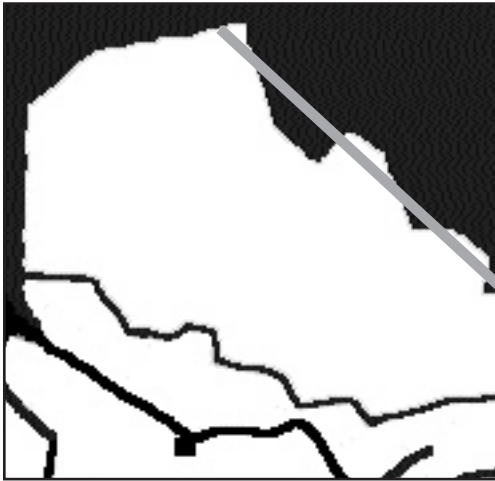
Une participation financière du patient est demandée et est calculée proportionnellement à ses ressources. Elle varie de 2 à 36 Frs l'heure et est diminuée de moitié à partir de la 31ème heure d'intervention mensuelle.

Si vous pensez pouvoir bénéficier de l'Aide à Domicile, vous pouvez vous rapprocher du service hospitalier qui vous suit (médecin ou assistante sociale) ou directement de l'association AIDES.

**Association AIDES**  
**109 rue du Molinel**  
**59800 LILLE**  
**Tél: 03.28.520.510.**

Anne Dumontier,  
*coordinatrice du PAAD,*  
*Association AIDES*

Véronique Feham,  
*Assistante Sociale,*  
*CH de Valenciennes*



## HÔPITAL MARITIME VANCAUWENBERGHE

59123 ZUYDCOOTE

Tél. : 03 28 26 20 78

Fax : 03 28 26 20 79

Le service de Convalescence de l'Hôpital Maritime de ZUYDCOOTE prend en charge les personnes infectées par le VIH depuis 1991. Ces patients sont accueillis pour une hospitalisation complète. Ils bénéficient le plus souvent possible de chambres individuelles.

### Leur prise en charge est assurée par l'équipe médicale :

- Docteur Rémi MESSIN,
- Docteur Christine BOUTTEMENT,
- Docteur Marie Josée KINS,
- Docteur Rachida CHEBBOUT

### et paramédicale :

- L'assistante sociale,
- La psychologue,
- Le kinésithérapeute

### Activités :

- Piscine (en travaux, réouverture début 2002)
- Les activités de détente : promenade, jeux de société, sortie cinéma.
- L'ADIS (association d'aide aux personnes infectées par le VIH) au 03 20 28 59 19 19, repas à l'association et après-midi le mercredi

### Le contact est à établir auprès de :

- Le secrétariat : Tél. : 03 28 26 20 78 (de 8 h à 17 h de lundi au vendredi)  
Fax : 03 28 26 20 79.
- Notre assistante sociale : Melle PLANCKE au 03 20 26 20 39.
- Notre surveillante : Mme BENIER au 03 28 26 20 80.



# Témoignage

Séropositif, j'ai mis sous silence ce virus, par honte, par peur de me retrouver encore plus seul. A cette époque, il n'y avait que peu d'espoir, seulement se préparer à l'ultime voyage. Il m'a fallut connaître le pire pour me retrouver dans un lit d'hôpital. Ils ont pris soin de moi, je suis redevenu humain. Finie la honte, un jour de bilan ressemble à un jour de fête. Je leur dédie quelques lignes d'une chanson de Barbara.

*" J'avais fini mon voyage et j'ai posé mes bagages,  
Vous étiez venu au rendez-vous.  
Qu'importe ce qu'on peut en dire,  
Je tenais à vous dire,  
Ce soir je vous remercie de tout,  
Qu'importe ce qu'on peut en dire,  
Ma plus belle histoire d'Amour. C'est vous. "*

Dominique,  
Arras



Cette année encore, se déroulera une grande soirée au profit de l'association **STOP SIDA**.

**Le 1er Décembre 2001  
19h30**

**Salle Centr'expo de Mouscron**

*(Derrière le CH Dron, prendre Risquons tout puis après la pompe à essence, 7ème rue à droite. Un peu plus loin sur le trottoir de droite)*

Vous dinerez pour ensuite vous divertir avec le spectacle et la soirée dansante.

Si vous souhaitez recevoir Info VIH à votre domicile et/ou soutenir STOP SIDA, veuillez compléter le coupon-réponse ci-dessus et nous le faire parvenir à

STOP SIDA Pavillon Trouseau 135 rue du Président Coty 59 208 TOURCOING

tel : 03 20 69 46 64 fax : 03 20 69 46 15 3615 STOP SIDA

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE.....

.....VILLE : .....

CODE POSTAL : .....

Je vous fais parvenir un chèque de 40 francs pour recevoir Info VIH lors de chacune de ses parutions pendant 1 an.

**SOUS PLI STOP SIDA**

**SOUS PLI ANONYME**

*Rayer la mention inutile*

Je souhaite soutenir l'action de STOP SIDA et vous fais parvenir un chèque de ..... francs

Les chèques inférieurs à 200 f sont à établir à l'ordre de STOP SIDA

Les chèques supérieurs à 200f doivent être établis à l'ordre de la Fondation de France compte 60 10 02

**Un reçu pour déduction fiscale vous sera envoyé dès réception de votre chèque, si supérieur à 200F.**

Info VIH Nord-Pas de Calais n°16 - octobre 2001

Réalisé avec le soutien financier de STOP SIDA.

Mise en place grâce à la DDASS Nord et le Conseil Régional Nord-Pas de Calais

Conseiller scientifique : Pr Yves MOUTON, Coordinateur : Dr Xavier de la TRIBONNIÈRE, Comité de rédaction :

Dr Jean François BERVAR (Arras), Dr Frédérique BONNEVIE (Dunkerque), Dr Gérard CARDON (Boulogne sur Mer), Dr Clothilde FONTIER (Valenciennes), Secrétaires de rédaction : Sylvie VANDAMME et Delphine COUQUE.