

La « période fenêtre » des ITSS pour optimiser et non empêcher la prévention !

Marc Steben et Rhonda Y. Kropp

Josée a eu des relations sexuelles extraconjugales sans protection. Elle craint d'exposer son mari à un danger et veut passer au plus vite tous les tests possibles et... impossibles. Joanne a été amenée à l'urgence après avoir été découverte inconsciente dans les toilettes... des hommes d'un bar où elle aurait consommé pas mal d'alcool. Jonathan est inquiet à la suite d'un contact sexuel au sauna : l'homme qui le sodomisait portait un condom qui a... glissé après l'éjaculation. L'homme lui a dit de ne pas s'en faire, car même s'il a le VIH, il est sous trithérapie et sa dernière charge virale n'était pas détectable. En quoi agiriez-vous différemment dans ces trois cas assez similaires de prime abord ? La « période fenêtre » est un concept très utile pour le dépistage des ITSS et la prophylaxie postexposition.

À quoi correspond le concept de « période fenêtre » dans le dépistage périodique ou opportuniste ?

Le dépistage est une mesure de prévention secondaire prise après une exposition potentielle. Il est important de bien choisir le moment du dépistage si l'on veut accroître les chances de déceler une infection transmissible sexuellement ou par le sang (ITSS). Le moment recommandé varie selon l'infection. La « période fenêtre » correspond à l'intervalle entre l'exposition et la détection d'une infection décelable par un test sanguin ou dans le tractus génital, anal ou pharyngé, et ce, pour un nombre optimal de personnes dans un délai acceptable.

Le Dr Marc Steben, omnipraticien, est médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec. Il pratique également au GMF/CMA de la Clinique médicale de l'Ouest, à Verdun, et à la Clinique des maladies de la vulve du CHUM, à Montréal. M^{me} Rhonda Y. Kropp travaille à l'Agence de santé publique du Canada, division des infections acquises dans la collectivité, à Ottawa.

Un test effectué trop tôt peut donner lieu à un résultat faussement négatif. Le concept de « période fenêtre » est important pour les infections asymptomatiques. En effet, en l'absence de signes et de symptômes, un résultat faussement négatif peut entraîner l'abandon des mesures préventives, le non-dépistage de l'infection et la transmission subséquente à un partenaire ou au fœtus. La « période fenêtre » devrait donc servir à réduire les risques de faux négatif chez un sujet récemment infecté.

Dans la plupart des cas où les expositions sont rares, la « période fenêtre » ne comporte pas de défis cliniques ni de risques pour la santé publique par opposition aux expositions fréquentes. Cette période est importante pour la fiabilité des résultats, mais elle ne devrait pas retarder indûment, et encore moins empêcher le dépistage. Par exemple, il y a peu d'avantages à reporter le dépistage chez un sujet à risque élevé, car de futurs partenaires pourraient être exposés à l'infection ou à ses complications.

Chez certaines personnes, le dépistage des ITS en dehors de la « période fenêtre » peut se révéler très difficile. C'est le cas des personnes ayant plusieurs

Le concept de « période fenêtre » est important pour déterminer le meilleur moment pour le dépistage. Les délais recommandés entre l'exposition potentielle et l'examen varient selon l'infection.

Repère

partenaires ou des utilisateurs de drogues injectables qui continueront probablement à avoir des contacts sexuels non protégés ou à partager le matériel d'injection pendant la « période fenêtre » (Ex. : douze semaines pour le VIH).

Les patients qui ont ce type de comportements très risqués pourraient bénéficier du dépistage, même si les occasions de contacts ne se sont pas toutes produites en dehors de la « période fenêtre », car ils ont été exposés aux ITS à de nombreuses reprises. Il est donc préférable de procéder sans tarder au dépistage, quitte à répéter les examens plus tard. Aussi, il faut procéder au dépistage chez les patients peu susceptibles de revenir pour un dépistage ultérieur. La « période fenêtre » sert alors à faciliter l'interprétation des résultats plutôt qu'à retarder le dépistage.

Il faut saisir toutes les occasions de faire le dépistage et d'appliquer les mesures préventives, en particulier chez les sujets à risque élevé. On doit évaluer chaque cas individuellement et adopter les mesures préventives appropriées.

Quels sont les délais recommandés entre l'exposition potentielle et la détection de l'agent pathogène ?

Pour la plupart des ITS bactériennes, les intervalles recommandés pour le dépistage sont fondés sur des opinions d'experts. Il existe des preuves solides uniquement pour les infections transmissibles par le sang. Le manque de données sur les paramètres clés de l'exposition initiale peut amener une personne à croire qu'elle ne risque pas de contaminer ses partenaires sexuels, surtout lorsque le dépistage est trop précoce. En outre, comme aucune méthode n'est sensible à 100 %, il existe toujours une faible possibilité qu'un test effectué conformément aux recommandations donne un résultat faussement négatif. Ces questions doivent être abordées dans le cadre du counselling pré- et post-dépistage. En général, on recommande un dépistage d'ITS chez le partenaire, même pour un seul test positif chez le cas index.

Chlamydie génitale

On ne connaît pas l'intervalle minimal à respecter avant d'effectuer le dépistage de la chlamydie. En l'absence de données probantes, un délai d'au moins

48 heures devrait être suffisant, s'il est peu probable que le patient revienne passer le test de dépistage quatorze jours après le contact.

Infection gonococcique

Certains experts considèrent qu'un délai minimal de 48 heures après le contact est adéquat, mais il y a peu de données probantes pour soutenir ou réfuter cette recommandation. La période idéale est de plus de sept jours. Cette période minimale devrait être suffisante pour la culture et pour le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

Syphilis

Le dépistage de la syphilis repose généralement sur des tests non tréponémiques (VDRL, TRUST, RPR, ART). Certains laboratoires utilisent maintenant un test tréponémique ELISA pour le dépistage. L'utilisation de ces deux types de tests est considérée comme adéquate six semaines après le contact.

Les résultats positifs ou indéterminés obtenus par ces méthodes doivent être validés par un test tréponémique (TP-PA, MHA-TP). Un résultat positif confirme qu'il y a eu infection à *Treponema pallidum*, mais ne signifie pas que le sujet est protégé contre la syphilis.

Hépatite B

Les différents marqueurs du virus de l'hépatite B (VHB) apparaissent dans un ordre donné après la contamination¹ :

AgHBs (antigène de surface de l'hépatite B ou HBsAg en anglais) – sa présence confirme l'existence d'une infection par le VHB. Cet antigène apparaît pendant l'incubation clinique et disparaît habituellement lorsque l'immunité se développe. Il est habituellement décelable de un à deux mois après l'exposition. Sa persistance (présumée ou démontrée) pendant au moins six mois confirme l'existence d'une infection chronique.

Dans un contexte de dépistage, on se contente de chercher la présence de l'antigène AgHBs.

Dans un contexte d'immunisation, on peut prescrire un dosage des antiHBs, selon les recommandations du *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*.

Les autres marqueurs (AgHBe, antiHBe, antiHBc totaux, antiHBc IgM) sont surtout utiles pour

l'évaluation clinique et le suivi du patient².

Hépatite C

Les anticorps contre le VHC (antiVHC) sont habituellement décelables de huit à neuf semaines après le contact, et presque tous les patients infectés demeurent séropositifs par la suite. La présence de ces anticorps signifie habituellement que le patient a été infecté par le VHC, mais ne précise pas l'état clinique réel. Dans la majorité des cas, la présence d'anticorps contre le VHC signifie que le patient est un porteur chronique. Comme il a été mentionné ci-dessus à propos de la syphilis, le patient séropositif n'est pas nécessairement infecté ni protégé contre le VHC.

Le test ELISA est utilisé pour le dépistage, mais tout résultat positif ou indéterminé doit être confirmé.

Les autres examens de laboratoire pour le VHC (génotypage, charge virale, etc.) sont surtout utilisés pour l'évaluation clinique et le suivi du patient.

Infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Trois mois après l'infection, les anticorps antiVIH sont décelables dans au moins 95 % à 97 % des cas ; ce chiffre augmente à 99 % après six mois. Un résultat positif est la preuve d'une exposition antérieure et d'une infection permanente. Il n'est pas synonyme de protection contre l'infection.

Le test ELISA est utilisé pour le dépistage, tout résultat positif ou indéterminé exigeant une confirmation.

Les autres examens de laboratoire pour le VIH (antigène p24, charge virale, numération des cellules CD4, etc.) sont surtout utilisés pour l'évaluation clinique et le suivi des patients (tableau 1).

Tableau 1

Infections transmissibles sexuellement et par le sang Types de prélèvements recommandés pour le test postexposition

Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Faire un test non tréponémique (par ex., TRUST, VDRL, RPR) et un test tréponémique (par ex., TP-PA, etc.). ☉ Répéter ces deux tests six semaines après l'exposition si aucune prophylaxie antibiotique n'est offerte.
Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Si la personne exposée a une immunité contre l'hépatite B (antiHBs > 10 UI/l) ou est séropositive à l'égard du AgHBs, aucun test n'est requis. ☉ Quand on ignore l'état d'immunité pour l'hépatite B, on doit déterminer le niveau de base des anticorps contre l'antigène de surface de l'hépatite B. ☉ En cas de résultat négatif au test de base, on doit répéter la mesure des AgHBs douze semaines après une exposition importante. ☉ Dans un contexte de dépistage, on ne doit tester que les AgHBs. Toutefois, dans une situation de postexposition, lorsque des aspects médicolégaux sont en cause, on doit nécessairement déterminer l'état immunitaire et infectieux du sujet exposé.
VIH	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Établir d'abord le taux de base des anticorps contre le VIH. ☉ Répéter ce dosage six semaines, trois mois et six mois après une exposition importante.
Hépatite C	<ul style="list-style-type: none"> ☉ La mesure du titre de base des anticorps contre le VHC est facultative en cas de contact sexuel puisque la transmission du virus est faible dans ces circonstances. Ce test peut être envisagé si la ou les personnes sources présentent un risque élevé pour l'hépatite C, comme les utilisateurs connus de drogues injectables et les personnes ayant subi un traumatisme important ou une exposition percutanée. ☉ Lorsque le test de base est négatif, le dosage des anticorps antiVHC doit être répété trois et six mois après une exposition importante.
Gonorrhée et chlamydie	Effectuer le dépistage le plus tôt possible. Si aucune prophylaxie n'est offerte, refaire l'examen deux semaines après l'exposition.

En quoi consiste la « période fenêtre » en prophylaxie postexposition ?

On utilise aussi le concept de « période fenêtre » en postexposition pour le dépistage des infections transmissibles sexuellement ou par le sang et la prophylaxie. On doit alors calculer le moment idéal pour le dépistage, entre le passage progressif de la période exempte d'exposition à la positivité. Ce concept est particulièrement utile dans les cas d'exposition accidentelle (professionnelle, sexuelle ou

Tableau II

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Prophylaxie recommandée pour les infections à transmission hémotogène

Hépatite B	<ul style="list-style-type: none">On doit envisager une prophylaxie pour l'hépatite B dans tous les cas d'agressions ou de sévices sexuels lorsqu'il y a eu pénétration anale ou vaginale ou encore contact bucco-anal en l'absence, confirmée ou présumée, de condom ET que le receveur n'est pas immunisé contre l'hépatite B (voir dépistage ci-dessus). Les contacts buccogénitaux et bucco-anaux ne semblent pas être des modes de transmission importants⁷.La prophylaxie recommandée doit être administrée conformément à ce qui est indiqué dans le PIQ⁸, soit :<ul style="list-style-type: none">Dose unique de 0,06 ml/kg de HBIG (immunoglobuline spécifique contre l'hépatite B) administrée dans les 14 jours suivant un contact sexuel avec une personne infectée par le VHB, si possible dans les 48 premières heures afin de maximiser l'efficacité de la prophylaxie.Immunisation contre l'hépatite B en trois doses administrées immédiatement après l'exposition, puis un et six mois plus tard.
Hépatite C	Il n'existe pas de prophylaxie postexposition (PPE).
VIH	<ul style="list-style-type: none">On recommande la PPE pour le VIH lorsque l'on sait que la personne source est infectée par le VIH et qu'il y a eu une exposition importante, c'est-à-dire une pénétration orale, anale, ou vaginale en l'absence de condom ou en cas de doute sur l'intégrité du condom⁹.La PPE peut aussi être utilisée, selon les circonstances, après une exposition à risque élevé, c'est-à-dire quand la source est un utilisateur de drogues injectables, quand il y a eu plusieurs assaillants, en présence d'une blessure importante ou en cas de pénétration vaginale, anale ou orale.Les recommandations varient d'une province à l'autre et la décision d'offrir la PPE doit être prise conjointement avec un spécialiste qui connaît bien l'utilisation des antiviraux et les protocoles des provinces, territoires ou régions.Si on opte pour une PPE contre le VIH, on devrait idéalement l'entreprendre entre une et quatre heures après l'exposition, et au plus tard 72 heures après le contact, puis la poursuivre pendant 28 jours⁹.

percutanée) pour déterminer le moment du dépistage initial et la date des examens durant la phase de suivi. Le test postexposition est essentiel pour plu-

La prophylaxie devrait être conforme à ce que recommandent les *Lignes directrices canadiennes sur*

sieurs raisons : établissement du niveau basal, suivi, counselling, traitement et aspects médicolégaux.

Dans un cas d'agression sexuelle, il est primordial que le test post-exposition soit fait conformément aux indications de la « trousse médicolégale »³. En cas d'exposition professionnelle ou accidentelle, le médecin peut communiquer à toute heure du jour avec Consultation SIDA (1 800 363-4814) pour connaître les mesures à prendre.

Prise en charge et traitement

Aspects à considérer pour la prophylaxie chez les sujets potentiellement exposés (*tableau II*) :

- Prophylaxie immédiate :
 - s'il est peu probable que le patient revienne pour le suivi ;
 - si on sait que la source d'exposition a une ITS spécifique ;
 - si le patient, ses parents ou son tuteur le demandent ;
 - si son partenaire présente des signes ou des symptômes d'une ITS.
- Prophylaxie offerte aussi de façon systématique dans les cas d'agression sexuelle comportant une pénétration vaginale, orale ou anale, puisque la plupart des victimes ne se présentent pas aux visites de suivi⁴⁻⁶.
- Il est à noter qu'il n'existe pas d'étude sur l'efficacité de la prophylaxie antibiotique dans les cas d'agression sexuelle.

Il est préférable d'effectuer la prophylaxie le plus tôt possible après l'exposition, car elle risque d'être inefficace si le délai est trop long. Lorsque vous avez le moindre doute, entreprenez la prophylaxie, quitte à faire l'évaluation du patient ultérieurement ou même à arrêter la PPE.

Repère

les infections transmissibles sexuellement (ITS) – Édition 2006 pour le traitement des infections spécifiques.

- Les sujets qui présentent une gonorrhée devraient aussi recevoir un traitement empirique contre la chlamydie, vu le taux élevé d'infection concomitante.

Autres questions concernant le traitement

- Au besoin, et selon les services disponibles, diriger les victimes vers des ressources telles que les équipes spécialisées en matière d'agressions sexuelles, la police, un psychologue, des organismes locaux d'aide aux victimes, etc.
- Conseiller aux patients d'avoir des pratiques sexuelles à risque réduit ou de s'abstenir de toute relation sexuelle jusqu'à ce que la possibilité d'une infection soit écartée ou que la prophylaxie soit terminée.
- Offrir le vaccin antitétanique lorsque le patient a des plaies ou des éraflures sales qui ont été infligées à l'extérieur¹⁰.

POUR JOSÉE, ON PEUT lui demander d'attendre douze semaines avant de passer tous les tests appropriés en même temps, sans lui donner d'antibiotiques. Pour Johanne, les tests postexposition doivent être faits conformément au guide d'intervention médicosocial – Pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle³. Quant à Jonathan, il devrait recevoir une prophylaxie antiVIH le plus rapidement possible et passer une sérologie pour le VIH et le VHB le plus vite possible afin d'établir son niveau de base pour ces deux infections. Par la suite, on devrait procéder aux prélèvements pour la détection de toutes les ITS aux intervalles proposés dans le tableau I. 📄

Date de réception : 15 septembre 2005

Date d'acceptation : 10 octobre 2005

Mots-clés : ITS, tests, dépistage, prophylaxie postexposition, « période fenêtre », prévention

Marc Steben a bénéficié du soutien financier d'Adaltis, de Warnex, de Focus, de Digene, de Pfizer, de Roche, de 3M, d'Eli Lilly, de GSK, de Merck et des Laboratoires Biron pour des recherches, des consultations et des présentations, mais n'a reçu aucune rémunération fixe.

Summary

The window period: an opening to post-exposure prevention. The time period between the exposures to sexually transmitted infections (STI) or blood-borne pathogens and testing is important to optimize the detection of a potential infection. The window period between exposure and testing varies depending on the infection and reflects the time lapse between exposition and the passage to an infection detectable in the blood and in the genital, anal and pharyngeal tracts. Taking into consideration that the window period is important to minimize false negative results, it should not however block or delay access to screening. Delaying screening based on the window period may prove difficult and inappropriate for individuals with frequent high-risk behaviour. Patient with repeated exposures may benefit from testing even if all reported exposures are within the window period. Furthermore, delaying screening may be inappropriate and could result in a lost opportunity for testing patients who are unlikely to return outside the window period. In these contexts, the window period should help interpret the test results rather than delay screening. This article outlines issues pertaining to the window period for STI, including infection-specific recommended delays for post-exposure screening, as well as for post-exposure prophylaxis for uncomplicated infections.

Keywords: sexually transmitted infection (STI), STI screening, STI testing, post-exposure prophylaxis, window period, prevention

Note : Ce texte est largement inspiré du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Bibliographie

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire. Protocole d'intervention*. Québec : Le Ministère ; mars 2004. 71 p.
- Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS) – Édition 2006*. Ottawa : L'Agence. Sous presse, 2006.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide d'intervention médicosociale – Pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle*. Québec : Le Ministère. 2001. Révision avril 2004. Site Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/ff/documentation/2004/04-850-04.pdf>
- Jenny C, Hooton TM, Bowers A, Copass MK, Krieger JN, Hillier SL, Kiviat N, Corey L, Stamm WE, Holmes KK. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N Engl J Med* 1990 ; 322 (11) : 713-6.
- Forster GE, Pritchard J, Munday PE, Goldmeier D. Incidence of sexually transmitted diseases in rape victims during 1984. *Genitourin Med* 1986 ; 62 (4) : 267-9.
- Tintinalli JE, Hoelzer M. Clinical findings and legal resolution in sexual assault. *Ann Emerg Med* 1985 ; 14 (5) : 447-53.
- Schreeder MT, Thompson SE, Hadler SC, Berquist KR, Zaidi A, Maynard JE et coll. Hepatitis B in homosexual men: prevalence of infection and factors related to transmission. *J Infect Dis* 1982 ; 146 (1) : 7-15.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Protocole d'immunisation du Québec*. Québec : Le Ministère ; 2004. 471 p.
- Centers for Disease Control and Prevention. Updated US public health service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR* 2005 ; 54 (RR09) : 1-17. Site Internet : www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5409al.htm (Page consultée le 27 octobre 2005).
- Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation. 6^e édition*. Ottawa : Santé Canada. 2002.