

***Recommandations diagnostiques et thérapeutiques
pour les
Maladies Sexuellement transmissibles***

Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie



INFECTION A *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

*N. Dupin, M. Janier, F. Bouscarat, C. Vernay-Vaisse, N. Spenatto,
A. Vermersch-Langlin et la Section MST de la SFD*

Février 2016

Epidémiologie :

Chlamydia trachomatis (CT) est une bactérie intracellulaire obligatoire dont les sérotypes D à K sont responsables d'infections urogénitales sexuellement transmises. Depuis quelques années, on assiste à une augmentation de l'incidence des infections à CT chez les jeunes aussi bien chez les femmes que chez les hommes. La fréquence élevée du portage asymptomatique dans les 2 sexes favorise la diffusion de l'infection dans la population générale. Du fait ces complications chez la femme (stérilité, grossesse-extra-utérine, algies pelviennes chroniques), les infections à CT représentent un problème de santé publique.

Clinique

Chez l'homme

CT est le principal agent des urétrites non gonococciques (entre 20 % et 50 %). L'incubation est très variable, de quelques jours à quelques mois, le plus souvent impossible à préciser. Le portage de CT dans l'urètre masculin peut atteindre 10 % voire plus dans certaines populations (adultes jeunes, sujets consultant dans les centres de MST). Il est le plus souvent asymptomatique. La présence de signes cliniques (gêne urétrale voire écoulement) n'est retrouvée que dans moins de 50 % des cas. Il s'agit le plus souvent d'un écoulement clair, modéré et intermittent. Du fait de son caractère souvent asymptomatique, la complication la plus fréquente des urétrites à CT est l'épididymite aiguë. CT peut également être responsable de localisations extra-génitales telles que des kérato-conjonctivites ou des arthrites. Enfin, CT est l'un des agents pathogènes classiquement impliqués dans le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. Il s'agit d'arthrites réactionnelles, survenant après une urétrite, le plus souvent chez un homme (sex-ratio 50/1) jeune et associant : une conjonctivite bilatérale, des signes articulaires (polyarthrite asymétrique aiguë ou subaiguë touchant surtout les grosses articulations des membres inférieurs volontiers associée à une atteinte axiale, des talalgies et des tendinites) et des signes cutanéomuqueux (balanite circinée, lésions psoriasiformes). En dehors des urétrites, CT a pu être isolé dans des prélèvements pharyngés (avec ou sans pharyngite) et également sur des prélèvements anorectaux.

Chez la femme

La cervicite est la manifestation la plus fréquente des infections génitales basses à CT et se traduit par des leucorrhées jaunes ou blanches, parfois peu différentes en aspect et quantité des pertes physiologiques, remplacées par des cystalgies, un syndrome urétral, une dyspareunie, un "spotting" ; elle est dans 50 à 90 % des cas totalement asymptomatique.

L'examen au spéculum peut montrer une fragilité du col de l'utérus, des sécrétions mucopurulentes, parfois un ectropion friable et hémorragique. C'est le plus souvent une découverte d'examen gynécologique systématique ou motivé par l'urétrite du partenaire ou un comportement sexuel à risque. Le col peut aussi être parfaitement normal. Il faut signaler le risque de transmission pendant la grossesse avec la survenue de pneumopathies et de kérato-conjonctivites chez le nouveau-né.

La complication majeure est la salpingite, beaucoup plus souvent subaiguë ou chronique qu'aiguë, de diagnostic tardif et difficile sur de vagues douleurs abdominales, en particulier au moment des règles, avec à terme un risque de stérilité tubaire et de grossesse extra-utérine. A l'examen il existe une douleur au toucher vaginal et un empâtement d'un cul-de-sac vaginal. CT est responsable de 50 % des salpingites chez les femmes jeunes et de 70 % des stérilités tubaires. Leur diagnostic et leur prise en charge relèvent d'une approche multidisciplinaire où la place et la date de la coélicopie ne sont pas consensuelles. Elle est aussi responsable de péri-hépatites (Fitz-Hugh-Curtis).

Diagnostic

Détection des acides nucléiques (TAAN)

Les techniques de biologie moléculaire (TAAN tests d'amplification des Acides nucléiques), PCR, TMA et SDA se sont développées et sont actuellement les techniques de référence pour le diagnostic d'infection à CT. La plupart des techniques permettent la recherche combinée de CT et du gonocoque.

Sites de prélèvements

Chez l'homme ayant une urétrite, un TAAN est effectué sur l'écoulement ou le premier jet urinaire au moins 1 heure après la dernière miction et sur un volume suffisant de 10 à 20 ml d'urine.

Chez la femme ayant une cervicite, le TAAN est réalisé à l'endocol associé au mieux à un TAAN sur les pourtours du méat urétral (ou par auto-prélèvement vulvo-vaginal).

Chez l'homme asymptomatique, un TAAN sur le 1^{er} jet d'urine est la meilleure méthode.

Chez la femme asymptomatique, le TAAN sera pratiqué sur un écouvillon par auto-prélèvement endo-vaginal. Le dépistage est recommandé et peut-être pratiqué lors d'un dépistage anonyme et gratuit du VIH chez les jeunes femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans.

Dans les deux sexes, un TAAN peut être pratiqué à l'anus et au pharynx.

Diagnostic indirect

Les seules sérologies recommandées sont les techniques immunoenzymatiques de type Elisa. Leur intérêt dans le diagnostic des infections uro-génitales basses à CT est nul. Le titre des anticorps est plus élevé en cas d'infection profonde.

Traitement

Les infections génitales basses à CT doivent être dépistées et traitées afin de diminuer l'incidence des complications chez les femmes. Traiter les patients infectés diminue le risque de transmission au partenaire et traiter les femmes enceintes infectées diminue le risque de contamination du fœtus à la naissance. Compte tenu du risque important de co-infection par CT des patients ayant une urétrite gonococcique (10 à 20 %), il est fortement recommandé de traiter systématiquement de façon présomptive CT chez ces patients.

Recommandations thérapeutiques

infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis*

- doxycycline per os : 100 mg x 2/jour pendant 7 jours
- ou azithromycine : 1 g par voie orale en dose unique

Ces deux thérapeutiques ont une efficacité équivalente. L'avantage de l'azithromycine est la dose unique, tout à fait adaptée aux traitements des MST, son inconvénient par rapport à la doxycycline est son coût et pour certains le risque d'induction de résistances de *Mycoplasma genitalium*.

D'autres traitements sont efficaces mais ne doivent être prescrits qu'en deuxième intention. Il s'agit de l'érythromycine à la posologie de 500 mg x 4 fois par jour pour 7 jours ou de l'ofloxacine à raison de 200 mg x 2 fois par jour pour 7 jours. L'ofloxacine est aussi efficace que l'azithromycine ou la doxycycline mais son coût et l'absence de dose unique en font un médicament de deuxième intention.

Chez les femmes jeunes, on recommande de contrôler la PCR entre 1 à 6 mois après le traitement.

Tous les partenaires devront être examinés à la recherche de signes évocateurs d'infection génitale à CT. Ils devront bénéficier d'une recherche de CT par un test d'amplification génique et seront traités systématiquement. On recommande l'abstinence sexuelle ou les rapports protégés avec le partenaire jusqu'à 7 jours après la dose unique d'azithromycine ou après les 7 jours de doxycycline.

Cas particuliers

- femme enceinte : la doxycycline et l'ofloxacine sont contre indiquées chez la femme enceinte. L'azithromycine est efficace et sûre. Les patientes devront être retestées à distance.
- Sujet VIH + : le traitement suit les mêmes modalités que le sujet VIH -
- Ophtalmie néo-natale à CT ou pneumopathie à CT du nouveau-né : le traitement repose sur l'érythromycine à la dose de 50mg/kg/jour en 4 doses journalières pour une durée de 14 jours. Le taux de succès est voisin de 80 %. Les mères et les partenaires sexuels des mères dont les enfants sont atteints d'ophtalmie à CT seront examinés, testés et traités.

RÉFÉRENCES :

1. Sary A. *Chlamydia trachomatis* : screening programs and the nucleic acid amplification assays. Clinics in Dermatology 2002 ; 20 : 164-9.
2. Black CM. Current methods of laboratory diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infections. Clin Microbiol Rev 1997 ; 10 : 160-84
3. Johnson RE, Green TA, Schachter J, et al. Evaluation of nucleic amplification tests as reference tests for *Chlamydia trachomatis* infections in asymptomatic men. J Clin Microbiol 2000 ; 38 : 4382-6
4. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections. A meta-analysis of randomised clinical trials. Sex Transm Dis 2002 ; 29 : 497-502
5. Dudareva-Vizule S, Haar K, Sailer A, Wisplinghoff H, Wisplinghoff F, Marcus U et al. Prevalence of pharyngeal and rectal *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections among men who have sex with men in Germany. Sex Transm Infect 2014 ; 90 : 46-51