

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

Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie



TRICHOMONOSE

*I. Alcaraz, A. Vermersch-Langlin, E. Mazars, M. Janier, N. Dupin, F. Pelletier
et la Section MST de la SFD*

Février 2016

Trichomonas vaginalis est un protozoaire flagellé, mobile, extracellulaire, anaérobie. Parasite strictement humain, il n'existe que sous forme végétative. Il est très sensible à la dessiccation et meurt rapidement dans le milieu extérieur. Sa transmission d'un individu à l'autre ne peut s'effectuer qu'en milieu humide. Première cause d'infection sexuellement transmissible dans le monde estimation L'OMS a évalué l'incidence de l'infection par *Trichomonas vaginalis* en 2008 à 276,4 millions de nouveaux cas/an, la classant comme première cause mondiale de maladie sexuellement transmissible dans le monde.

Clinique

Chez la femme

Le développement de *T. vaginalis* est favorisé par le déséquilibre en œstrogènes. Les contraceptifs oraux semblent jouer un rôle directement protecteur. Il est fréquemment associé aux vaginoses bactériennes. L'incubation dure entre 4 et 28 jours. Dans 15 à 20 % des cas, l'infection est asymptomatique.

Les formes subaiguës sont les plus fréquentes et représentent 60 à 70 % des cas. Elles donnent des tableaux de vaginite qui associent des leucorrhées, souvent des signes d'urétrite, un prurit et sont alors inconfortables. Les leucorrhées sont plus ou moins abondantes, parfois jaunes ou vertes (5 - 40 %), parfois spumeuses (10 - 33 %).

La colposcopie peut mettre en évidence des signes de colpite focale framboisée ou en macules «léopard» dans environ la moitié des cas. Ces signes ne sont que très rarement perçus à l'examen simple du col. Il n'y a pas d'atteinte de l'endocol donc pas à proprement parler de cervicite.

Les formes aiguës sont rares, moins de 10 % des cas. Les leucorrhées sont très abondantes, mousseuses et aérées, jaunâtres, blanchâtres ou verdâtres, avec une odeur de plâtre frais. Le prurit est intense associé à une dyspareunie, des troubles urinaires (cystalgies, brûlures, pollakiurie...). Une cervicite est possible.

Chez l'homme

L'infection est dans 90 % des cas asymptomatique. Les formes symptomatiques donnent un tableau d'urétrite en général discrète : suintement discret avec goutte matinale, prurit et méatite inconstants. L'infection par *T. vaginalis* semble toucher des hommes plus âgés que *C. trachomatis*.

Diagnostic

La recherche de *T. vaginalis* se fait sur le prélèvement des leucorrhées ainsi qu'au cul-de-sac postérieur et à l'urètre qui est colonisé dans presque 100 % des cas. Chez l'homme sur une goutte matinale ou un prélèvement à l'urètre antérieur ou sur le 1^{er} jet urinaire. L'examen direct à l'état frais a une sensibilité de 60 à 80 %, les colorations ont moins d'intérêt. L'immunofluorescence directe a une sensibilité inférieure à la culture qui reste la technique de référence mais qui nécessite d'attendre 3 à 7 jours et qui est relativement contraignante (milieux de cultures spécifiques type Diamond ou Roiron). Des techniques de PCR commencent à être commercialisées en France mais peu de laboratoires encore en disposent. Elles sont pratiquées sur le 1^{er} jet urinaire chez l'homme et sur un prélèvement cervico-vaginal chez la femme. La spécificité de la PCR est proche de 100% et la sensibilité supérieure à celle de la culture. Cette technique s'avère notamment intéressante pour diagnostiquer les formes peu symptomatiques dans les urines chez l'homme. Certains kits offrent une PCR combinant recherche de *Nesseiria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* et *Trichomonas vaginalis*.

Traitement

Thérapeutique

- métronidazole per os : 2g dose unique
- ou secnidazole (sachet à 2g) per os : 2g dose unique
- ou métronidazole : 500 mg x 2/jour per os pendant 7 jours

Les rares échecs peuvent être dus à une sensibilité diminuée au métronidazole.

- Dans ce cas renouveler une cure de métronidazole 500 mg x 2/ j x 7 jours, puis si nouvel échec : 2 g/ j pendant 3 à 5 jours.
- Ou : tinidazole : 2g/ j pendant 2 jours
- Répéter la cure en associant traitement local et per os. Surveillance neurologique et NFS si le traitement dépasse 10 jours
- Ensuite, nécessité de réaliser un test de sensibilité de *T. vaginalis* au métronidazole.
- Toujours penser aux possibilités de recontamination par le (la) partenaire - presque toujours asymptomatique - qui doit impérativement être retraité en même temps.

Femme enceinte

On traite seulement si l'infection est symptomatique car il existe alors un risque d'accouchement prématuré et de contamination du nouveau-né. On préconise soit le

métronidazole à raison d'un ovule matin et soir pendant 14 jours et en cas d'échec du traitement local on peut prescrire du métronidazole per os en dose unique de 2g.

Allaitement

Métronidazole per os dose unique 2 g, arrêt de l'allaitement 24 heures

RÉFÉRENCES :

1. , Donders G, White D, Jensen JS. European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge, 2011. Int J STD and AIDS 2011; 22 :421-9.
2. Caro-Paton T, Carvajal A, Martin de Diego I, Martin-Arias LH, Alvarez Requejo A, Rodriguez Pinilla E. Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis. Br J Clin Pharmacol 1997 ; 44 : 179-182
3. Van Der PB, Kraft CS, Williams JA. Use of an adaptation of a commercially available PCR assay aimed at diagnosis of chlamydia and gonorrhoea to detect *Trichomonas vaginalis* in urogenital specimens. J Clin Microbiol 2006 ; 44 : 366–73.
4. Bandea CI, Joseph K, Secor EW, Jones LA, Igietseme JU, Sautter RL et al. Development of PCR assays for detection of *Trichomonas vaginalis* in urine specimens . J Clin Microbiol. 2013 ; 51 : 1298-300
5. Coleman JS, Gaydos CA, Witter F. *Trichomonas vaginalis* vaginitis in obstetrics and gynecology practice: new concepts and controversies. Obstet Gynecol Surv. 2013 ; 68 : 43-50.