

## Affections provoquées par les micro-organismes

## Trichomonose

I. ALCARAZ, N. DUPIN, M. JANIER, CH. DERANCOURT, CH. VERNAY-VAISSE,  
S. VERRAES-DERANCOURT ET LA SECTION MST DE LA SFD

**T***richomonas vaginalis* est un protozoaire flagellé, mobile, extracellulaire, anaérobie microaérophile. Première cause d'infection sexuellement transmissible dans le monde (estimation OMS 1999 : 173 millions de nouveaux cas/an), son incidence recule en Occident. Sa prévalence est en fait largement sous-estimée, en partie parce qu'il est insuffisamment recherché et parce que beaucoup de méthodes diagnostiques manquent de sensibilité. Le taux de transmission au cours des rapports sexuels est très élevé (de l'ordre de 80 p. 100), surtout de l'homme à la femme. La transmission non sexuelle est rare, mais théoriquement possible par le linge souillé humide, également lors de l'accouchement.

## 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 p. 100 des cas, l'infection est asymptomatique.

Les formes subaiguës sont les plus fréquentes et représentent 60 à 70 p. 100 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 p. 100), parfois spumeuses (10-33 p. 100).

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 p. 100 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 p. 100 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 p. 100 des cas. Chez l'homme, sur une goutte matinale ou un prélèvement à l'urètre antérieur ou sur le 1<sup>er</sup> jet urinaire. L'examen direct à l'état frais a une sensibilité de 60 à 80 p. 100, 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). Les techniques de biologie moléculaire (PCR) ne sont pas utilisées en routine, mais offrent une sensibilité supérieure à la culture. Elles sont pratiquées sur le 1<sup>er</sup> jet urinaire chez l'homme et sur un prélèvement cervico-vaginal chez la femme.

## Traitement

Recommandations thérapeutiques  
Trichomonose

- Métronidazole *per os* : 2 g - dose unique,
  - ou nimorazole *per os* : 2 g - dose unique,
  - ou métronidazole : 500 mg x 2/jour *per os* x 7 jours.
- La consommation d'alcool est déconseillée.

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 : 2 g/ 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.

## CAS PARTICULIERS

– 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 2 g.

– Allaitement : métronidazole *per os* dose unique 2 g, arrêt de l'allaitement 24 heures.

## Références

1. Wendel KA, Erbelding EJ, Gaydos CA, Rompalo AM. Use of urine polymerase chain reaction to define the prevalence and clinical presentation of *Trichomonas vaginalis* in men attending an STD clinic. *Sex Transm Infect* 2003;79:151-3.
2. Schwebke JR, Hook. High rates of *Trichomonas vaginalis* among men attending a sexually transmitted diseases clinic: implications for screening and urethritis management. *J Infect Dis* 2003;188:465-8.
3. Crucitti T, Van Dyck E, Tehe A, Abdellati S, Vuylsteke B, Buve A, *et al.* Comparison of culture and different PCR assays for detection of *Trichomonas vaginalis* in self collected vaginal swab specimens. *Sex Transm Infect* 2003;79:393-8.
4. Burtin P, Taddio A, Ariburnu O, Einarson TR, Koren G. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. *Ann J Obstet Gynecol* 1995;172:525-9.
5. Crowell AL, Sanders-Lewis KA, Secor WE. *In vitro* metronidazole and tinidazole activities against metronidazole-resistant strains of *Trichomonas vaginalis*. *Antimicrob Agents Chemother* 2003;47:1407-9.