

**Diagnostic des infections
génétales à *Chlamydia*
Trachomatis en
médecine générale**

Congrès SASPAS

1^{er} avril 2014

Nadia HASSAOUI

- Épidémiologie : la plus fréquente des IST bactériennes dans les pays industrialisés. Trois quarts des cas concernent les jeunes entre 15 et 24 ans. Incidence en hausse. Les **femmes** sont environ deux fois plus concernées.
- Physiopathologie : Guérison spontanée lente. Après guérison, l'immunité n'est que partielle et les **réinfestations** sont possibles.
- Clinique : Portage asymptomatique chez 10% des hommes et 50 à 90% des femmes. L'incubation est variable de quelques jours à quelques mois. Elle entraîne une **urétrite** chez l'homme mais peut aussi donner **pharyngites** et **anorectites**. Chez la femme, l'infection entraîne le plus fréquemment une **cervicite**, mais aussi **cystalgies**, **dyspareunies**.

- Complications :
 - chez l'homme : **prostatite, épididymite aiguë**
 - chez la femme : endométrite, salpingite, **algies pelviennes inflammatoires, stérilités tubaires, grossesse extra-utérine**
 - chez les 2 sexes : syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (polyarthrite aiguë ou subaiguë réactionnelle, urétrite, conjonctivite bilatérale, balanite circinées, kératodermie palmo-plantaire psoriasiforme), kératoconjonctivite, arthrite.
 - Chez le nouveau-né (par transmission verticale) : kératoconjonctivite, pneumopathie.
- Diagnostic : Selon les recommandations HAS de 2010, le diagnostic doit se faire par biologie moléculaire sur des auto-prélèvements : **urine du 1^{er} jet chez l'homme et auto-écouvillonnage vaginal**. Chez la femme symptomatique, le prélèvement peut aussi être fait sur un écouvillonnage d'endocol. L'amplification par **PCR** est devenue la technique de diagnostic biologique des chlamydioses: Sp 100% et Se > 95%

- **Traitement** : ATB à forte pénétration cellulaire. Pas d'étude de la sensibilité en routine. Sélection de souches résistantes en présence d'ATB in vitro a été décrite.
- En première intention : **azithromycine en dose unique : 1 g per os** en une seule prise (grande pénétration tissulaire, taux sériques bas, longue durée de vie, peu d'effets indésirables, bonne observance.) **ou doxycycline, 100 mg per os, 2 fois par jour pendant 7 jours.**
- En deuxième intention : érythromycine ou ofloxacine.
- Traitement du/des partenaire(s), relations protégées pendant le traitement. Recherche des autres IST (VIH, syphilis, hépatite B, C, gonocoque). Expliquer les risques de recontamination. Revoir le patient à J7 ou avant si échec du traitement.
- **Contrôle post-traitement à 5 semaines de la fin du traitement.** Et contrôle d'une recontamination éventuelle à 3 ou 6 mois. A défaut, suivi pendant 12 mois.
- **Conclusion** : Intérêt de **l'éducation** sur les MST et l'utilisation du préservatif.

Bibliographie

- Infections génitales à *Chlamydia Trachomatis* (1/2), Revue Prescrire juin 2011/TOME 31N °332:pages445-450
- Item 95 — Maladies sexuellement transmissibles :infections urogénitales à gonocoque et *Chlamydia trachomatis* (en dehors de la maladie de Nicolas-Favre), *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, (2012) Volume 139, Issue 11, Supplement, October 2012, A57-A61
- Anaes. Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *chlamydia trachomatis* en france. Paris : Agence nationales d'accréditation et d'évaluation en santé 2003 Février 2003.
- Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Bibliomed. Quel dépistage pour les IST à *Chlamydia trachomatis* ? Numéro 592 du 24 juin 2010.