

L'essentiel pour la pratique

Infections sexuellement transmissibles à *Chlamydia trachomatis*

Commission fédérale pour la santé sexuelle, Société suisse d'infectiologie

Dr méd. Julia Notter ^a, Dr méd. Brigitte Frey Tirri ^b, Dr méd. Frank Bally ^c, Dr méd. Karoline Aebi Popp ^d, Dr méd. Michal Yaron ^e, Prof. Dr méd. David Nadal ^f, PD Dr méd. Matthias Cavassini ^g, Dr méd. Christoph Hauser ^d, Prof. Dr méd. Pietro Vernazza ^h, Dr méd. Axel Jeremias Schmidt ^h, Prof. Dr méd. Peter Itin ⁱ, PD Dr méd. Jan Fehr ^j, Prof. Dr méd. Alexandra Calmy ^k, Prof. Dr méd. Nicola Low ^l, Prof. Dr méd. Philip Tarr ^a

^a Medizinische Universitätsklinik und Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Frauenklinik, Kantonsspital Baselland, Liestal; ^c Service des Maladies Infectieuses, Institut Central des Hôpitaux, Sion; ^d Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital Bern, Universität Bern;

^e Département de gynécologie et d'obstétrique, Hôpitaux Universitaires de Genève; ^f Pédiatrique Infektiologie, Universitäts-Kinderspital Zürich, Universität Zürich;

^g Service des Maladies Infectieuses, CHUV Lausanne; ^h Klinik für Infektiologie, Kantonsspital St. Gallen; ⁱ Dermatologische Universitätsklinik Basel, Universität Basel;

^j Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, UniversitätsSpital Zürich, Universität Zürich; ^k Service des Maladies Infectieuses, Hôpitaux Universitaires de Genève;

^l Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern



Depuis quelques années, le diagnostic d'infection sexuellement transmissible à *Chlamydia trachomatis* est de plus en plus souvent posé. Les infections à *Chlamydia*, qui touchent principalement les jeunes femmes, sont redoutées en raison du risque d'infection ascendante (maladie inflammatoire pelvienne) et des complications potentielles sévères, telles que grossesse extra-utérine et stérilité. Même si ces troubles sont beaucoup plus rares que ce que l'on pensait, la prise en charge des personnes atteintes doit être améliorée.



Julia Notter

Epidémiologie et clinique

La fréquence des infections à *Chlamydia* augmente-t-elle en Suisse?

En 2015, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a reçu 10 167 déclarations d'infections à *Chlamydia trachomatis*. Ce chiffre les place en première position parmi les infections sexuellement transmissibles à déclaration obligatoire [1]. La fréquence des déclarations

d'infections à *Chlamydia* ayant plus que doublé en Suisse ces dix dernières années (fig. 1), il est nécessaire de poursuivre les efforts entrepris en matière de prévention (fig. 2).

Une étude menée à Bâle fait toutefois penser qu'il pourrait s'agir d'une fausse augmentation: alors que l'on recherche plus fréquemment les *Chlamydia*, le pourcentage de tests positifs est resté stable d'une année sur l'autre. On identifie donc plus d'infections (la plupart du temps asymptomatiques) qu'auparavant [2]. Environ 70% des infections sexuellement transmissibles à *Chlamydia* sont diagnostiquées chez les femmes. Parmi celles-ci, plus de la moitié ont entre 15 et 24 ans et presque toutes sont en âge de procréer (fig. 3).

Les infections à *Chlamydia* sont-elles souvent asymptomatiques?

Oui. Entre 70 et 95% des femmes et plus de 50% des hommes porteurs d'une infection confirmée ne présentent aucun symptôme [3]. Il est donc probable que les cas déclarés à l'OFSP ne constituent que la pointe de l'iceberg. Comme il n'existe que très peu d'analyses, l'incidence et la prévalence des infections à *Chlamydia* en Suisse ne sont pas connues avec exactitude. Dans

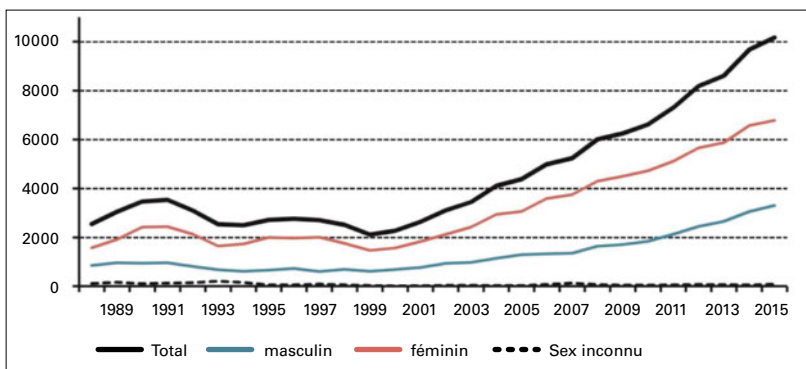


Figure 1: Cas confirmés de chlamydirose, par sexe, depuis le début du recensement, 1988-2015 (de: Office fédéral de la santé publique OFSP. Chlamydirose en Suisse, situation en 2015. Bulletin OFSP. 2016; 46:32-3. Reproduction avec l'aimable autorisation de l'OFSP).

Prise en charge actuelle des infections à *Chlamydia*

Prévention primaire

- Éducation sexuelle par les parents
- Cours de santé sexuelle à l'école
- Promotion de l'utilisation de préservatifs

Dépistage indiqué sur le plan

- Infection symptomatique
- Patients ayant une autre IST
- Partenaires sexuels de patients ayant une IST confirmée
- Avant une interruption de grossesse
- Avant la pose d'un stérilet



Gestion des cas *Chlamydia*

- Technique optimale pour le prélèvement destiné à l'analyse
- Traitement antibiotique des personnes infectées
- Pas de rapports sexuels pendant sept jours sauf avec des partenaires traités
- Tracage actif et traitement de tous les partenaires sexuels des six derniers mois (au minimum du dernier partenaire)
- Test de contrôle 3–6 mois après le traitement antibiotique.

Figure 2: Prise en charge actuelle des infections à *Chlamydia* (illustration: © Randy DuBurke, Binningen, randyduburke.com).
IST = infections sexuellement transmissibles.

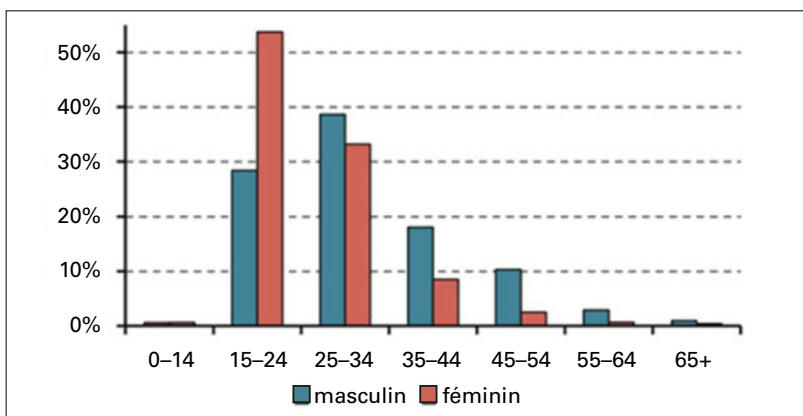


Figure 3: Distribution des cas confirmés de chlamydirose, par classe d'âge et selon le sexe (cas des dernières 5 années combinés).

Source: Office fédéral de la santé publique (OFSP). Chlamydirose en Suisse, situation en 2015. Bulletin OFSP. 2016; 46:32–3. Reproduction avec l'aimable autorisation de l'OFSP.

une étude réalisée chez des patientes et des patients de moins de 30 ans dans des consultations IST¹ dans les cantons du Valais et de Vaud, Bally et al. ont mis en évidence un résultat positif pour les *Chlamydia* chez 5,9% des femmes et 3,9% des hommes [4]. Dans des échantillons aléatoires de la population européenne générale, la prévalence des chlamydioses était de 3,5% chez les femmes et les hommes de moins de 26 ans.

Comment se manifeste une infection à *Chlamydia* symptomatique?

Une infection aiguë à *Chlamydia* peut se manifester, chez les femmes, par des pertes blanches, une dysurie,

des saignements suite à un contact (hémorragies après un rapport sexuel vaginal) et des métrorragies (pertes de sang entre les règles), et, chez les hommes par une dysurie, un écoulement urétral et des douleurs testiculaires. Les infections rectales, presque toujours asymptomatiques, constituent, surtout chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH), une importante source d'infection pour les partenaires sexuels. Les infections pharyngées sont elles aussi généralement asymptomatiques; mais, comme leur prévalence est très faible, elles ne sont pas considérées comme une cause importante de contamination des partenaires.

Le risque de complications graves après une infection à *Chlamydia* est-il élevé?

Les infections à *Chlamydia* sont classiquement redoutées parce qu'elles peuvent entraîner chez la femme des complications graves telles que maladie inflammatoire pelvienne (MIP), grossesse extra-utérine et stérilité (fig. 4). Le risque que représentent exactement ces complications est difficile à estimer, mais il est très vraisemblablement beaucoup plus faible que ce que l'on pensait jusqu'ici. Une analyse approfondie récente estime que 1000 infections à *Chlamydia* chez les femmes entre 16 et 44 ans entraînent en moyenne 171 épisodes de MIP, provoquent deux grossesses ectopiques et aboutissent à une stérilité chez cinq femmes [5]. Les autres complications des infections à *Chlamydia* sont, plus rarement, la péri-hépatite (syndrome de Fitz-Hugh-Curtis) et l'arthrite réactionnelle séronégative.

¹ Infections sexuellement transmissibles

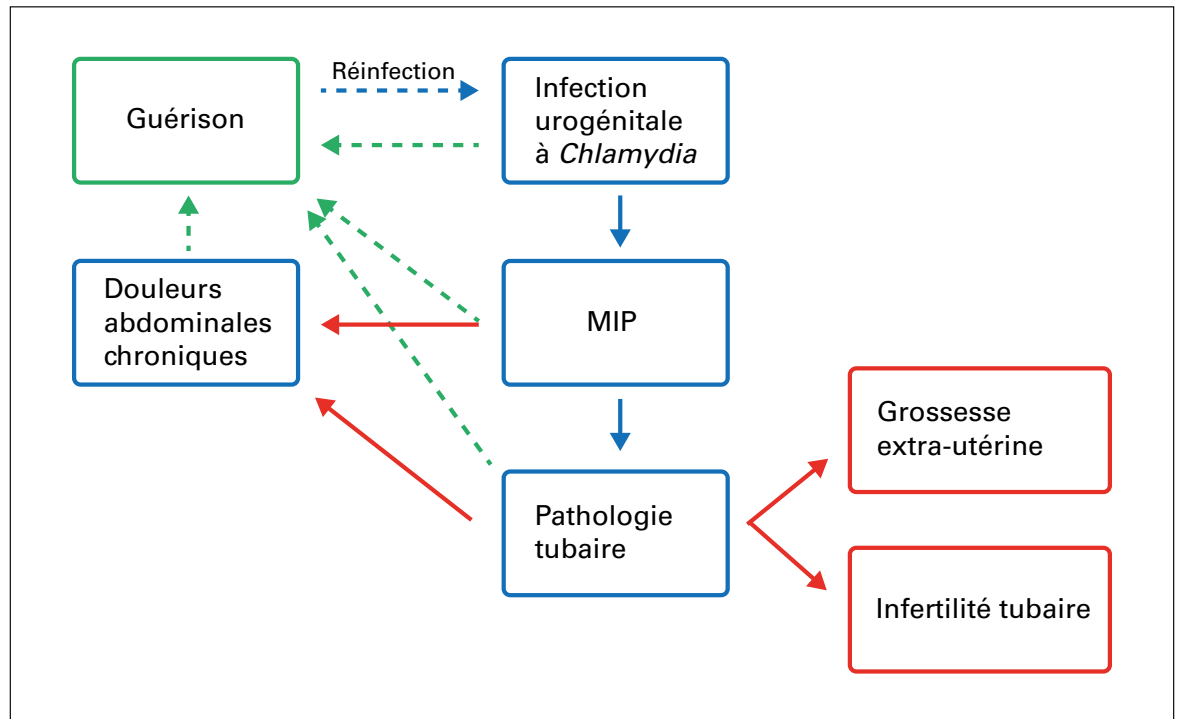


Figure 4: Evolution d'une infection à *Chlamydia* et complications possibles (modifié d'après [23]). Les flèches bleues montrent l'évolution naturelle d'une infection à *Chlamydia*. Les flèches rouges correspondent aux complications possibles. Les flèches vertes indiquent une guérison avec ou sans traitement. MIP, maladie inflammatoire pelvienne.

Les grossesses ectopiques et la stérilité sont des complications possibles de la MIP. Il s'agit là d'une atteinte du tractus génital *supérieur*, et non d'une infection asymptomatique du tractus génital *inférieur*. Mais il n'est pas rare qu'une MIP soit asymptomatique, comme semble le montrer la prévalence des anticorps anti-*Chlamydia* nettement plus élevée chez les femmes (sans antécédents de MIP) atteintes d'une stérilité tubaire que chez les femmes sans stérilité tubaire.

Dans de nombreux pays, la fréquence des MIP a diminué ces dernières années, mais on ne sait pas si cette évolution est liée à l'intensification du dépistage des *Chlamydia* ou à une autre cause. En effet, dans les pays où ces tests sont fréquents, la prévalence est du même ordre de grandeur que dans ceux où ils sont peu pratiqués, et la tendance générale constatée est à la raréfaction des MIP [6, 7].

Les hommes peuvent-ils aussi devenir stériles après une infection à *Chlamydia*?

Concernant les hommes, les données indiquant que les infections à *Chlamydia* sont susceptibles de provoquer une stérilité sont rares. Par conséquent, chez eux, le traitement ne vise pas en premier lieu à maintenir la fertilité, mais à atténuer les symptômes, à prévenir les épидидymites et les orchites, et à freiner la transmission de la maladie.

Diagnostic

Quelle est la marche à suivre pour diagnostiquer une infection à *Chlamydia*?

La démarche optimale est résumé au tableau 1 [8]. Pour le diagnostic d'infection à *Chlamydia*, nous ne recommandons plus que l'amplification génique (p. ex. au moyen de la réaction en chaîne par polymérase, PCR). Cette méthode diagnostique, beaucoup plus sensible, a largement supplanté toutes les autres. Chez la femme, on privilégiera les frottis cervicaux ou vaginaux, car les échantillons d'urine n'ont pas une très bonne sensibilité; à employer seulement lorsqu'on ne dispose pas de frottis. Chez l'homme, la méthode consiste à prélever le premier jet d'urine; la dernière miction doit remonter à une heure au minimum (mais cette règle n'est malheureusement pas toujours respectée dans la pratique clinique). Le frottis superficiel au niveau du méat urétral, selon les données les plus récentes, semble avoir à peu près la même sensibilité qu'un échantillon de premier jet urinaire et qu'un frottis urétral plus profond (2–4 cm); en outre, il est moins douloureux que ce dernier [9–11]. En effet, la crainte d'un prélèvement urétral douloureux a, dans le passé, dissuadé plus d'un homme atteint d'urétrite de se soumettre à un diagnostic d'IST. Pour les infections rectales ou pharyngées, la PCR s'effectue sur un frottis

Tableau 1: Démarche diagnostique optimale pour les infections à *Chlamydia*.

Frottis vaginal/ cervical	Les deux sites de prélèvement ont pratiquement la même sensibilité Frottis vaginal: racler la paroi vaginale, avec trois rotations de l'écouvillon Frottis cervical: à faire avant le test de Papanicolaou; enlever les sécrétions cervicales avec un coton, introduire l'écouvillon au minimum 1 à 2 cm à l'intérieur du col et racler la paroi (deux rotations au moins)
Frottis du méat/ frottis urétral	Chez l'homme, le frottis urétral et le frottis du méat semblent être aussi sensibles que le premier jet d'urine.
Prélèvement d'urine	Premier jet, au maximum 20 ml Prélever au moins 1 h après la dernière miction Chez la femme, moins sensible que le frottis vaginal ou cervical
Frottis anal	Pas de lubrifiant ni d'anesthésie locale Avec un léger mouvement de rotation, introduire l'écouvillon assez profondément (3 à 5 cm; la partie ouatée ne doit plus être visible) Avec un mouvement prudent de rotation et une légère pression pendant 30 secondes, racler la paroi anale afin d'accroître l'absorption des <i>Chlamydia</i> et des gonocoques par le coton
Frottis pharyngé	Racler soigneusement la paroi postérieure du pharynx, amygdales comprises
Avant d'expédier le frottis	Frotter pendant 15 secondes le coton sur la paroi du tube pour en extraire les agents pathogènes et les faire passer dans le liquide

anal ou pharyngé. Les patientes peuvent pratiquer elles-mêmes un frottis au niveau du vagin, les patients au niveau du méat urinaire ou du rectum, s'ils ont reçu les instructions ad hoc [8, 10, 12].

Lorsqu'une infection à *Chlamydia* a été mise en évidence, faut-il rechercher d'autres IST?

Le dépistage du VIH, de la gonorrhée et de la syphilis doit être envisagé chez toute personne atteinte d'une infection à *Chlamydia* documentée. Inversement, en cas d'urétrite confirmée (à gonocoques par ex.), il faut rechercher une infection à *Chlamydia* ainsi que les autres IST. En Suisse, la plupart des femmes de moins de 25 ans ne font pas partie d'un groupe à risque de VIH, mais, selon le risque individuel (notamment migrantes issues d'Afrique sub-saharienne ou travailleuses du sexe), une sérologie VIH est conseillée. Une IST constitue en outre une bonne occasion de s'assurer que la patiente est vaccinée contre l'hépatite B.

Faut-il rechercher des *Chlamydia* chez toutes les personnes asymptomatiques?

Non. En Suisse, il n'existe actuellement ni campagnes officielles de dépistage des infections à *Chlamydia*, ni recommandations relatives à l'utilisation de ces tests. Les programmes de dépistage sont complexes et coûteux, car ils exigent un taux de tests très élevé. Or les porteurs asymptomatiques de *Chlamydia* sont difficiles à atteindre. De plus, nous ne disposons pas d'éléments prouvant que le dépistage intensif de la maladie réduit sa prévalence dans la population, ni la fréquence des nouvelles contaminations ou les complications affectant la santé reproductive à long terme.

Dans une étude britannique, le dépistage des chlamydioses et le traitement antibiotique des femmes de moins de 27 ans sexuellement actives a fait passer le risque de MIP de 1,9 à 1,3% l'année suivante [13]. De ce fait, l'«International Union against sexually transmitted infections» (IUSTI) [3] et les «Centers for Disease Control and Prevention» (CDC) américains [14] recommandent le dépistage des *Chlamydia* chez les femmes présentant les facteurs de risque suivants: moins de 25 ans, nouveau partenaire sexuel ou plus d'un partenaire sexuel durant l'année écoulée. Cette stratégie n'est pas officiellement appliquée en Suisse. De nombreux gynécologues pratiquent toutefois une sorte de dépistage des *Chlamydia*: ils proposent une recherche de *Chlamydia* aux femmes de moins de 25 ans sexuellement actives mais asymptomatiques quand elles viennent consulter pour un contrôle annuel. De plus, ils réalisent souvent un dépistage – sans qu'il y ait une recommandation officielle – avant les interventions chirurgicales sur l'appareil génital, une interruption de grossesse et la pose d'un stérilet, ainsi que pendant la grossesse, car les femmes enceintes porteuses de *Chlamydia* présentent un risque accru d'accouchement prématuré et, après une naissance par voie vaginale, l'enfant d'une mère non traitée risque de contracter une conjonctivite et une pneumonie.

Traitement et prise en charge des partenaires

Comment traite-t-on une infection sexuellement transmissible à *Chlamydia*?

Dans le cas d'une infection à *Chlamydia* non compliquée, il existe deux traitements de première intention possibles (tab. 2):

Tableau 2: Recommandations pour les infections à *Chlamydia trachomatis* et les syndromes / agents pathogènes associés.

Clinique, agent pathogène	Traitement de première intention	Alternative	Commentaire
Infection à <i>Chlamydia</i> génitale, pharyngée ou rectale non compliquée	– Doxycycline 100 mg PO 2 x/jour pendant 7 jours* – Azithromycine 1 g PO, dose unique	– Erythromycine 500 mg 2 x/jour pendant 7 jours – Lévofloxacine 500 mg 1 x/jour pendant 7 jours* – Ofloxacine 200 mg 2 x/jour pendant 7 jours *	– Traitement des partenaires – Pas de rapports sexuels pendant sept jours après le début du traitement, traitement des partenaires et disparition des symptômes (sauf si traitement simultané des partenaires) – En cas d'infection rectale, privilégier la doxycycline* – Contrôle thérapeutique par PCR au plus tôt quatre semaines après la fin du traitement, si azithromycine pour infection rectale, traitement de seconde intention, grossesse ou complication (MIP)
Lymphogranulome vénérien	– Doxycycline 100 mg 2 x/jour pendant 3 semaines	– Azithromycine 1 g 1 x/semaine pendant 3 semaines – Erythromycine 500 mg 4 x/jour pendant 3 semaines	– À l'heure actuelle presque uniquement clinique ano-rectale, surtout chez les HSH VIH-positifs – Demander l'avis d'un spécialiste
Maladie inflammatoire pelvienne	– Demander l'avis d'un gynécologue ou d'un infectiologue		

* Contre-indication: grossesse

HSH = hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

- doxycycline 100 mg PO 2 x/jour pendant 7 jours (contre-indication: grossesse);
- azithromycine 1 g dose unique PO.

Dans une étude randomisée, les deux antibiotiques présentent un taux de guérison de plus de 97% [15]. Il semblerait que la doxycycline, en particulier dans les infections à *Chlamydia* rectales et pharyngées, soit plus efficace que l'azithromycine, raison pour laquelle ce choix thérapeutique semble préférable. Mais l'azithromycine a pour avantage de ne nécessiter qu'une prise unique, qui peut être administrée en présence du médecin. En Allemagne, les recommandations [16] ne prévoient que la doxycycline en première intention. Les dernières recommandations, qu'elles soient européennes (IUSTI) [3], britanniques (BASHH) [12] ou américaines (CDC) [14], considèrent les deux traitements comme équivalents. Mais on examine actuellement la possibilité de privilégier en général la doxycycline à l'azithromycine. Aucune résistance aux antibiotiques n'a été observée jusqu'à présent avec les *Chlamydia*, contrairement à ce qui est le cas aujourd'hui avec les gonocoques (voir l'article du *Forum Médical Suisse* [17]).

Faut-il traiter les partenaires sexuels des personnes présentant une infection asymptomatique à *Chlamydia*?

Oui. Plus de la moitié des partenaires sexuels des personnes porteuses de *Chlamydia* sont aussi infectés. Afin de prévenir la transmission de la maladie et les réinfections, le traitement des partenaires représente donc une composante clé de tout traitement des infections à *Chlamydia*. Il faudrait traiter, idéalement, tous les partenaires des six derniers mois mais, au minimum, ceux des quatre dernières semaines. En dehors

d'une relation sexuelle avec un partenaire traité simultanément, les patients devraient éviter d'avoir des rapports sexuels pendant au moins une semaine à compter du début du traitement, et ce, jusqu'à ce que les éventuels symptômes aient disparu. Cette règle concerne aussi bien le cas index que les partenaires sexuels. Si ceux-ci ne viennent pas consulter directement, le médecin peut donner à la personne infectée une ordonnance d'antibiotiques à leur intention.

Faut-il contrôler l'effet du traitement antibiotique (test de guérison)?

Un test de guérison n'est pas nécessaire si le patient est redevenu asymptomatique à l'issue du traitement. En revanche, il est à répéter si les symptômes persistent, s'il y a un doute quant à la prise des antibiotiques ou si une réinfection est possible. Important: la PCR doit être faite *au plus tôt quatre semaines après la fin du traitement*, car, jusque-là, on risque de trouver encore du matériel génétique appartenant aux *Chlamydia* tuées, même si l'antibiothérapie a été efficace.

Il faudrait aussi s'assurer que la personne est bien guérie en cas d'infection pendant la grossesse et d'infection compliquée (MIP), ainsi qu'après un traitement non conventionnel.

Faut-il rechercher une réinfection après une infection à *Chlamydia* traitée?

Il est recommandé de rechercher à nouveau les *Chlamydia* trois à six mois après le traitement: on en retrouve alors chez un assez grand nombre de patients. En fonction de l'anamnèse sexuelle, il convient dans ce cas de déterminer si une nouvelle infection est possible (pas de traitement des partenaires ou insuffisant, nouveaux partenaires) ou si l'antibiotique n'a pas été pris.

Récemment, chez la femme, on a envisagé plus souvent l'éventualité d'une auto-inoculation rectum-vagin ou vagin-rectum, même en l'absence de rapport sexuel anal [18, 19]. Une réinfection génitale après une antibiothérapie correcte pourrait donc survenir dans le cadre d'une infection asymptomatique à la suite de la colonisation de l'intestin, où l'azythromycine semble être moins efficace. En cas de mise en évidence répétée de *Chlamydia* vaginales, il semble donc justifié de faire un frottis anal en plus du frottis vaginal; en outre, une explication autre qu'une réinfection acquise par voie sexuelle soulage souvent la patiente du point de vue psychologique.

Faut-il toujours donner un traitement contre les *Chlamydia* en cas de MIP?

Oui, même si les frottis sont négatifs, car on retrouve la présence de *Chlamydia* dans 20% des MIP. Elles sont donc fréquentes dans cette pathologie, et un frottis cervical ou vaginal négatif ne permet pas d'exclure avec certitude une infection à *Chlamydia* des trompes ou des ovaires. Le traitement d'une MIP est toujours un traitement combiné; suivant la gravité et le germe responsable, le médecin ne devrait l'instaurer qu'après avoir demandé l'avis d'un spécialiste.

À quoi faut-il faire particulièrement attention chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH)?

La prévalence des infections rectales à *C. trachomatis* est accrue chez les HSH ayant des rapports anaux dits «passifs». Ces infections sont asymptomatiques dans 90% des cas. Il est donc recommandé de proposer régulièrement, chez les HSH, une recherche de *Chlamydia* rectales, pharyngées et génitales ainsi que des autres IST, en particulier le VIH, les gonocoques et la syphilis [20].

Il faut aussi, pour toute infection symptomatique à *Chlamydia* génitale ou rectale, en particulier chez les HSH séropositifs pour le VIH, rechercher un lymphogranulome vénérien, c'est-à-dire une infection à *Chlamydia trachomatis* avec les sérovars L1, L2 ou L3. Un lymphogranulome vénérien peut être asymptomatique ou entraîner une proctite, des ulcérations anales superficielles, un ténesme et un écoulement anal. En l'absence de traitement, des complications graves, telles qu'abcès, fistules, nécroses, lymphangite chronique ou sténose du rectum, sont possibles.

Le diagnostic de lymphogranulome vénérien se fait également par PCR, à partir d'un frottis au niveau du rectum ou d'une ulcération, ou encore d'une ponction ganglionnaire. Quand *C. trachomatis* est détecté dans un frottis rectal, il faudrait toujours demander au labo-

ratoire un génotypage du sérovar par une PCR spécifique (le lui préciser). Le traitement d'un lymphogranulome vénérien est plus long: doxycycline 100 mg 2 x/jour pendant 3 semaines.

Quels sont la méthode diagnostique et le traitement en cas d'urétrite symptomatique?

Pour un bon résumé de la clinique, du diagnostic et du traitement, voir les articles de Kälin et al. dans le *Forum Médical Suisse* [21, 22]. Lorsque l'infrastructure est disponible, l'examen direct du frottis urétral permet de distinguer rapidement et efficacement une infection à *Chlamydia* de la gonorrhée en cas d'urétrite symptomatique: avec une sensibilité élevée, la détection de diplocoques intragranulocytaires au microscope permet de diagnostiquer la gonorrhée. Nota bene: la sensibilité technique de l'examen microscopique ne permet pas d'exclure la gonorrhée cervicale ou rectale; ce type de test ne doit d'ailleurs pas être effectué chez des personnes asymptomatiques. Le rôle pathogène de *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma* et *Gardnerella* n'a pas encore été démontré clairement jusqu'ici.

Existe-t-il aussi des infections à *Chlamydia trachomatis* chez l'enfant?

Les nouveau-nés et les nourrissons peuvent présenter des infections à *C. trachomatis*, qui indiquent une infection chez les parents. Ils s'infectent pendant l'accouchement lors de leur passage à travers le col utérin contaminé. Par conséquent, si l'on diagnostique une infection à *Chlamydia* chez un enfant, il est recommandé de tester et de traiter les parents.

Chez les nouveau-nés, une sécrétion conjonctivale muco-purulente parfois hémorragique, associée à un œdème palpébral marqué, apparaît entre le 5 et le 11 jour, d'abord d'un seul côté. Pour le diagnostic différentiel, il faut penser à une conjonctivite due à une anomalie congénitale (membrane de Hasner à l'embouchure du canal lacrymo-nasal). De ce fait, la mise en évidence de *C. trachomatis* par PCR ou immunofluorescence à partir d'un frottis des conjonctives est essentielle.

Les nourrissons peuvent présenter des infections à *Chlamydia* des voies aériennes supérieures, sous forme de rhinopharyngite ou d'otite, parfois accompagnées d'adénopathies pré-auriculaires. Le diagnostic fait appel à une PCR sur frottis nasopharyngé. Mais, comme la symptomatologie n'est généralement pas spécifique, il n'est souvent pas posé. Beaucoup plus caractéristique est la pneumonie apparaissant entre la 3 et la 19 semaine, qui se manifeste chez un nourrisson non fébrile par une toux en staccato, comparable à celle de la coqueluche, un râle expiratoire, une tachypnée et une éosinophilie (>600/µl). La mise en évidence d'an-

L'essentiel pour la pratique

- Les infections sexuellement transmissibles à *Chlamydia trachomatis* sont les infections sexuellement transmissibles à déclaration obligatoire les plus fréquentes en Suisse. Cette augmentation du nombre de cas est probablement due à l'augmentation du nombre de tests effectués.
- Les complications graves telles que maladie inflammatoire pelvienne, stérilité tubaire, grossesse extra-utérine et douleurs pelviennes chroniques sont rares dans les infections à *Chlamydia* asymptomatiques.
- Le dépistage systématique des *Chlamydia* et les tests chez toutes les femmes asymptomatiques ne sont pas recommandés à l'heure actuelle, car leur utilité potentielle n'est pas bien documentée.
- La méthode diagnostique de choix est l'amplification génique à partir d'un frottis vaginal ou cervical (femme), du premier jet d'urine, d'un frottis urétral ou d'un frottis du méat (homme), ainsi que d'un frottis rectal chez les femmes et les hommes pratiquant le sexe anal passif.
- Les infections à *Chlamydia* sans complications sont traitées par la doxycycline 100 mg 2x/jour PO pendant sept jours ou l'azithromycine 1 g PO en dose unique. Tous les partenaires sexuels des six derniers mois doivent également être traités.
- Dans les infections à *Chlamydia* rectales symptomatiques, recherche d'un granulome vénérien.

ticorps IgM anti-*C. trachomatis* permet de poser le diagnostic.

Le traitement des nouveau-nés et des nourrissons se fait par voie orale, avec de la clarithromycine ($2 \times 10-15$ mg/kg/jour pendant 14 jours) ou de l'azithromycine (1×10 mg/kg/jour pendant 3 jours). La conjonctivite n'entraîne pas de trachome cicatriciel.

Il faut aussi penser à une infection à *C. trachomatis* après un abus sexuel avéré ou possible (jeunes enfants).

Cet article paraît en parallèle dans l'OFSP-Bulletin n° 35/2017.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

- 1 Office fédéral de la santé publique OFSP. VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydie en Suisse en 2015: survol épidémiologique. Bulletin OFSP. 2016;12-3.
- 2 Testing for Chlamydia trachomatis: time trends in positivity rates in the canton of Basel-Stadt, Switzerland. Epidemiology and Infection. 2012;141:1953.
- 3 Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS. 2015;27:333-48.

- 4 Bally F, Quach A, Greub G, et al. Opportunistic testing for urogenital infection with Chlamydia trachomatis in south-western Switzerland, 2012: a feasibility study. Euro Surveill. 2015;20:21051.
- 5 Price MJ, Ades AE, Soldan K, et al. The natural history of Chlamydia trachomatis infection in women: a multi-parameter evidence synthesis. Health Technol Assess. 2016;20:1-250.
- 6 Rekart ML, Gilbert M, Meza R, et al. Chlamydia public health programs and the epidemiology of pelvic inflammatory disease and ectopic pregnancy. J Infect Dis. 2012;207:30-8.
- 7 Moore MS, Golden MR, Scholes D, Kerani RP. Assessing Trends in Chlamydia Positivity and Gonorrhoea Incidence and Their Associations With the Incidence of Pelvic Inflammatory Disease and Ectopic Pregnancy in Washington State, 1988-2010. Sex Transm Dis. 2015;43:2-8.
- 8 Papp JR, Schachter J, Gaydos CA, Van Der Pol B. Recommendations for the Laboratory-Based Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae - 2014. MMWR - Recommendations and Reports. 2014;63:1-19.
- 9 Berry L, Stanley B. Comparison of self-collected meatal swabs with urine specimens for the diagnosis of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in men. J Med Microbiol. 2017;66:134-6.
- 10 Dize L, Barnes P, Barnes M, et al. Performance of self-collected penile-meatal swabs compared to clinician-collected urethral swabs for the detection of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, and Mycoplasma genitalium by nucleic acid amplification assays. Diagn Microbiol Infect Dis. 2016;86:131-5.
- 11 Dize L, Agreda P, Quinn N, Barnes MR, Hsieh Y-H, Gaydos CA. Comparison of self-obtained penile-meatal swabs to urine for the detection of C. trachomatis, N. gonorrhoeae and T. vaginalis. Sex Transm Infect. 2012;89:305-7.
- 12 Nwokolo NC, Dragovic B, Patel S, Tong CYW, Barker G, Radcliffe K. 2015 UK national guideline for the management of infection with Chlamydia trachomatis. Int J STD AIDS. 2015;27:251-67.
- 13 Oakshott P, Kerry S, Aghaizu A, et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial. BMJ. 2010;340:c1642.
- 14 Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64:1-137.
- 15 Geisler WM, Uniyal A, Lee JY, et al. Azithromycin versus Doxycycline for Urogenital Chlamydia trachomatis Infection. N Engl J Med. 2015;373:2512-21.
- 16 Bremer V, Brockmeyer NH, Frobenius W, et al. S2k-Leitlinie: Infektionen mit Chlamydia trachomatis. AWMF online 2016;
- 17 Toutous Trelu L, Oertle D, Itin P, Furrer H, Scheidegger C, Stoeckle M, et al. Gonorrhée: nouvelles recommandations en matière de diagnostic et de traitement. Forum Méd Suisse. 2014;14(20):407-9.
- 18 Heijne JCM, van Liere GAFS, Hoebe CIPA, Bogaards JA, van Benthem BHB, Dukers-Muijers NHTM. What explains anorectal chlamydia infection in women? Implications of a mathematical model for test and treatment strategies. Sex Transm Infect. 2016;sex-trans-2016-052786.
- 19 Rank RG, Yeruva L. Hidden in plain sight: chlamydial gastrointestinal infection and its relevance to persistence in human genital infection. Infect Immun. 2014; 82:1362-71.
- 20 Office fédéral de la santé publique OFSP - 2011. Le sexe entre hommes: vers une meilleure santé sexuelle 2012. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/broschueren/publikationen-uebertragbare-krankheiten/maenner-sex.html>
- 21 Kälin U, Lauper U, Lautenschlager S. L'urétrite. 1^{re} partie: Spectre des agents pathogènes, diagnostic et traitement. Forum Méd Suisse. 2009;09(05):101-4.
- 22 Kälin U, Lauper U, Lautenschlager S. L'urétrite. 2^e partie: Spectre des agents pathogènes, diagnostic et traitement. Forum Méd Suisse. 2009;09(06):121-4.
- 23 Prevention ECDC. Scientific advice: Guidance on chlamydia control in Europe. 2015. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/chlamydia-control-europe-guidance.pdf>

Correspondance:
Prof. Dr méd. Philip Tarr
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
[philip.tarr\[at\]unibas.ch](mailto:philip.tarr[at]unibas.ch)