

# Infections urogénitales à gonocoque et *Chlamydia trachomatis* (en dehors de la maladie de Nicolas Favre) (95b)

Professeur Jean-Claude BEANI  
Janvier 2004 (Mise à jour mai 2005)

## Résumé :

*Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, isolément ou en association, sont responsables de la majorité des infections uro-génitales sexuellement transmises chez l'homme, et d'une bonne part des cervicovaginites de la femme.

## Mots-clés :

Urétrites, gonocoques, chlamydia.

## Références :

- Dermatologie et Vénérologie, J.H Saurat, E. Grosshans, P. Laugier, JM. Lachapelle, Masson, 3ème Edition, 1999
- Dermatologie Abrégés connaissance et pratique DERMATOLOGIE Masson 2003- Collège des enseignants de dermatologie.

## Liens :

- Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble. Les infections génitales chez la femme : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/gyneco/gyneco/88/lecon88.xml>

## 1. Epidémiologie

Le gonocoque, *Neisseria gonorrhoeae*, est un diplocoque encapsulé, Gram négatif, intra ou extra cellulaire dont la transmission est presque toujours sexuelle. Après un pic dans les années 70, l'incidence de la gonococcie a considérablement chuté dans les pays de l'Europe de l'Ouest et les nouveaux cas sont le plus souvent importés. Des souches de gonocoques résistants à la pénicilline par production de  $\beta$ -lactamase, puis plus rarement aux tétracyclines, sont apparues depuis 1976.

*Chlamydia trachomatis* est une bactérie intracellulaire obligatoire dont les sérotypes D à K sont responsables d'infections urogénitales sexuellement transmises. L'infection à *Chlamydia trachomatis* est devenue 50 à 80 fois plus fréquente que la gonococcie et représente la première maladie bactérienne sexuellement transmissible dans les pays industrialisés. Contrairement à la gonococcie les infections à *Chlamydia trachomatis* seraient plutôt fréquentes chez les femmes appartenant à des classes sociales favorisées.

## 2. Clinique

### 2.1. Manifestation urogénitales basses chez l'homme

Après une incubation courte de 2 à 5 jours l'urétrite aiguë (généralement gonococcique) se manifeste par des brûlures mictionnelles intenses, une dysurie et un écoulement purulent jaune verdâtre, souvent abondant en dehors des mictions.

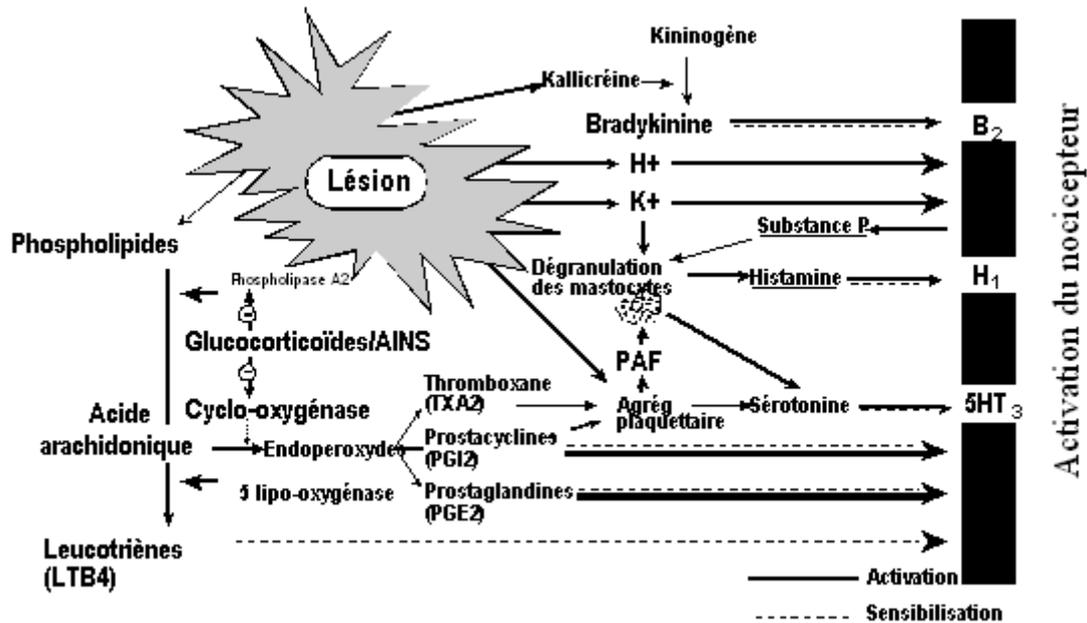


Photo : urétrite aiguë (J.C. Béani)

Après une incubation plus longue de 7 à 10 jours, l'urétrite subaiguë le plus souvent (Chlamydienne) associe un écoulement souvent clair et visqueux ou trouble plus que purulent (goutte matinale) à quelques brûlures mictionnelles ou urétrales. Les formes découvertes lors d'examen systématique à l'occasion d'une infection du partenaire, représentent 10 à 20 p. 100 des infections à gonocoque et 50 à 90 p. 100 des infections à *Chlamydia trachomatis*.

## 2.2. Manifestations urogénitales basses chez la femme

La cervicite est la manifestation la plus fréquente et se traduit par des leucorrhées, jaunes ou blanches, parfois peu différentes en quantité des pertes physiologiques. Elle est dans 50 à 90% des cas totalement asymptomatique. L'examen au spéculum montre une fragilité du col de l'utérus, des sécrétions mucopurulentes, c'est le plus souvent une découverte d'examen gynécologique systématique ou motivé par l'urétrite du partenaire. Une urétrite est souvent associée à la cervicite en cas de gonococcie.

## 2.3. Dans les deux sexes

Anorectite purulente.

## 3. Evolution et complications

### 3.1. Complications loco-régionales chez l'homme

Prostatite et orchépididymite sont rares et les rétrécissements urétraux sont devenus exceptionnels.

### 3.2. Complications loco-régionales chez la femme

Elles sont beaucoup plus fréquentes. La complication majeure est la salpingite. Beaucoup plus souvent subaiguë ou chronique qu'aiguë, de diagnostic tardif avec à terme un risque de stérilité tubaire et de grossesse extra-utérine.

*Chlamydia trachomatis* est responsable de 50% des salpingites chez les femmes jeunes et de 70% des stérilités tubaires, les salpingites gonococciques sont rares actuellement.

### 3.3. Complications générales

- **Septicémie subaiguë à gonocoque** : Caractérisée par une poly ou une oligoarthrite asymétrique, dans un contexte subfébrile, associée à des signes cutanés (pustules d'un halo érythémateux siégeant aux extrémités, dans les régions para-articulaires).
- **Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter** : Il associe : une conjonctivite bilatérale, des signes articulaires (polyarthrite asymétrique aiguë ou subaiguë touchant surtout les grosses articulations et atteinte axiale, et des signes cutanéomuqueux (balanite circinée, lésions psoriasiformes).

### 3.4. Risque de transmission au nouveau-né

- **Conjonctivites néonatales** : Les conjonctivites néonatales purulentes (risque de cécité) ont disparu avec l'instillation conjonctivale systématique de nitrate d'argent ou d'antibiotique lors de tout accouchement.
- **Pneumopathie néonatale** : *Chlamydia trachomatis* est l'étiologie principale.

## 4. Diagnostic Biologique

### 4.1. Méthode de recueil

- **L'examen extemporané des sécrétions génitales « spontanées »** : Deux lames sont examinées, l'une avec du sérum physiologique, l'autre avec de la potasse à 5 ou 10%. Chez l'homme on peut ajouter une lame colorée par le bleu de méthylène, le Gram, ou le May-Grumwald-Giemsa.
- **Le prélèvement** : Le prélèvement est fait au niveau de l'urètre chez l'homme et de l'urètre et du col utérin chez la femme, d'abord pour la recherche du gonocoque à l'aide d'un écouvillon fin, puis pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'un écouvillon en dacron ou d'une curette ophtalmologique. Selon le contexte on fera des prélèvements complémentaires de l'anus, de la muqueuse rectale et du pharynx.

### 4.2. Identification des germes

- **Infection à gonocoque** : Chez l'homme l'examen extemporané est un examen simple, sensible (85%) et spécifique, il n'en est pas de même chez la femme. La certitude absolue est apportée par la culture. Elle est réalisée sur milieux spécifiques (gélose

chocolat ou de Thayer-Martin au sang cuit) dont les résultats sont obtenus en 24 à 48 heures. La culture permet également de faire un antibiogramme et de rechercher la production de  $\beta$ -lactamase. Il n'existe pas de sérologie fiable des infections gonococciques.

- **Infection à *Chlamydia trachomatis*** : Le diagnostic biologique d'infection à *Chlamydia trachomatis* est délicat, surtout chez la femme :
  - l'examen direct du frottis après coloration n'a pas de valeur
  - les examens directs rapides (immunofluorescence sur lame ou techniques immunoenzymatiques) ont une bonne spécificité mais manquent gravement de sensibilité, ils sont disponibles en routine dans tous les laboratoires ;
  - l'examen de référence est la culture sur milieux cellulaires (cellules HeLa 229 ou Mc Coy), coûteux, et réservé à des laboratoires spécialisés
  - les techniques d'amplification génique de type *Polymerase Chain Reaction* (PCR) ou *Ligase Chain Reaction* (LCR) ont une excellente sensibilité et sont réalisables sur un premier jet d'urine. Elles ne sont pas disponibles partout en routine, mais devraient dans les années qui viennent prendre le pas sur la culture
  - les sérologies de *Chlamydia trachomatis*, bien que largement prescrites, n'ont aucun intérêt dans la prise en charge des infections urogénitales basses chez l'homme ou non compliquées chez la femme

## 5. Traitement

### 5.1. Les principes

- Instaurer le traitement probabiliste au vu des données de la clinique, sans demander ou sans attendre les résultats d'examens biologiques devant :
  - tout patient occasionnel, qui risque de ne pas être revu ;
  - toute urétrite masculine ; surtout si elle est aiguë (gono)
  - toute cervicite purulente ou mucopurulente non compliquée
  - tout partenaire d'un sujet ayant une urétrite ou une cervico-vaginite
- Ne réserver les examens biologiques aux situations particulières :
  - suspicion d'une infection haute
  - rechute clinique
- Traitement minute pour la gonococcie
- Proposer une sérologie VIH et une sérologie des tréponématoses
- Rechercher les sujets « intacts »

### 5.2. Moyens

#### 5.2.1. Gonococcie

- Antibiotiques possibles :
  - Ciprofloxacine (Ciflox) une prise orale unique de 500mg.
  - Ceftriaxone (Rocéphine) 250 mg une injection unique intramusculaire
  - Cefixime (Oroken) une prise orale unique de 400mg.

- Spectinomycine, une injection IM de 2g de Trobicine (efficacité un peu moindre dans les localisations pharyngées ou anorectales, mais son coût est très peu élevé).
- Associer systématiquement un traitement anti-chlamydia

### 5.2.2. Infections génitales à *Chlamydia trachomatis*

- Cyclines : Tétracyclines 500mg × 4 ou 100mg × 2 de doxycycline ou 100mg/jour de minocycline pour une durée de 7 jours dans les formes non compliquées, de 15 jours pour les formes compliquées.
- Azithromycine : une prise orale unique d'un gramme de *Zithromax*® est aussi efficace que 7 jours de tétracyclines, la tolérance est excellente mais le coût est élevé.

### 5.3. Suivi clinique

- Revoir le patient au bout de 7 jours :
  - En cas de guérison clinique, simple stratégie de dépistage des MST
  - En cas d'échec clinique :
    - rechercher une mauvaise compliance au traitement ;
    - évoquer une recontamination ;
    - en leur absence recourir aux examens biologiques et adapter le traitement aux résultats.
- Si sérologie VIH est négative, la renouveler deux à trois mois après l'actuelle consultation.