



CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Auteur : Dr Hanna Ballout

Dernière mise à jour : 07/2023

Tableau clinique initial

Femmes

Symptômes

- Asymptomatiques dans 70 à 95 % des cas
- Pertes vaginales abondantes ou anormales
- Spotting, saignement post-coïtal
- Dysurie
- Dyspareunie
- Douleurs abdominales basses

Signes cliniques

- Écoulement muco-purulent au niveau du cervix, col saignant facilement au contact du spéculum
- Bas abdomen et/ou pelvis sensible
- Sensibilité cervicale lors de l'examen

Hommes

Symptômes

- Asymptomatiques dans > 50 % des cas
- Écoulement urétral
- Picotement urétral
- Dysurie
- Douleur testiculaire

Signes cliniques

- Écoulement urétral, douleur scrotale

Communs

Symptômes

- Proctite : généralement asymptomatique, prurit anal, écoulement anal muco-purulent, douleur anale, faux besoins, rectorragie
- Infection du pharynx : généralement asymptomatique (90 %), mal de gorge, fièvre, ganglions cervicaux douloureux

Signes cliniques

- Proctite : muqueuse rectale friable, écoulement purulent, lésions périanales.
- Pharyngite, exsudat oropharyngé, adénopathie cervicale

Tableau clinique tardif / complications	<p><i>Femmes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Pelvic Inflammatory Disease (PID) dans 1 à 30 % des cas : douleurs abdominales basses, méno-métrorragie, dyspareunie, pertes vaginales anormales, fièvre – Endométrite, salpingite – Infertilité – Grossesse extra-utérine – Arthrite réactionnelle (Syndrome de Reiter ou syndrome oculo-urétéro-synovial) (< 1 %) – Syndrome de Fitz Hugh Curtis (péri-hépatite aigue) <p><i>Hommes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Prostatite, orchi-épididymite – Arthrite réactionnelle (syndrome oculo-urétéro-synovial (Reiter))
Durée de l'infection	<ul style="list-style-type: none"> – Non traitée, une infection à Chlamydia peut persister plusieurs mois. – L'infection peut se résoudre spontanément.
Période d'incubation (intervalle entre l'exposition et l'apparition des premiers symptômes)	<ul style="list-style-type: none"> – 7 à 14 jours
Période de contagiosité (période durant laquelle le patient reste contagieux)	<ul style="list-style-type: none"> – Le patient infecté est contagieux tant que l'infection n'est pas traitée et ce jusqu'à 7 jours après la fin du traitement et la résolution des symptômes.
Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> – Chez l'adulte, transmission par contact direct lors d'un rapport sexuel – Transmission verticale (conjonctivite, pneumonie)
Analyses de biologie médicale	<p>Dans quels cas proposer un test ?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si facteur de risque pour IST ou/et porteur d'une IST – Suspicion d'urétrite chez l'homme – Epididymo-orchite chez un homme de < 40 ans – Douleur pelvienne ou signe de PID – Proctite dans un contexte de risque d'IST – Avant toute intervention ou manipulation intra-utérine <p>Test</p> <ul style="list-style-type: none"> – PCR Chlamydia trachomatis. Pas de sérologie ! Remboursé 2x/an <p>Prélèvement</p> <ul style="list-style-type: none"> – Homme : PCR sur échantillon urinaire (premier jet d'urine, minimum 2 heures après la dernière miction) – Femme : PCR sur frottis vaginal ou auto-prélèvement vaginal (le frottis cervical est moins efficace) ; un prélèvement urinaire peut être envisagé si refus de prélèvement vaginal – Site de prélèvement extra-génital : <ul style="list-style-type: none"> • Si rapport anal : PCR sur écouvillon au niveau rectal • Si rapport oral : PCR sur écouvillon de gorge

Période fenêtre (intervalle entre l'exposition et la détection d'une infection décelable par un test)	<ul style="list-style-type: none"> – Jusqu'à 2 semaines après le début de l'exposition
Traitement	<p><i>Infection non compliquée</i></p> <p>Première ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doxycycline 100 mg per os 2x/j pendant 7 jours (meilleure efficacité) ! contre-indiqué chez la femme enceinte et l'enfant de moins de 8 ans ! ou – Azithromycine 2 g per os en 1 prise (meilleure compliance) <p>Deuxième ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erythromycine 500 mg per os 2x/j pendant 7 jours ou – Levofloxacin 500 mg per os 1x/j pendant 7 jours ! contre-indiqué chez la femme enceinte ! ou – Ofloxacin 200 mg per os 2x/j pendant 7 jours ! contre-indiqué chez la femme enceinte ! <p><i>Infection rectale ou pharyngée non compliquée</i></p> <p>Première ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doxycycline 100 mg per os 2x/j pendant 7 jours ! contre-indiqué chez la femme enceinte et l'enfant de moins de 8 ans ! <p>Deuxième ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> – Azithromycine 1 g per os en 1 prise
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Dépistage simultané des autres IST – Contrôle si persistance des symptômes, si suspicion de réinfection ou si utilisation de thérapie de seconde ligne – Contrôle à effectuer au plus tôt 8 semaines après la fin du traitement pour éviter un faux positif – Un test de contrôle peut être proposé chez les moins de 25 ans, 3 à 6 mois après la fin du traitement (niveau C).
Partenaire	<ul style="list-style-type: none"> – Tester et traiter les partenaires sexuels en contact avec le patient infecté lors des 2 derniers mois précédant l'apparition des symptômes ou le dernier partenaire sexuel connu – Traiter par le même schéma et simultanément – Les rapports sexuels doivent être évités pendant une semaine après la fin du traitement et disparition des symptômes.

Bibliographie :

1. Chernesky M, Fisher W, Gale-Rowe M, Labbé M-A et al. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. 2016. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes.html>
2. WHO. Guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. 2016. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/chlamydia-treatment-guidelines/en/>
3. Nwokolo N, Dragovic B, Patel S, Tong W et al. UK national guideline for the management of infection with Chlamydia trachomatis. *International Journal of STD & AIDS* 2016 ; 27(4) 251–267
4. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Sary A et al. European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. *International Journal of STD & AIDS* 2016 ;27(5):333-48.
5. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2015. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/std/tg2015/chlamydia.htm>

6. Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari MT et al. What are the recommended clinical assessment and screening tests during pregnancy?. Good Clinical Practice (GCP) Brussels 2015 : Belgian Health Care KnowledgeCentre (KCE). KCE Reports 248.
7. Chevalier P, Leconte S, De Sutter A. Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire. Edition 2012 BAPCOC. Disponible sur: http://www.cbip.be/legacy_assets/antibioticagids-fr.pdf
8. DynaMed. Chlamydia genital infection. 2017. Disponible sur : <http://www.dynamed.com/login.aspx?>