

**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 13 novembre 2018

Hôpital cantonal de Genève

## Chlamydia trachomatis, Mycoplasma, Ureaplasma : les connaît-on vraiment ?

Dre L. Toutous Trelu

Les infections sexuellement transmises (IST) c'est 375 millions de nouvelles infections par année sur la planète, dues essentiellement à Chlamydia, Gonorrhée, Trichomonas et Syphilis.

La résistance croissante aux antibiotiques impose de nouvelles recommandations...

### 1) Chlamydia trachomatis :

C'est l'IST bactérienne transmise la plus fréquente dans le monde.

Âge moyen : 15-24 ans, Femmes >> Hommes.

En Suisse la prévalence est stable : 3.5% (> 5% dans les populations à haut risque).

Pourquoi plus de Chlamydia chez les jeunes ?

On ne sait pas vraiment, mais il n'est pas impossible qu'une immunité acquise durable se développe avec le temps.

Les Chlamydia sont des bactéries intracellulaires (3 espèces : *C. pneumoniae*, *C. psittaci*, *C. trachomatis*).

*C. trachomatis* (sérotypes A, B, C) est un pathogène essentiellement humain, il entraîne une fibrose de la cornée : trachome.

Le lymphogranulome vénérien (sérotypes L1, L2, L3) touche essentiellement le système lymphatique au niveau de la porte d'entrée (rectale, pharyngée, vaginale).

Les infections urogénitales et pelviennes sont dues aux sérotypes D-K : douleurs pelviennes chroniques, infertilité tubaire, grossesse ectopique, périhépatite (Fitz Hugh Curtis syndrom).

Plus de 50% des infections sont asymptomatiques.

L'outil principal de dépistage-diagnostic est la PCR sur les urines du matin, ou sur un frottis cervical et vaginal, frottis pharyngé ou frottis rectal.

Lors d'un bilan d'une autre IST il faut dépister et traiter les formes asymptomatiques chez les < 25 ans.

Le traitement consiste en doxycycline 100 mgx2/7 jours (éventuellement 1 g d'Azythromycine en alternative).

### 2) Mycoplasmas :

- a) *M. genitalium* est une petite bactérie sans paroi, non visible à la coloration de Gram.

b) Aux USA, la prévalence moyenne chez les femmes est de 1%

*N. gonorrhoea* (0.4%) < *M. genitalium* < *C. trachomatis* (2.3%)

Retrouvée dans 15% des syndromes douloureux chroniques (+ urétrite, cervicite, + complications obstétricales et les avortements et accouchements prématurés).

Après avoir éliminé gonocoque et chlamydia, c'est la bactérie à cibler (co-infection avec *C. trachomatis* possible).

40-75% sont asymptomatiques.

Le diagnostic se fait par PCR dans les urines du matin.

Des tests de détection des résistances sont sur le marché mais encore rares.

Il y a aussi des PCR Multiplex pour *M. genitalium*, *C. trachomatis* et *N. gonorrhoea*...

Le traitement consiste en :

- 1<sup>ère</sup> ligne : azithromycine 500 mg puis 250 mg/j -> 4 jours
- 2<sup>ème</sup> ligne : moxifloxacin 400 mg/j -> 7-10 jours
- 3<sup>ème</sup> ligne : pristinamycine + doxycycline

(15% de résistance à l'azithromycine et aux fluoroquinolones en Australie, 47% au Japon).

Rapports protégés jusqu'à résolution des symptômes.

Contrôle post-thérapeutique : PCR > 3 semaines

b) ...et les Uréaplasmes et *M. hominis* ?

Leur pathogénicité n'est pas confirmée sauf chez les grands prématurés et les infections sévères chez les immunodéprimés.

En pratique :

A) pour une urétrite ou cervicite rebelle : Ceftriaxone + azithromycine sans prélèvements.

Si échec :

- Gono + : suspecter résistance
- Chlamydia + : traiter et contrôler PCR 3-6mois après traitement
- Urétrite non gono et non chlamydia : Azithromycine 500 mg J1 puis 250 mg J2-J5

(*M. genitalium*) + Métronidazole 400 mg 2x/j -> 5 jours (*Trichomonas*).

Les autres germes responsables d'urétrites sont :

1. Neisseria gonorrhoeae (25%) <sup>[L][SEP]</sup>	5. Mycoplasma hominis <sup>[L][SEP]</sup>
2. Chlamydia trachomatis (11-50%) <sup>[L][SEP]</sup>	6. Trichomonas vaginalis (1-20%) <sup>[L][SEP]</sup>
3. Mycoplasma genitalium (10-35%)	7. Herpes simplex virus (2-3%) <sup>[L][SEP]</sup>
4. Ureaplasma urealyticum (5-26%)	8. Autres : adénovirus, streptocoques B, Candida sp, N. meningitidis, Haemophilus sp

On retiendra que les urétrites nécessitent une approche ciblée pour une meilleure utilisation des antibiotiques.

Que M. genitalium est le 3<sup>ème</sup> agent à détecter (+ Trichomonas chez la femme)

Que M. genitalium est le 2<sup>e</sup> challenge après le gonocoque dans les résistances bactériennes des IST.

Que lors d'infections répétées il faut tester et retester VIH, hépatites et syphilis.

