

Maladies sexuellement transmissibles: urétrites, cervicites

L. Buswell, R. Auckenthaler,
H. Stalder

Introduction

Cette stratégie concerne une partie des maladies sexuellement transmissibles (MST), à savoir les urétrites et cervicites. Les germes principaux responsables d'urétrite sont le *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, plus rarement l'*Ureaplasma urealyticum* et le *Trichomonas vaginalis*. L'*Herpes simplex virus* (HSV) peut causer une urétrite ou une cervicite et s'accompagne en général de vésicules caractéristiques. Ces infections sont un facteur facilitant la transmission du virus HIV. Les urétrites à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* peuvent se compliquer d'une épидidymite, d'un syndrome de Reiter ou d'une périhépatite. La cervicite peut se compliquer d'une salpingite, qui, elle-même, est une cause importante de stérilité et de grossesses extra-utérines.

Infections à *C. trachomatis*: L'infection à *C. trachomatis* est la MST la plus fréquente. Chez l'homme, elle est une cause fréquente de l'urétrite non-gonococcique [1]. Elle concerne 3 à 5% des femmes sexuellement actives qui consultent un généraliste au Royaume-Uni [1]. 80% des femmes infectées et 50% des hommes sont asymptomatiques [2]. Sans antibiothérapie, 20 à 40% des femmes infectées développent une atteinte inflammatoire pelvienne [2], qui est associée à l'infertilité et aux grossesses extra-utérines. Les complications coûtent environ 200 millions de francs suisses au Royaume-Uni chaque année [1].

Infections à *N. gonorrhoeae*: Le taux d'infections à gonocoques chez nous est en diminution. 50% des femmes infectées et 10% des hommes sont asymptomatiques [1].

Approche clinique

Anamnèse et clinique

Les personnes à haut risque sont les hommes et les femmes sexuellement actifs, de moins de

25 ans, ayant des partenaires multiples ou nouveaux, des rapports non protégés et prenant des contraceptifs oraux.

Les symptômes et signes, dont la sévérité est variable, sont un écoulement urétral, des brûlures à la miction, une irritation de l'urètre distal ou du méat, voir une pyurie inexplicquée.

Chez la femme, la cervicite se présente par ailleurs par des pertes génitales, des douleurs abdominales basses d'apparition récente, des saignements intermenstruels et un écoulement cervical purulent. A noter que l'urétrite ne produit le plus souvent pas de pollakiurie, ni d'hématurie. Les complications susmentionnées doivent systématiquement être recherchées [1].

Aucun signe ou symptôme ne permet de distinguer de façon fiable l'infection à gonocoques d'une infection à *Chlamydia*. Un interrogatoire et un examen clinique dirigés sont indispensables. Il faut par ailleurs rechercher les symptômes et les signes d'une autre maladie sexuellement transmissible, en particulier les ulcères génitaux et le HIV. Les femmes doivent être motivées à consulter un gynécologue pour le dépistage du papilloma virus humain et du cancer du col.

Examens complémentaires

La mise en évidence de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* est toujours recommandée, afin d'améliorer la compliance et la notification des partenaires [5]. A l'exception de cas particuliers et au vu des performances de la PCR dans les urines, un prélèvement local n'est plus recommandé.

Les tests d'amplification du DNA, PCR (polymerase chain reaction) permettant de rechercher simultanément *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* ont remplacé la culture [4, 5, 8]. La PCR est faite uniquement dans les urines, étant donné que la sensibilité est meilleure dans les urines que sur un frottis cervical. Ainsi, les prélèvements locaux ne sont plus recommandés à l'exception de cas particuliers. Selon les études, la sensibilité et la spécificité varient entre 94 et 99,7% [6, 7].

Des tests de dépistage pour le HIV (Agp24 et sérologie), pour la syphilis (VDRL), pour l'hépatite B (AgHBs et AC anti-HBc IgG) et l'hépatite C sont indiqués.

Dans les autres urétrites dites non-chlamydiales et non-gonococciques, l'*Ureaplasma urealyticum* et le *Mycoplasma genitalium* sont

fréquemment impliqués. Le *T. vaginalis* et le HSV peuvent également causer une urétrite. Des manœuvres diagnostiques et/ou thérapeutiques particulières sont réservées aux situations dans lesquelles l'urétrite ne répond pas au traitement [6].

Attitude et traitement

Aucun traitement ne doit se faire sans les mesures de prévention (voir ci-dessous).

Les traitements proposés sont résumés dans le tableau 1 (modifié à partir de [6]).

En pratique, parallèlement aux prélèvements d'urine, en cas de suspicion d'urétrite, nous proposons d'administrer une dose unique d'azithromycine et de ceftriaxone au moment de la première consultation. Les autres traitements sont réservés aux patients ayant des contre-indications à ces médicaments.

Contrôle et suivi

Chez l'homme

Une visite de suivi est indiquée pour transmettre les résultats des prélèvements et pour discuter des mesures préventives. De nouveaux prélèvements ne sont nécessaires que si les symptômes persistent ou récidivent après le traitement.

Urétrite récurrente et persistante: dans les cas de non compliance et/ou de réexposition, un nouveau bilan est indispensable, qui peut, cette fois, inclure la recherche de *T. vaginalis* par culture et la recherche d'herpès sur un prélèvement intra-urétral. Des investigations urologiques ne sont pas indiquées [6].

Si le patient a été compliant avec le premier traitement et qu'une réexposition est raisonnablement exclue, le traitement comprenant l'Erythromycine (500 mg 4 fois par jour pendant 7 jours) et le métronidazole (Flagyl[®], 2 g en dose unique) est proposé.

Chez la femme

Une visite de suivi est indiquée pour transmettre les résultats des prélèvements et pour discuter des mesures préventives. De nouveaux prélèvements d'urine ne sont effectués que s'il persiste des symptômes après le traitement, les traitements à disposition étant très efficaces [1, 6]. En cas de persistance des symptômes après un traitement bien conduit, une consultation gynécologique est indiquée.

Attitudes de prévention

Les patients doivent s'abstenir de rapports sexuels non protégés, pendant les 7 jours suivant le début du traitement. Leurs partenaires doivent impérativement être traités [6].

Un entretien structuré doit classifier les points suivants:

Un préservatif masculin bien utilisé réduit nettement le taux d'infection. Le préservatif féminin est une barrière efficace au virus HIV. Il n'a pas été étudié pour éviter la transmission des bactéries, mais doit être conseillé si le préservatif pour homme ne peut être utilisé [6]. Les spermicides, utilisés seuls ou avec un préservatif, diminuent le taux d'infection du cervix par des gonocoques et *Chlamydia*. Toutefois ils sont inefficaces contre le virus HIV [6].

Les patientes prenant des contraceptifs doivent comprendre qu'elles ne sont pas protégées des maladies vénériennes.

Une vaccination contre les hépatites A et B doit être proposée à ces patients.

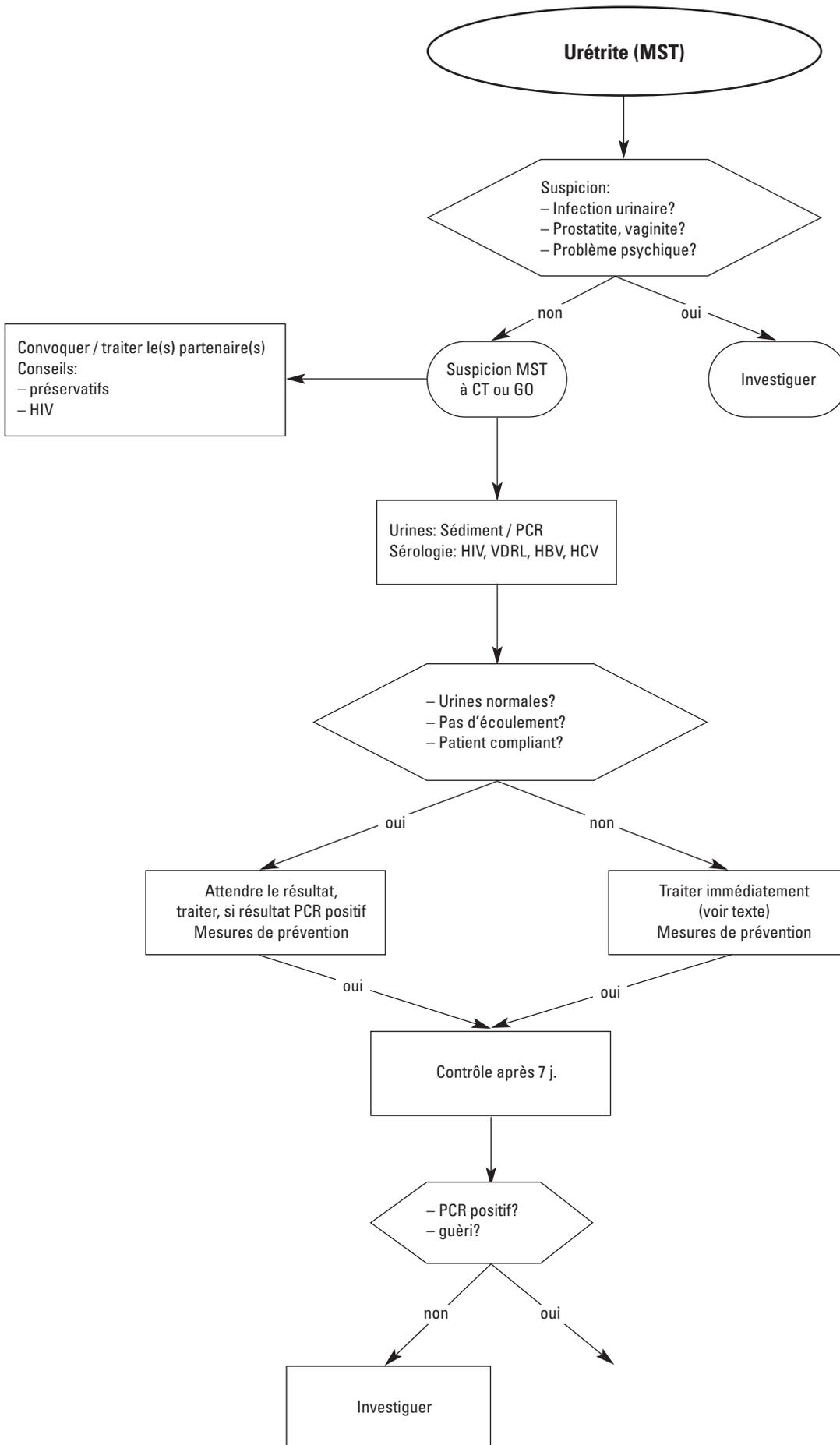
Tableau 1.

Traitement des infections isolées et non compliquées.

<i>C. trachomatis</i>		
Traitement de choix:	Azithromycin (Zithromax [®]) ¹	1 g po en dose unique
	ou Doxycycline (Vibramycine [®]) ²	100 mg po 2 × / j pdt 7 jours
Traitements alternatifs:	Erythromycine ¹	500 mg po 4 × / j pdt 7 jours
	ou Ofloxacine (Tarivid [®]) ²	300 mg po 2 × / j pdt 7 jours
<i>N. gonorrhoeae</i>		
	Cefixime (Céphoral [®]) ¹	400 mg po en dose unique
	ou Ceftriaxone (Rocephine [®]) ¹	125 mg im dose unique
	ou Ciprofloxacine (Ciproxine [®]) ²	500 mg po dose unique
	ou Ofloxacine (Tarivid [®]) ²	400 mg po dose unique

¹ utilisables pendant la grossesse (niveau B)

² contre-indiqués pendant la grossesse



Les 3 points les plus importants à retenir

La recherche de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* par PCR dans les urines est fiable.

La recherche par la clinique et les sérologies (dépistage HIV, Hépatite B et C, VDRL) des autres MST doit être effectuée dans tous les cas.

Le traitement doit être facile à prendre: nous favorisons les traitements en dose unique qui peuvent être donnés lors de la consultation: par ex Azithromycine 1 g, Ceftriaxone 0,125 g im. Les partenaires doivent impérativement aussi être pris en charge.

Date de la première édition: 25 avril 1997 par L. Jelk Morales et H. Stalder

Date de la mise à jour: 25 janvier 2001 par L. Buswell, R. Auckenthaler et H. Stalder

Pour tous renseignements, commentaires ou questions: Hans.Stalder@hcuge.ch

Cette stratégie est également disponible sur le web: <http://www.hcuge.ch/dmc/fr-strateg.htm>

Références

- 1 Clinical Effectiveness Group of the Association for Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases, UK National Guidelines on Sexually Transmitted Infections and Closely Related Conditions, Sexually Transmitted Infections, 1999;75 suppl. 1.
- 2 Quinn TC, Gaydos C, Shepherd M, Bobo L, Hook EW 3rd, Viscidi R, et al. Epidemiologic and microbiologic correlates of Chlamydia trachomatis infection in sexual partnerships. JAMA 1996;276 1737-42.
- 3 Fox KK, Whittington WL, Levine WC, Moran JS, Zaidi AA, Nakashima AK. Gonorrhoea in the United States, 1981-1996: Demographic and geographic trends. Sex Transm Dis 1998;25:386-93.
- 4 Groupe d'experts du laboratoire de lutte contre la maladie pour les lignes directrices canadiennes pour les MST. Edition Santé Canada 1998; 41-122.
- 5 Centers for Disease Control and Prevention. 2002 guidelines for the treatment of sexually transmitted disease. Internet: <http://www.cdc.gov/mmwr>
- 6 Jungkind D, Dizenzo S, Beavis KG, Silverman NS. Evaluation of automated COBAS AMPLICOR PCR for Detection of several infectious Agents and its Impact on laboratory management. J Clin Microbiol 1996;34:2778-83.
- 7 Pasternack R. Detection of Chlamydia trachomatis infections in women by Amplicor PCR: Comparison of diagnostic performance with urine and cervical specimens. J Clin Microbiol 1996;34:995-8.