Infections sexuellement transmissibles à Chlamydia trachomatis : Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) et de la Société Suisse d’Infectiologie (SSI), p. 8

Le DFI définit trois nouvelles prestations médicales dont l’utilité doit être vérifiée, p. 15
Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses 4
Statistique Sentinella 7
Infections sexuellement transmissibles à Chlamydia trachomatis :
Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) et de la Société Suisse d’Infectiologie (SSI) 8
Le DFI définit trois nouvelles prestations médicales dont l’utilité doit être vérifiée 15
Vol d’ordonnances 16
Déclarations des maladies infectieuses
Situation à la fin de la 33e semaine (22.08.2017)\(^a\)

\(^a\) Déclarations des médecins et des laboratoires selon l’ordonnance sur la déclaration. Sont exclus les cas de personnes domiciliées en dehors de la Suisse et de la Principauté du Liechtenstein. Données provisoires selon la date de la déclaration. Les chiffres écrits en gris correspondent aux données annualisées : cas/an et 100 000 habitants (population résidente selon Annuaire statistique de la Suisse). Les incidences annualisées permettent de comparer les différentes périodes.

\(^b\) Voir surveillance de l’influenza dans le système de déclaration Sentinella [www.bag.admin.ch/sentinella](http://www.bag.admin.ch/sentinella).

\(^c\) N’inclut pas les cas de rubéole materno-foetale.

\(^d\) Femmes enceintes et nouveau-nés.

\(^e\) La déclaration obligatoire d’infection à virus Zika a été introduite le 7.3.2016.

\(^f\) Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

Maladies infectieuses :
Situation à la fin de la 33e semaine (22.08.2017)\(^b\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Transmission respiratoire</th>
<th>Semaine 33</th>
<th>Dernières 4 semaines</th>
<th>Dernières 52 semaines</th>
<th>Depuis début année</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Transmission respiratoire</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haemophilus influenzae:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>maladie invasive</td>
<td>1</td>
<td>0.60</td>
<td>0.80</td>
<td>0.80</td>
</tr>
<tr>
<td>Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers(^g)</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Légionellose</td>
<td>22</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Meningococques:</td>
<td>2</td>
<td>0.60</td>
<td>0.60</td>
<td>0.60</td>
</tr>
<tr>
<td>maladie invasive</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Pneumocoques:</td>
<td>2.50</td>
<td>2.60</td>
<td>2.60</td>
<td>2.60</td>
</tr>
<tr>
<td>maladie invasive</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Rougeole</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Rubéole(^d)</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Rubéole, materno-foetale(^d)</td>
<td>14</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Tuberculose | 14  | 4  | 8  | 11  | 15  | 15  | 15  | 15  | 15  | 15  | 15  | 15  |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Transmission féco-orale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Campylobactérieoise</td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite A</td>
</tr>
<tr>
<td>Infection à E. coli entérophéromagique</td>
</tr>
<tr>
<td>Listeriose</td>
</tr>
<tr>
<td>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</td>
</tr>
<tr>
<td>Salmonellose, autres</td>
</tr>
<tr>
<td>Shigellose</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(^g\) Voir surveillance de l’influenza dans le système de déclaration Sentinella [www.bag.admin.ch/sentinella](http://www.bag.admin.ch/sentinella).
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Transmission par du sang ou sexuelle</th>
<th>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</th>
<th>Autres déclarations</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Semaine 33</td>
<td>Dernières 4 semaines</td>
<td>Botulisme</td>
</tr>
<tr>
<td>Chlamydiose</td>
<td>174</td>
<td>190</td>
<td>202</td>
</tr>
<tr>
<td>Gonorrhée</td>
<td>56</td>
<td>50</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite B, aigué</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite B, total</td>
<td>8</td>
<td>17</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite C, aigué</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite C, total</td>
<td>12</td>
<td>15</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Infection à VIH</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Sida</td>
<td>12</td>
<td>10</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Syphilis</td>
<td>29</td>
<td>18</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Brucellose</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Chikungunya</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Dengue</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Encéphalite à tiques</td>
<td>5</td>
<td>12</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Fièvre du Nil occidental</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fièvre jaune</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Fièvre Q</td>
<td>1.90</td>
<td>0.60</td>
<td>0.60</td>
</tr>
<tr>
<td>Infection à Hantavirus</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Infection à virus Zika</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Paludisme</td>
<td>15</td>
<td>12</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Trichinellose</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tularémie</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Autres déclarations</td>
<td>Botulisme</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diphtérie</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Maladie de Creutzfeldt-Jakob</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.60</td>
<td>0.20</td>
<td>0.30</td>
</tr>
<tr>
<td>Tétanos</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :
Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu’au 18.08.2017 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Semaine</th>
<th>30</th>
<th>31</th>
<th>32</th>
<th>33</th>
<th>Moyenne de 4 semaines</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>N/10³</td>
<td>N</td>
<td>N/10³</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>Suspicion d’influenza</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>1.5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Oreillons</td>
<td>1</td>
<td>0.1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Coqueluche</td>
<td>2</td>
<td>0.2</td>
<td>4</td>
<td>0.7</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Piqûre de tiques</td>
<td>30</td>
<td>3.2</td>
<td>13</td>
<td>2.4</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Borréliose de Lyme</td>
<td>13</td>
<td>1.4</td>
<td>9</td>
<td>1.7</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Herpès Zoster</td>
<td>12</td>
<td>1.3</td>
<td>5</td>
<td>0.9</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Névralgie post-zostérienne</td>
<td>4</td>
<td>0.4</td>
<td>4</td>
<td>0.7</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins déclarants</td>
<td>96</td>
<td>96</td>
<td>107</td>
<td>117</td>
<td>104</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Infections sexuellement transmissibles à *Chlamydia trachomatis* : Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) et de la Société Suisse d’Infectiologie (SSI)

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.

**EPIDÉMILOGIE 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 transmissible 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 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

---

1. Infections sexuellement transmissibles
hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH), une importante source d’infection pour les partenaires sexuels. Les infections pharyngées sont également 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.

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 épидidymites 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 résumée 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 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 subsaharienne 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...
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):
- doxycycline 100 mg PO 2 ×/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 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 [15] recommandent de réaliser un 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 porteurs 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.

### Tableau 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prélèvement</th>
<th>Les deux sites de prélèvement ont pratiquement la même sensibilité</th>
<th>Frottis vaginal: racler la paroi vaginale, avec trois rotations de l’écouvillon</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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</td>
<td>Chez l’homme, le frottis urétral et le frottis du méat semblent être aussi sensibles que le premier jet d’urine.</td>
<td>Chez l’homme, le frottis urétral et le frottis du méat semblent être aussi sensibles que le premier jet d’urine.</td>
</tr>
<tr>
<td>Frottis du méat/ frottis urétral</td>
<td>Pas de lubrifiant ni d’anesthésie locale</td>
<td>Chez la femme, moins sensible que le frottis vaginal ou cervical</td>
</tr>
<tr>
<td>Frottis anal</td>
<td>Avec un léger mouvement de rotation et une légère pression pendant 30 secondes, racler la paroi anale afin d’accroître l’absorption des Chlamydia et des gonocoques par le coton</td>
<td>Avec un léger mouvement de rotation et une légère pression pendant 30 secondes, racler la paroi anale afin d’accroître l’absorption des Chlamydia et des gonocoques par le coton</td>
</tr>
<tr>
<td>Frottis pharyngé</td>
<td>Raciner soigneusement la paroi postérieure du pharynx, amygdales comprises</td>
<td>Raciner soigneusement la paroi postérieure du pharynx, amygdales comprises</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 [15] recommandent de réaliser un 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 porteurs 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 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 guérée 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’azithromycine 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.

---

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Clinique, agent pathogène</th>
<th>Traitement de première intention</th>
<th>Alternative</th>
<th>Commentaire</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Infections à <em>Chlamydia</em> génitale, pharyngée ou rectale non compliquée</td>
<td>– Doxycycline 100 mg P0 2 ×/jour pendant 7 jours*&lt;br&gt;– Azithromycine 1 g P0, dose unique</td>
<td>– Erythromycine 500 mg 2 ×/jour pendant 7 jours&lt;br&gt;– Levofloxacine 500 mg 1 ×/jour pendant 7 jours*&lt;br&gt;– Ofloxacine 200 mg 2 ×/jour pendant 7 jours*</td>
<td>– Traitement des partenaires&lt;br&gt;– 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)&lt;br&gt;– En cas d’infection rectale, privilégier la doxycycline*&lt;br&gt;– 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)</td>
</tr>
<tr>
<td>Lymphogranulome vénérien</td>
<td>– Doxycycline 100 mg 2 ×/jour pendant 3 semaines</td>
<td>– Azithromycine 1 g 1 ×/semaine pendant 3 semaines&lt;br&gt;– Erythromycine 500 mg 4 ×/jour pendant 3 semaines</td>
<td>– À l’heure actuelle presque uniquement clinique ano-rectale, surtout chez les HSH VIH-positifs&lt;br&gt;– Demander l’avis d’un spécialiste</td>
</tr>
<tr>
<td>Maladie inflammatoire pelvienne</td>
<td>– Demander l’avis d’un gynécologue ou d’un infectiologue</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Contre-indication: grossesse<br>HSH = hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
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 lymphogranulôme vénérien, c’est-à-dire une infection à Chlamydia trachomatis avec les sérovars L1, L2 ou L3. Un lymphogranulôme vénérien peut être asymptomatique ou entraîner une proctite, des ulcérations anales superficielles, un ténèsme 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 lymphogranulôme vénérien se fait également par PCR, à partir d’un frottis du 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 laboratoire un génotypage du sérovar par une PCR spécifique (le lui préciser). Le traitement d’un lymphogranulôme 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 uréal permet de distinguer rapidement et efficacement une infection à Chlamydia trachomatis 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’infec tent 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 mucopurulente parfois hémorragique, associée à un œdème palpebral marqué, apparaît entre le 5 et le 11 jour, d’abord sur 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.

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, sténose, 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 uréal 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 2 x/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.
Le traitement des nouveau-nés et des nourrissons se fait par voie orale, avec de la clarithromycine (2 x 10–15 mg/kg/jour pendant 14 jours) ou de l’azithromycine (1 x 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 le SWISS MEDICAL FORUM – FORUM MÉDICAL SUISSE 2017/34 page 705–711.

Contact :
Prof. Dr méd. Philip Tarr
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
philip.tarr@unibas.ch

Références


Le DFI définit trois nouvelles prestations médicales dont l’utilité doit être vérifiée

Le Département fédéral de l’intérieur (DFI) a défini trois thèmes qui doivent être soumis à l’évaluation des technologies de la santé (ETS). Le DFI fait régulièrement examiner l’utilité de prestations et de technologies médicales. Le but visé est d’identifier les prestations inefficaces ou inefficientes, qui ne seront alors plus remboursées par l’assurance obligatoire des soins.

Le programme de la Confédération sur l’évaluation des prestations médicales devrait contribuer à améliorer l’efficacité et la qualité du système de santé. Le DFI vient de déterminer les trois thèmes à réévaluer dans le programme d’évaluation des technologies de la santé (ETS) :

- le traitement de l’hypertension avec des préparations à base d’Olmesartan
- l’usage de test permettant de déterminer le taux de vitamine D dans le sérum sanguin
- le traitement de longue durée avec inhibiteur de la pompe à protons chez les patients souffrant de reflux non érosif et non détectable par endoscopie

Les thèmes sont examinés et sélectionnés avec les acteurs concernés et les commissions fédérales (Commission fédérale des médicaments, Commission fédérale des prestations générales et des principes). Dans une prochaine étape, les questions scientifiques seront développées et des mandats seront confiés à des institutions externes pour élaborer des rapports ETS sur ces thèmes.

Si certaines des prestations se révèlent inefficaces ou inutiles en comparaison avec d’autres mesures, dans leur totalité ou en partie, le DFI devra déterminer s’il convient de maintenir leur prise en charge par l’AOS et, le cas échéant, dans quelles situations. Pour ce qui concerne les médicaments, c’est à l’Office fédéral de la santé publique (OFSP) qu’il reviendra de trancher. Selon les estimations, une économie de 50 millions de francs par an devrait pouvoir être réalisée.

Plusieurs évaluations sont déjà en cours dans le cadre du programme ETS de la Confédération. Elles concernent par exemple les interventions de l’arthroscopie du genou ainsi que des thérapies à base de fer en cas de carence en fer sans anémie. Toute personne ou institution peut soumettre une proposition de thème pour 2018 à l’OFSP. Le délai est fixé à la fin octobre 2017.

La loi fédérale sur l’assurance-maladie (LAMal) établit que toutes les prestations remboursées par l’AOS (assurance de base) doivent satisfaire aux critères d’efficacité, d’adéquation et d’économicité. Le renforcement de l’ETS, à savoir le réexamen systématique de l’utilité des prestations médicales, est une priorité de la stratégie « Santé2020 » du Conseil fédéral. Le but visé est d’éviter des soins inadaptés ou excéderrentaires, qui coûtent cher, et d’augmenter la qualité des traitements dispensés ; en effet, certains traitements et interventions inutiles peuvent comporter des risques pour les patients.

Informations complémentaires :
OFSP → Thèmes → Assurances → Assurance-maladie → Désignation des prestations → Réévaluation des prestations – HTA

Renseignements :
Office fédéral de la santé publique
Communication
058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Département responsable :
Département fédéral de l’intérieur (DFI)
Vol d’ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

<table>
<thead>
<tr>
<th>Canton</th>
<th>N° de bloc</th>
<th>Ordonnances n°</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Berne</td>
<td>2223740</td>
<td>5559058</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Parler au nom des autres, ce n’est pas facile.
Je fais part de ma volonté à mes proches.
Ils pourront ainsi prendre la décision appropriée.
9 SEPTEMBRE 2017: VENEZ CÉLÉBRER CETTE JOURNÉE AVEC NOUS!

Live:

Lovebugs

Take This Swiss Allstars Band avec Nemo, Damian Lynn, Leduc et Adrian Stern

Stefan Büsser, humoriste et présentateur radio, se chargera d’animer la journée

Événements secondaires: Stands d’information, stands de restauration, simulateur de vol et ambulance de l’AAA Alpine Air Ambulance SA, coin photos, concours

Pour plus d’informations:

www.eodd2017.ch