

## TRAITEMENT DES INFECTIONS A CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Les infections à *Chlamydia trachomatis* non compliquées sont en principe faciles à traiter. Cet article discute du choix de l'antibiotique en dehors d'une grossesse et chez les femmes enceintes. Le partenaire doit également être traité. Il est préférable d'éviter les contacts sexuels pendant le traitement et durant les 7 jours suivants.

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (sérotypes D-K) est l'infection sexuellement transmissible (IST) bactérienne la plus fréquemment diagnostiquée partout dans le monde, et également en Belgique. L'évolution de l'infection est souvent asymptomatique ou légèrement symptomatique (entre autres urétrite, cervicite) mais elle s'accompagne parfois de complications potentiellement graves (*pelvic inflammatory disease* p.ex.). Les infections en période de grossesse sont associées entre autres à une rupture prématurée de la poche des eaux, à une naissance prématurée et à un petit poids de naissance; la bactérie *Chlamydia* peut également être transmise au moment de la naissance.

Le lymphogranulome vénérien, une IST provoquée par un type particulier de *Chlamydia* (les sérotypes L1, L2 et L3 de *Chlamydia trachomatis*), est une infection généralisée qui nécessite une prise en charge spécifique qui n'est pas abordée ici. La meilleure façon de dépister les infections à *Chlamydia* fait l'objet de controverses, et n'est pas abordée non plus dans le présent article. Nous vous renvoyons pour cela aux recommandations de *Domus Medica (Huisarts Nu*, mai 2004; 33(4); ([www.domusmedica.be/images/stories/aanbevelingen/chlamydia\\_ab.pdf](http://www.domusmedica.be/images/stories/aanbevelingen/chlamydia_ab.pdf)).

Quelques détails sont donnés ici au sujet du traitement. Cela vaut aussi pour le partenaire.

- En dehors d'une grossesse, un traitement par l'azithromycine (prise unique de 1 g)

ou par la doxycycline (200 mg p.j. en 2 prises durant 7 jours) est efficace.

- Chez les femmes enceintes, un traitement par l'érythromycine (2 g p.j. en 4 prises durant 7 jours ou 1 g p.j. en 2 prises durant 14 jours), par l'amoxicilline (1,5 g p.j. en 3 prises pendant 7 jours) ou par l'azithromycine (prise unique de 1 g) est proposé. [N.d.l.r.: en ce qui concerne l'érythromycine, il existe des suspicions d'un risque accru de malformations cardio-vasculaires chez le fœtus en cas d'administration en début de grossesse; on ne dispose que de très peu de données en ce qui concerne l'usage de l'azithromycine en période de grossesse.] Des doutes existent quant à l'efficacité de l'amoxicilline: des études *in vitro* suggèrent que l'amoxicilline n'induit pas l'éradication de *Chlamydia trachomatis* et que l'infection pourrait dès lors persister et réapparaître ultérieurement.

Il est préférable d'éviter les contacts sexuels pendant le traitement et durant les 7 jours suivants, afin d'éviter une réinfection ou une propagation.

Pour autant que le traitement et les recommandations visant à éviter les réinfections aient été bien suivis, il n'est pas recommandé de confirmer la guérison après le traitement ("test-of-cure"), sauf s'il s'agit de femmes enceintes ayant été traitées par l'érythromycine (la diminution des taux d'érythromycine consécutive à une

augmentation de la clairance hépatique en période de grossesse peut diminuer l'efficacité).

Il n'est pas clair jusqu'à quelle période doit remonter la recherche et le traitement des partenaires du cas-index. Si le cas-index est asymptomatique, certaines instances recommandent une période de 6 mois (si l'intervalle entre les derniers rapports sexuels et le diagnostic est de plus de 6 mois, il ne s'agira

que du dernier partenaire); si le cas-index est symptomatique, on recommande de traiter le(s) partenaire(s) du mois précédent.

### Quelques références

Kalwij S et Baraitser P. Screening and treatment of Chlamydia trachomatis infections. *British Medical Journal* 2010;340:c1915

Chlamydia (uncomplicated, genital). *Clinical Evidence* 2010;04:1607 (recherche jusqu'à septembre 2009)

## Bon à savoir

### META-ANALYSE SUR LES SARTANS ET LE RISQUE DE CANCER: QUE SIGNIFIENT LES RESULTATS?

[Déjà paru dans la rubrique «Bon à savoir» sur notre site Web le 22/06/10]

Sur base d'études expérimentales et cliniques, on se pose des questions quant à l'éventualité que les sartans favoriseraient l'apparition du cancer. C'est pourquoi une méta-analyse de plusieurs études randomisées a été réalisée. Les résultats récemment publiés révèlent une légère augmentation de l'incidence du cancer avec les sartans par rapport aux groupes témoins: 7,2% contre 6,0%; risque relatif de 1,08, avec un intervalle de confiance à 95% de 1,01 à 1,15 [*The Lancet Oncology* 2010;11:627-36, avec un éditorial 605-6]. Ces résultats ne permettent pas de tirer des conclusions quant à un lien causal et doivent être considérés comme un signal incitant à davantage de recherches. L'aug-

mentation du risque était faible et à la limite de la signification statistique. Aucune des études incluses n'avait été menée dans le but d'étudier le risque de cancer. Il n'a pas été possible de comparer les sartans entre eux et il n'est dès lors pas possible non plus de déterminer s'il s'agit d'un effet de classe.

En attendant des recherches plus avancées, l'auteur de l'éditorial se rapportant à l'analyse confirme la place des sartans dans la prise en charge des affections cardio-vasculaires: il est recommandé d'utiliser les sartans lorsqu'un IECA est indiqué mais n'est pas supporté. C'est également le message qui figure dans le Répertoire Commenté des Médicaments.