

FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA JUIN
2025

WOREL publie une mise à jour du guide de pratique clinique sur Chlamydia trachomatis

Messages clés

- La plupart des infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) sont asymptomatiques et connaissent une résolution spontanée. Les infections asymptomatiques présentent un faible risque de complications sévères.
- En comparaison de la doxycycline, l'azithromycine affiche une efficacité inférieure (surtout pour les infections anorectales à CT) et un risque fortement accru d'antibiorésistance (y compris avec d'autres germes que CT). C'est la raison pour laquelle l'azithromycine n'est plus recommandée en première intention, la doxycycline devenant désormais le premier choix en cas d'infections urogénitales, pharyngées et anorectales à CT chez l'homme et chez la femme non enceinte.
- L'azithromycine reste en revanche le traitement de première intention chez la femme enceinte.
- Les recommandations de ce guide de pratique clinique seront intégrées dans la prochaine révision du guide BAPCOC.

Introduction

En février, le WOREL a publié une mise à jour de son guide de pratique clinique sur le diagnostic, le traitement, le suivi et le renvoi des infections à *Chlamydia trachomatis* (CT).¹ Il s'agit en l'occurrence d'une révision partielle des guidelines de 2019. Cette mise à jour a été motivée par un consensus croissant sur le **caractère auto-limitant** de l'infection et le **faible risque de complications graves chez les individus asymptomatiques**. Par ailleurs, la présence **anorectale** de *Chlamydia trachomatis* s'avère plus fréquente qu'on ne le pensait, sans corrélation avec les pratiques sexuelles anales. De quoi modifier la stratégie de dépistage et de traitement.

Chlamydia trachomatis reste la **première infection sexuellement transmissible** (IST) en Belgique. L'incidence a bondi (+24 %) à 218/100 000 habitants en 2023, contre 176/100 000 habitants en 2021. Cette hausse est certainement due à une augmentation réelle des infections à CT en conséquence d'une intensification des comportements à risque, mais aussi à une amélioration des pratiques de dépistage et à un élargissement de la sensibilisation dans les groupes à risque.

L'infection est souvent asymptomatique (chez 70 % des femmes et 50 % des hommes). Pour un aperçu du tableau clinique, nous renvoyons le lecteur au guide de pratique clinique (2. Synthèse des messages clés).

On note par ailleurs aussi une augmentation du nombre de lymphogranulomes vénériens (LGV). Entre 2015 et 2021, le nombre de diagnostics de LGV a légèrement augmenté, frôlant les 100 par an, initialement surtout chez des individus HIV positifs, mais récemment aussi de plus en plus dans la population HIV négative.

Le lymphogranulome vénérien (LGV) est causé par un sérotype spécifique de CT, à savoir le *L. serovar*. Ce sérotype est plus invasif, présente un tableau clinique plus sévère et entraîne davantage de séquelles. Le plus souvent, l'affection s'exprime sous forme de proctite, mais est asymptomatique dans 25 % des cas.

Les infections récidivantes et les infections sévères augmentent le risque de complications et de séquelles d'une infection à CT. Les **complications** possibles chez la femme sont la maladie inflammatoire pelvienne (MIP), qui peut engendrer des douleurs pelviennes chroniques, de l'hypofertilité et des grossesses extra-utérines. Chez la femme enceinte, une infection à CT aggrave le risque de rupture prématurée de la poche des eaux, de naissance prématurée et de complications telles que conjonctivite et pneumonie chez le nouveau-né. Chez l'homme, une infection ascendante peut entraîner une prostatite ou une épididymite chronique.

Dans le présent article, nous résumons les principaux points relatifs au traitement. Pour tout complément d'information, nous renvoyons le lecteur au guide de pratique clinique du WOREL¹ et à l'outil IST du KCE².

Principales adaptations vis-à-vis du guide de pratique clinique de 2019

- Le traitement par azithromycine 1 g en « dose unique » n'est plus recommandé en première intention pour les infections urogénitales et pharyngées à CT chez l'homme et chez la femme non enceinte. Cette modification s'explique par l'efficacité plus faible (surtout pour les infections anorectales à CT) et le risque fortement accru d'antibiorésistance par rapport à la

doxycycline. L'azithromycine reste cependant un bon choix en cas de contre-indication ou d'intolérance à la doxycycline, comme chez la femme enceinte ou allaitante.

- Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) qui présentent un test CT anorectal positif et un statut LGV inconnu, le traitement consiste en 20 jours sous doxycycline, quel que soit le statut VIH. La cure prolongée était autrefois exclusivement réservée aux HSH présentant un statut VIH positif.
- Un LGV est désormais traité pendant 20 jours, au lieu de 21. Cette recommandation a été adaptée pour des raisons pragmatiques, sachant qu'une boîte de doxycycline contient 10 comprimés. Le groupe de développement de guides de pratique clinique part du principe qu'un traitement de 20 jours est aussi efficace qu'un traitement de 21 jours.
- Un test de contrôle, visant à confirmer la guérison (*test of cure*), ne doit pas être réalisé systématiquement chez les patients traités pour une infection anorectale à CT.

Traitement

Les recommandations ci-dessous, issues du guide de pratique clinique du WOREL, s'appliquent aux infections à CT établies. Pour le traitement empirique, nous renvoyons le lecteur aux recommandations de la BAPCOC :

cf. guide BAPCOC au format PDF ou Répertoire 11.5.4.7. Urétrite.

Le guide de pratique clinique du WOREL porte sur le traitement d'une infection à CT, et non sur le traitement d'éventuelles complications telles que l'épididymo-orchite ou la MIP.

• Infection urogénitale, anorectale ou pharyngée non compliquée (non LGV) : hommes et femmes non enceintes :

- Doxycycline 100 mg 2x par jour pendant 7 jours.
- En cas de contre-indication ou d'intolérance : **Azithromycine** 1 g par voie orale (dose unique).

L'azithromycine n'est donc plus le traitement de première intention. La préférence donnée à la doxycycline pour les infections urogénitales et pharyngées à CT repose sur son efficacité supérieure et son moindre risque de développement d'antibiorésistance (y compris pour d'autres germes que *Chlamydia trachomatis*).

L'usage de la doxycycline pour les infections urogénitales traite l'éventuelle présence anorectale de *Chlamydia trachomatis* sans nécessiter d'examen complémentaire. Ce point est important, car l'infection anorectale à CT est plus fréquente chez la femme qu'on le pensait initialement et qu'elle ne présente aucune corrélation avec les pratiques sexuelles anales.

Le groupe de développement de guides de pratique clinique part du principe qu'un traitement de 7 jours ne réduira pas le taux d'observance thérapeutique par rapport à la dose unique d'azithromycine.

• Lymphogranulome vénérien (LGV) :

- Doxycycline 100 mg, 2x/jour pendant 20 jours
- En cas de contre-indication ou d'intolérance : le choix peut se porter sur l'azithromycine 1 g par voie orale une fois par semaine pendant 3 semaines.

L'azithromycine n'est donc plus le traitement de première intention. La préférence donnée à la doxycycline repose sur son efficacité supérieure et son moindre risque de développement d'antibiorésistance (y compris pour d'autres germes que *Chlamydia trachomatis*).

La mise à jour du guide de pratique clinique préconise une durée de traitement de 20 jours, au lieu de 21. Cette adaptation repose sur une base pragmatique, sachant qu'une boîte contient 10 comprimés de doxycycline. Le groupe de développement de guides de pratique clinique part du principe qu'un traitement de 20 jours est aussi efficace qu'un traitement de 21 jours.

• Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ayant un test CT anorectal positif :

- **Statut LGV négatif** : traitement de référence (doxycycline pendant 7 jours).
- **Statut LGV positif ou inconnu** : traitement prolongé (doxycycline pendant 20 jours).
- En cas de contre-indication ou d'intolérance : le choix peut se porter sur l'azithromycine 1 g par voie orale en dose unique ou 1 g par voie orale une fois par semaine pendant 3 semaines.

Le lymphogranulome vénérien (LGV) est plus fréquent chez les HSH, quel que soit leur statut VIH. Tout test CT anorectal positif doit être suivi d'un test LGV. En cas de test CT anorectal positif, il est conseillé de poursuivre le traitement pendant 20 jours. Si le test LGV est négatif, le traitement peut être arrêté après 7 jours. Si le statut est inconnu, le traitement doit être poursuivi pendant 20 jours.

• Femmes enceintes et femmes qui allaitent :

- Le traitement par azithromycine 1 g par voie orale (dose unique) reste le premier choix en cas d'infection urogénitale à CT chez les femmes qui sont enceintes et qui allaitent.
- En cas de contre-indication ou d'intolérance à l'azithromycine, l'amoxicilline (500 mg 3x/jour pendant 7 jours) ou la clindamycine (600 mg 2x/jour pendant 10 jours) peuvent être envisagées, mais de préférence en concertation avec le gynécologue.

La doxycycline est contre-indiquée au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse en raison de ses effets néfastes sur l'ostéogenèse et le développement dentaire du fœtus, ainsi que du risque accru d'hépatotoxicité chez la mère. L'innocuité pendant le premier trimestre et la période d'allaitement est incertaine.

Pendant la grossesse, un *test of cure* est indiqué au moins 4 semaines après la fin du traitement.

En cas d'échec thérapeutique ou de plaintes anorectales, une concertation avec le gynécologue est souhaitable.

En cas de diagnostic d'infection à CT chez une femme enceinte, il convient d'en informer le gynécologue dans le but d'en assurer le suivi et de prendre les mesures de prévention appropriées.

Note :

Il y a lieu de conseiller aux patients d'éviter tout contact sexuel tant que les symptômes persistent et pendant un minimum de 7 jours après le début du traitement.

D'autres infections sexuellement transmissibles doivent être dépistées et traitées chez le patient et son ou ses partenaires sexuels.

Pour tout complément d'information concernant la prise en charge des partenaires, voir aussi l'outil IST du KCE¹

Sources spécifiques

1 WOREL: Van Royen P., Van Thienen K., Mokrane, R. Et al. (2025, February 13). Guide de pratique clinique sur le diagnostic, le traitement, le suivi et le renvoi des infections à Chlamydia trachomatis (CT) en soins primaires : Mise à jour (2025) Voir <https://ebpnet.be/fr/ebsources/10468>

2 KCE. Dépistage, traitement et suivi des IST en consultation. Sur <https://www.soa.kce.be/fr/>

Colophon

Les *Folia Pharmacotherapeutica* sont publiés sous l'égide et la responsabilité du *Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique* (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) a.s.b.l. agréée par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

Les informations publiées dans les *Folia Pharmacotherapeutica* ne peuvent pas être reprises ou diffusées sans mention de la source, et elles ne peuvent en aucun cas servir à des fins commerciales ou publicitaires.

Rédacteurs en chef: (redaction@cbip.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) et
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Éditeur responsable:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.