

SECTION IV

ITEM 13

Trichomonose urogénitale

La trichomonose urogénitale est une **infection sexuellement transmissible** (IST) due à *Trichomonas vaginalis*, parasite flagellé anaérobie strictement humain. Son diagnostic repose sur la mise en évidence directe du parasite ou de son ADN à partir de prélèvements génitaux (sécrétions vaginales ou urétrales) ou urinaires.

Embranchement des **Métamonades**.

ÉPIDÉMIOLOGIE

- *T. vaginalis* est un parasite cosmopolite, unicellulaire, spécifique à l'être humain, flagellé anaérobie qui adhère aux cellules épithéliales de l'appareil urogénital.
- La trichomonose est l'IST non virale la plus courante dans le monde (156 millions de nouveaux cas en 2020).
- La majorité des hommes infectés est asymptomatique, ce qui favorise sa dissémination.
- L'association de *T. vaginalis* avec d'autres IST (notamment syphilis, gonococcie, chlamydiose et infection à VIH) est fréquente et doit être recherchée.
- Le cycle est monoxène direct.

CARACTÉRISTIQUES MORPHOLOGIQUES

Ce parasite extra-cellulaire **n'existe que sous forme végétative (trophozoïte)**, forme très fragile qui ne peut survivre en dehors de son hôte.

- Trophozoïte : unicellulaire, ovoïde à sphérique de 7 à 30 µm de long sur 5 à 12 µm de large, avec un axostyle dépassant nettement à l'extrémité postérieure, un noyau antérieur avec un gros caryosome central, 5 flagelles assurant la mobilité, dont un soulève une membrane ondulante (**figure 13.1.C**).

- **Pas de forme kystique.**

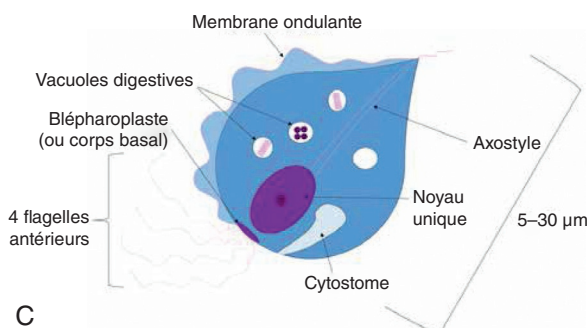
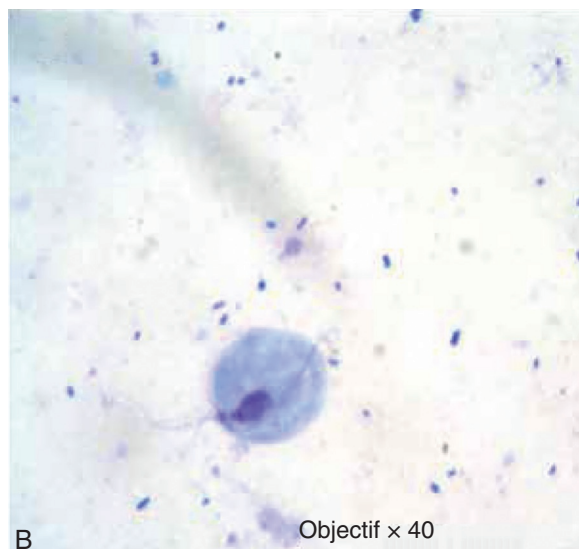
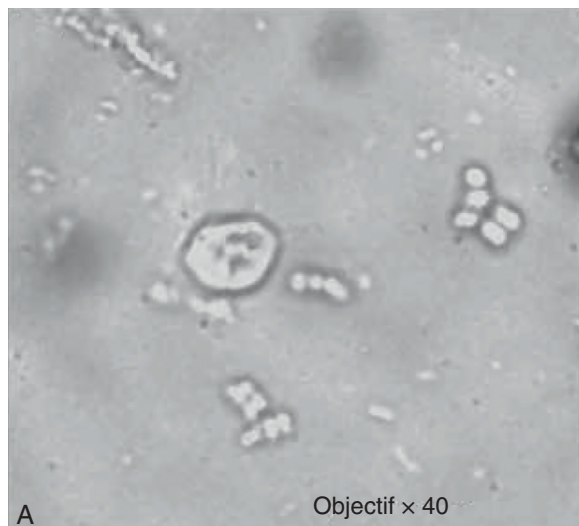


Figure 13.1 À l'état frais (A, grossissement $\times 400$), après fixation-coloration au May-Grünwald Giemsa (B, grossissement $\times 400$) et représentation schématique (C) d'une forme végétative ou trophozoïte de *Trichomonas vaginalis*

Source : Chesnay A, Desoubreux G. Diagnostic de la trichomonose à *Trichomonas vaginalis*. RFL 2021;2021(530). © Elsevier Masson SAS, 2021.

PHYSIOPATHOLOGIE ET CLINIQUE

Physiopathologie : adhésion de *T. vaginalis* aux cellules épithéliales du tractus urogénital et activation de voies de signalisation pro-inflammatoires à l'origine d'une irritation et, dans certains cas, d'un écoulement urétral ou vaginal (leucorrhées).

Clinique :

- période d'incubation : 7 à 15 jours;
- symptomatologie différente selon le sexe du patient (tableau 13.1).

Tableau 13.1 Signes cliniques de la trichomonose à *Trichomonas vaginalis*.

	Femme	Homme
Facteurs favorisants	Alcalinisation du pH vaginal (ménopause, période suivant les règles)	
Clinique	Asymptomatique (25–50 % des cas) Maladie aiguë = vulvovaginite Leucorrhées verdâtres, mousseuses et malodorantes Prurit vulvaire avec sensation de brûlure Dyspareunie superficielle (rapports sexuels douloureux) ± dysurie, cystite À l'examen (colposcopie), introduction douloureuse du spéculum et muqueuses vaginales et cervicales rouge écarlate avec un piqueté hémorragique plus foncé (aspect framboisé) Complications obstétricales : rupture prématurée des membranes, fausse couche, etc.	Asymptomatique (> 90 % des cas) Maladie aiguë = urétrite Écoulement urétral ± dysurie, brûlures mictionnelles Complications : prostatite, fertilité réduite

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Ce diagnostic doit être suspecté devant toute symptomatologie évocatrice (urétrite, vulvovaginite), devant la notion de cas index de trichomonose (partenaire[s] sexuel[s]), ou en cas d'autres IST récemment diagnostiquées dans un contexte de dépistage systématique.

1. Le diagnostic de certitude repose sur : l'examen direct à la recherche de trophozoïtes (peu sensible) :

- prélèvement génital (vaginal ou urétral) : état frais dans un sérum physiologique à 37 °C → lecture immédiate (< 2 heures) : éléments mobiles et réfringents (figure 13.1.A);
- urines (1^{er} jet) : état frais sur culot de centrifugation.

La confection de frottis colorés au Gram ou au MGG (figure 13.1.B) permet de différer et de faciliter l'observation sur ces prélèvements.

2. Culture possible mais peu utilisée, sur milieux spécifiques (type Diamond ou Roiron) à 37 °C (plus sensible que l'examen direct mais long et contraignant).

3. Biologie moléculaire (très sensible) : tests PCR souvent combinés avec la détection d'autres agents responsables d'IST (ex : *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*).

TRAITEMENT

Le traitement repose sur l'utilisation de **dérivés nitro-5-imidazolés**.

► Traitement de 1^{re} intention :

- **métronidazole** : voie orale, 2 prises par jour pendant 7 jours;
- alternatives (hors patients VIH+) : métronidazole ou secnidazole (ou à défaut tinidazole) en dose unique.

► Grossesse et allaitement :

- chez la femme enceinte, un traitement prolongé par métronidazole (2 prises/j pendant 7 jours) est préférable à un traitement à dose unique;
- chez la femme qui allaite, un traitement par métronidazole à dose unique est préférable (car passage dans le lait maternel).

À noter

Le traitement simultané du (des) partenaire(s), même asymptomatique(s), est **indispensable**.

MESURES ASSOCIÉES

- Rapports sexuels protégés.
- Traitement simultané du (des) partenaire(s).
- Dépistage et traitement des autres agents d'IST (*Chlamydiae*, gonocoque, syphilis, VIH, virus de l'hépatite B).
- Aucun vaccin disponible actuellement.

QCM**QCM 1**

Parmi ces propositions concernant *Trichomonas vaginalis*, la(les)quelle(s) est (sont) exacte(s) ?

- A C'est un parasite résistant dans le milieu extérieur
- B Il a un kyste à 4 noyaux
- C Son cycle est monoxène
- D Il appartient à l'embranchement des *Apicomplexa*
- E Il peut être recherché dans les urines (1^{er} jet)

QCM 2

Parmi les propositions suivantes concernant la trichomonose urogénitale, la(les)quelle(s) est (sont) exacte(s)

- A C'est une infection sexuellement transmissible
- B Elle se contracte par transmission des formes kystiques
- C Elle se traduit toujours par des symptômes cliniques très marqués chez l'homme à la différence de la femme
- D Elle se manifeste, dans sa forme aiguë, par une vaginite
- E Son traitement repose sur le cotrimoxazole (sulfaméthoxazole + triméthoprime)

Cas clinique

Mme Z., 32 ans, consulte son médecin traitant pour un prurit vulvaire associé à des pertes vaginales de couleur verdâtre et des douleurs lors des rapports sexuels.

Durant l'interrogatoire, elle confie avoir eu un rapport non protégé une semaine auparavant avec un nouveau partenaire.

L'examen gynécologique confirme l'existence d'une leucorrhée verdâtre abondante et révèle une muqueuse vaginale rougeâtre avec un piqueté hémorragique plus foncé.

La patiente soutient n'avoir jamais eu de tels symptômes auparavant. Aucun traitement antibiotique n'a été pris récemment.

Le médecin envisage un diagnostic de trichomonose urogénitale.

Questions

- A** Quels sont le nom (genre et espèce) de l'agent responsable et sa position taxonomique (embranchement) ?
- B** Quel(s) est(sont) le(s) argument(s) qui a(ont) permis au médecin d'éliminer un diagnostic de candidose vaginale chez cette patiente ?
- C** Comment pourrait-on confirmer le diagnostic de trichomonose urogénitale au laboratoire pour Mme Z. ? Décrire les différentes étapes du diagnostic, les méthodes utilisées et les éléments identifiés. Quels sont les avantages/inconvénients de chacune des méthodes décrites ?
- D** Quelle prise en charge sera proposée pour Mme Z. ? À quelle famille de médicaments appartiennent les molécules proposées pour le traitement ? Citer 2 autres maladies parasitaires relevant d'un traitement par cette famille de molécules.
- E** Quel(s) conseil(s) donneriez-vous à Mme Z. pour éviter une nouvelle contamination ? Faut-il également traiter son partenaire ?