
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

**Traitement curatif
des personnes
infectées par
Chlamydia
trachomatis**

Validé par le Collège le 10 avril 2025

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Traitement curatif des personnes infectées par <i>Chlamydia trachomatis</i>
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Actualisation du traitement des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i>
Cibles concernées	Patients concernés par le thème : Toutes les personnes présentant une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> à l'exception du trachome. Professionnels concernés par le thème : Professionnels de santé : dermatologues, infectiologues, médecins généralistes, urologues, gynécologues, sexologues, biologistes, pédiatres, sage-femmes, infirmières engagées dans un protocole de coopération.
Demandeur	Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Pr Charles Cazanave, Pr Pierre Delobel, Dr Sébastien Fouéré, M. Alexandre Pitard
Recherche documentaire	M. Aurélien Dancoisne
Auteurs	Dr Arnaud Desclaux
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 10 avril 2025
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – avril 2025

Sommaire

Préambule	6
1. Quel est le traitement des infections urogénitales non compliquées à <i>Chlamydia trachomatis</i> ?	11
1.1. Chez l'homme et la femme non-enceinte	11
1.2. Chez la femme enceinte	11
1.3. Mesures associées à la prise de doxycycline	11
2. Quel est le traitement des orchi-épididymites et des prostatites à <i>Chlamydia trachomatis</i> ?	12
2.1. Traitement de l'orchi-épididymite à CT	12
2.2. Traitement de la prostatite à CT	12
3. Quel est le traitement des infections génitales hautes à <i>Chlamydia trachomatis</i> ?	13
3.1. Principes généraux	13
3.2. Choix de l'antibiotique actif sur CT dans le schéma thérapeutique	13
4. Quel est le traitement des infections anorectales à <i>Chlamydia trachomatis</i> (hors LGV) ?	14
4.1. Chez l'homme et la femme non-enceinte	14
4.2. Chez la femme enceinte	14
5. Quel est le traitement des infections oropharyngées à <i>Chlamydia trachomatis</i> ?	15
6. Quel est le traitement de la conjonctivite à <i>Chlamydia trachomatis</i> de l'adulte ?	16
7. Quel est le traitement de l'infection néonatale à <i>Chlamydia trachomatis</i> ?	17
7.1. Traitement de la conjonctivite néonatale à CT	17
7.2. Traitement de la pneumopathie néonatale à CT	17
8. Quel est le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne ?	18
8.1. Traitement de la LGV	18
8.2. Indication de la demande de génotypage de CT	19
9. Quelles sont les modalités du suivi après traitement et de la prise en soins des partenaires ?	20
9.1. Suivi des patients après traitement	20
9.2. Prise en soins des partenaires	20
Participants	21

Préambule

Contexte

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (CT) de génotype D à K est une des infections sexuellement transmissibles (IST) les plus fréquentes. Touchant les hommes comme les femmes cisgenres, elle est très souvent asymptomatique et peut toucher la sphère urogénitale et anale, ainsi que le pharynx et la conjonctive. Non traitée, elle peut être à l'origine de complications sévères, particulièrement chez la femme avec un risque d'infertilité, de grossesses extra-utérines et de douleurs pelviennes chroniques. Le nombre de cas d'infections à CT diagnostiquées en France en secteur privé a plus que doublé de 2014 à 2021, passant de 40 700 à 96 900 (données issues du Système National des Données de Santé chez les personnes de 15 ans et plus). L'incidence estimée des cas d'infection à CT vus en consultation de médecine générale selon le réseau Sentinelles s'établit à 67 502 cas [IC 95 % : 59 130 - 75 874] en 2022.

L'infection à CT de génotype L ou lymphogranulomatose vénérienne (LGV) touche principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et sa localisation est le plus souvent anorectale, symptomatique dans 40 % des cas selon l'enquête Anachla 2023 menée par le Centre National de Référence des Infections Sexuellement Transmissibles bactériennes. Selon cette même étude en 2023, la LGV représentait 7,8 % des infections anorectales à CT.

Diagnostic

Manifestations cliniques

Les manifestations cliniques d'une infection à CT dépendent de sa localisation anatomique :

- Au niveau urogénital, chez l'homme, elle est à l'origine d'une urétrite dont l'intensité est le plus souvent modérée en comparaison avec l'urétrite gonococcique : description d'une dysurie, gêne urétrale, rougeur au niveau du méat, écoulement clair. Une douleur scrotale doit faire évoquer une orchio-épididymite. L'examen des organes génitaux permettra de constater un œdème scrotal, une sensibilité à la palpation testiculaire, un nodule épiddymaire.
- Au niveau urogénital, chez la femme, elle est à l'origine d'une cervicite dont les symptômes sont en règle modérés : description d'un écoulement vaginal anormal, gêne ou douleur sus-pubienne, dyspareunie, saignements vaginaux post-coïtaux. Dysurie et pollakiurie peuvent être associées. L'examen au spéculum peut montrer un aspect congestif du col, un exsudat muco-purulent, une muqueuse friable et saignant au contact. L'infection génitale haute (dénomination regroupant les différentes formes des infections utéro-annexielles) doit être évoquée devant une douleur pelvienne spontanée associée à une douleur utérine ou annexielle provoquée à l'examen gynécologique.
- Au niveau urogénital, quel que soit le genre, les infections liées à CT de génotype L (LGV génitale), sont responsables d'un tableau associant une ulcération génitale (discrète et non décelée dans de nombreux cas) à une adénopathie inguinale, le plus souvent unilatérale et inflammatoire, évoluant vers l'abcédation et une fistulisation à la peau.

- Au niveau anal, elle est à l'origine d'une anorectite caractérisée par des douleurs rectales, un ténesme, des faux besoins, un écoulement muco-purulent, une rectorragie. Les infections anorectales à CT de génotype L (LGV rectale) se distinguent généralement par un tableau clinique et biologique plus marqué, des signes généraux sont fréquemment présents ainsi qu'un syndrome inflammatoire biologique. L'examen proctologique lorsqu'il est réalisé peut retrouver des ulcérations anales, un aspect pseudo-condylomateux suintant, des ulcérations et du pus au niveau rectal.
- Au niveau oculaire, l'infection à CT de génotype D à K est responsable chez l'adulte d'une conjonctivite volontiers unilatérale, évoluant depuis plusieurs semaines ou résistante aux antibiotiques topiques usuels. Une complication à type de kératite est très rare. Chez le nouveau-né, elle est essentiellement le résultat de l'exposition à la naissance lors du passage de la filière génitale. Elle s'exprime sous la forme d'une conjonctivite survenant dans les 15 premiers jours de vie, débutant plus tardivement et d'évolution moins fulminante que la conjonctivite gonococcique. Non traitée, elle peut se compliquer d'une atteinte cornéenne ou d'une pneumopathie survenant avant l'âge de 6 mois, d'apparition progressive en l'absence de fièvre et accompagnée d'une toux persistante. Rhinorrhée, wheezing et râles sibilants sont fréquents.
- Au niveau oro-pharyngé, l'infection à CT est à l'origine de signes et symptômes légers à type de pharyngite et d'odynophagie.

Quelle que soit la localisation de l'infection ou le génotype impliqué, les infections asymptomatiques sont fréquentes.

Diagnostic biologique

Le diagnostic biologique d'une infection à CT repose sur la réalisation d'un test d'amplification des acides nucléiques de CT (TAAN CT) quelle que soit la situation clinique. Le prélèvement est réalisé selon les modalités suivantes :

- Infection urogénitale chez l'homme : prélèvement urinaire (1^{er} jet) ou prélèvement de pus urétral en cas d'écoulement
- Infection urogénitale chez la femme : auto-prélèvement vaginal ou prélèvement vaginal réalisé par le professionnel de santé (PS), préféré au prélèvement urinaire
- Infection anorectale : auto-prélèvement rectal
- Infection oculaire : prélèvement conjonctival à l'écouvillon réalisé par le PS
- Infection oropharyngée : prélèvement pharyngé à l'écouvillon réalisé par le PS
- Pneumopathie du nourrisson : prélèvement de sécrétions bronchiques réalisé par le PS

La sérologie CT est toujours inutile sauf dans les deux cas suivants :

- Infections génitales hautes, lorsque la réalisation d'un prélèvement en vue d'un diagnostic direct est impossible
- Suspicion de pneumopathie du nourrisson (détection des IgM).

Le diagnostic d'infection à CT est performant mais la fréquence des infections asymptomatiques nécessite la pratique du dépistage.

La HAS a publié en 2018 des recommandations concernant la stratégie de dépistage des infections à CT disponible à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201810/synthese_reevaluation_de_la_strategie_de_depistage_des_infections_a_chlamydia_trachomatis.pdf

Situations spécifiques

Le traitement médicamenteux de l'infection à CT diffère peu en fonction des situations cliniques et des populations affectées. Certaines populations peuvent toutefois présenter un risque majoré d'infection à CT, de récurrence après traitement, de complications sévères liées à l'infection à CT, d'acquisition du VIH et d'autres IST.

Certaines particularités de la prise en soins peuvent ainsi être notées :

- **HSH ayant plusieurs partenaires sexuels :**
 - Dépistage recommandé tous les 3 mois
 - Proposition systématique d'un dépistage multisites (urine, pharynx, rectum) adapté aux pratiques sexuelles du patient
 - Co-infections fréquentes nécessitant d'associer le dépistage des autres IST
 - LGV rectale retrouvée quasi exclusivement dans ce groupe (96,7% des cas déclarés dans l'enquête Anachla 2023) permettant d'orienter les demandes de génotypage de CT en cas d'infection rectale
 - Traitement post-exposition par doxycycline en prévention des IST bactériennes envisageable dans le cadre d'une discussion partagée chez les usagers de la prophylaxie préexposition (PrEP) du VIH à risque élevé (≥ 2 IST dans les 12 derniers mois)
- **Femmes enceintes :**
 - Dépistage systématique recommandé lors du 1^{er} trimestre de grossesse chez les femmes de moins de 25 ans
 - Dépistage systématique recommandé lors d'une consultation pour une interruption volontaire de grossesse
 - Restriction d'utilisation de la doxycycline au cours de la grossesse en fonction du terme
- **Adolescents et jeunes adultes :**
 - Dépistage systématique recommandé chez les femmes de 15 à 25 ans sexuellement actives et répété annuellement en cas de nouveau partenaire
 - Importance de l'information et de l'éducation à la santé sexuelle ainsi que d'un accompagnement adapté

Les autres populations à risque d'infection à CT éligibles à un dépistage opportuniste ciblé sont les suivantes : multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire

récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST, antécédents d'IST, personnes en situation de prostitution, après un viol.

Quelle que soit la situation rencontrée, le diagnostic d'une infection à CT doit être l'occasion d'évaluer le risque d'acquisition du VIH. Toute personne ayant un haut risque d'exposition au VIH et dont la sérologie VIH est négative doit pouvoir bénéficier de la PrEP du VIH.

Enjeux de la recommandation

Enjeux pour les patients

Améliorer la prise en charge thérapeutique des infections à CT de génotypes D à K et de génotype L.

Enjeux de santé publique

Améliorer le traitement des patients atteints de ces infections et de leurs partenaires, et ainsi diminuer le taux de contamination et d'infection.

Patients concernés

Toutes les personnes présentant une infection à CT à l'exception du trachome, ainsi que leurs partenaires.

Professionnels concernés

Professionnels de santé : dermatologues, infectiologues, médecins généralistes, urologues, gynécologues, sexologues, biologistes, pédiatres, sages-femmes, et infirmières engagées dans un protocole de coopération.

Objectifs de la recommandation

Les objectifs des recommandations sont les suivants :

- Définir les modalités du traitement curatif des infections à CT à tropisme urogénital (génotypes D à K et génotypes L de la lymphogranulomatose vénérienne).
- Préciser ses déclinaisons selon différentes situations : grossesse, allergie, classe d'âge, gravité de la maladie.

Questions

- Quel est le traitement des infections urogénitales non compliquées à CT ?
- Quel est le traitement des orchio-épididymites et des prostatites à CT ?
- Quel est le traitement des infections génitales hautes à CT ?
- Quel est le traitement des infections anorectales à CT ?
- Quel est le traitement des infections oropharyngées à CT ?
- Quel est le traitement de la conjonctivite à CT de l'adulte ?
- Quel est le traitement de l'infection néonatale à CT ?
- Quel est le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ?

- Quelles sont les modalités du suivi post-thérapeutique et de la prise en charge des cas contacts ?

La santé sexuelle est un tout, et le diagnostic d'infection sexuellement transmissible peut être traumatisant. Le traitement médicamenteux d'une infection sexuellement transmissible ne saurait résumer sa prise en charge.

Le patient atteint d'infection à CT doit bénéficier des conseils appropriés en matière de prévention de toutes les IST, des violences sexuelles et de la grossesse, et se voir proposer, le cas échéant, une orientation facilitée vers des dispositifs tels que la PrEP, les traitements post exposition, ou les centres d'orthogénie.

Vis-à-vis du.ou des partenaire.s, on y ajoutera lorsque c'est adapté une proposition d'aide à la notification.

Enfin, dans ce contexte d'antibiorésistance, qui épargne actuellement CT, des mesures d'impact seront mise en place et gérées par le Centre National des IST bactériennes (évaluation de l'évolution de la résistance aux antibiotiques).

1. Quel est le traitement des infections urogénitales non compliquées à *Chlamydia trachomatis* ?

L'expression « infections urogénitales non compliquées » désigne les urétrites et les cervicites.

1.1. Chez l'homme et la femme non-enceinte

1^{ère} intention : doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 7 jours (grade A)

2^{ème} intention : en cas de contre-indication à l'utilisation de la doxycycline, azithromycine 1 g dose unique (grade A)

3^{ème} intention : ofloxacin 200 mg x 2 par jour pendant 7 jours ou lévofloxacin 500 mg par jour pendant 7 jours (grade C)

1.2. Chez la femme enceinte

1^{ère} intention :

➔ 1^{er} trimestre : doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 7 jours (grade A)

La doxycycline est proposée chez la patiente au 1^{er} trimestre de grossesse pour les raisons suivantes :

- Manque d'efficacité de l'azithromycine dose unique dans cette indication ;
- Absence de données montrant un effet tératogène ou une toxicité sur le tissu osseux ou dentaire en formation particulièrement lors des 14 premières semaines de grossesse ;
- Résumé des caractéristiques du produit établi par l'ANSM en 2015 contre-indiquant la doxycycline uniquement à partir du 4^{ème} mois de grossesse ;
- Avis favorable du Centre National de Référence des agents tératogènes (CRAT).

➔ 2^{ème} et 3^{ème} trimestres : azithromycine 1 g dose unique (grade A)

2^{ème} intention : en cas de contre-indication à l'utilisation de la doxycycline et l'azithromycine, érythromycine 500 mg x 4 par jour pendant 7 jours (grade B)

3^{ème} intention : Le choix de l'antibiothérapie relève d'un avis spécialisé (AE)

1.3. Mesures associées à la prise de doxycycline

Lorsqu'un traitement par doxycycline est prescrit, il faut détailler aux patients les mesures associées : photoprotection, prise pendant le repas avec un grand verre d'eau et ne pas s'allonger pendant 1 h après la prise (AE).

2. Quel est le traitement des orchi-épididymites et des prostatites à *Chlamydia trachomatis* ?

2.1. Traitement de l'orchi-épididymite à CT

1^{ère} intention : doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 10 jours (AE)

2^{ème} intention : azithromycine 1 g par jour le 1^{er} et le 7^{ème} jour (AE)

3^{ème} intention : ofloxacin 200 mg x 2 par jour pendant 7 jours ou lévofloxacin 500 mg par jour pendant 7 jours (AE)

2.2. Traitement de la prostatite à CT

La prostatite à CT est une entité nosologique dont l'existence fait l'objet de controverses.

Aucun examen paraclinique simple ne permet d'affirmer la localisation prostatique d'une infection à CT (grade A).

Lorsqu'une prostatite à CT est suspectée un traitement antibiotique identique à celui de l'orchi-épididymite doit être proposé (AE).

En cas de symptômes persistants après le traitement (douleur ou gêne périnéale, pénienne ou pelvienne persistante, symptômes mictionnels, douleur pendant ou après l'éjaculation), un avis urologique spécialisé doit être sollicité (grade A).

3. Quel est le traitement des infections génitales hautes à *Chlamydia trachomatis* ?

3.1. Principes généraux

Une antibiothérapie probabiliste doit être administrée sans délai après le diagnostic et la réalisation des prélèvements à visée de documentation microbiologique (grade A).

Le traitement choisi doit avoir une activité sur CT, y compris lorsque celui-ci n'est pas mis en évidence dans les prélèvements initiaux (grade A).

Le caractère polymicrobien des infections génitales hautes (IGH) impose la poursuite d'une antibiothérapie ciblant les bactéries aérobies et anaérobies du microbiote vaginal, y compris en cas de mise en évidence de CT (grade A).

3.2. Choix de l'antibiotique actif sur CT dans le schéma thérapeutique

En 1^{ère} intention, la doxycycline 100 mg x 2 par jour (grade A) doit être utilisée, pendant 10 jours pour les formes légères à modérées (grade B), pendant 14 jours pour les formes sévères nécessitant une hospitalisation (grade A).

Lorsqu'une fluoroquinolone ou la clindamycine sont utilisées dans la combinaison thérapeutique, la doxycycline n'est plus nécessaire (grade A).

Lorsque l'azithromycine est utilisée, la posologie proposée est 1 g à J1 répétée à J7 (grade B).

Les recommandations pour la pratique clinique concernant les IGH élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français et la Société de pathologie infectieuse de langue française publiées en 2019 précisent les modalités du traitement antibiotique des IGH selon les situations (<https://www.cnr-ist.fr/ressources/editeur/Les%20infections%20g%C3%A9n%C3%A9tales%20hautesMise%20a%60%20jour%20des%20recommandations%20pour.pdf>).

4. Quel est le traitement des infections anorectales à *Chlamydia trachomatis* (hors LGV) ?

4.1. Chez l'homme et la femme non-enceinte

1^{ère} intention : doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 7 jours (grade A)

2^{ème} intention : azithromycine 1 g dose unique (grade A)

3^{ème} intention : Le choix de l'antibiothérapie relève d'un avis spécialisé (AE)

4.2. Chez la femme enceinte

1^{ère} intention :

➔ 1^{er} trimestre : doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 7 jours (grade B)

La doxycycline est proposée chez la patiente au 1^{er} trimestre de grossesse pour les raisons suivantes :

- Manque d'efficacité de l'azithromycine dose unique dans cette indication ;
- Absence de données montrant un effet tératogène ou une toxicité sur le tissu osseux ou dentaire en formation particulièrement lors des 14 premières semaines de grossesse ;
- Résumé des caractéristiques du produit établi par l'ANSM en 2015 contre-indiquant la doxycycline uniquement à partir du 4^{ème} mois de grossesse ;
- Avis favorable du Centre National de Référence des agents tératogènes (CRAT).

➔ 2^{ème} et 3^{ème} trimestres : azithromycine 1 g dose unique (grade B)

2^{ème} intention : Le choix de l'antibiothérapie relève d'un avis spécialisé (AE)

5. Quel est le traitement des infections oropharyngées à *Chlamydia trachomatis* ?

1^{ère} intention (dont grossesse au 1^{er} trimestre) : doxycycline 100 mg x 2 pendant 7 jours (grade B)

La doxycycline est proposée chez la patiente au 1^{er} trimestre de grossesse pour les raisons suivantes :

- Manque d'efficacité de l'azithromycine dose unique dans cette indication ;
- Absence de données montrant un effet tératogène ou une toxicité sur le tissu osseux ou dentaire en formation particulièrement lors des 14 premières semaines de grossesse ;
- Résumé des caractéristiques du produit établi par l'ANSM en 2015 contre-indiquant la doxycycline uniquement à partir du 4^{ème} mois de grossesse ;
- Avis favorable du Centre National de Référence des agents tératogènes (CRAT).

2^{ème} intention (allergie, grossesse au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre) : azithromycine 1 g dose unique (grade B)

3^{ème} intention : Le choix de l'antibiothérapie relève d'un avis spécialisé (AE)

6. Quel est le traitement de la conjonctivite à *Chlamydia trachomatis* de l'adulte ?

1^{ère} intention (dont grossesse au 1^{er} trimestre) : doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 7 jours (grade B)

La doxycycline est proposée chez la patiente au 1^{er} trimestre de grossesse pour les raisons suivantes :

- Manque d'efficacité de l'azithromycine dose unique dans cette indication ;
- Absence de données montrant un effet tératogène ou une toxicité sur le tissu osseux ou dentaire en formation particulièrement lors des 14 premières semaines de grossesse ;
- Résumé des caractéristiques du produit établi par l'ANSM en 2015 contre-indiquant la doxycycline uniquement à partir du 4^{ème} mois de grossesse ;
- Avis favorable du Centre National de Référence des agents tératogènes (CRAT).

2^{ème} intention (allergie, grossesse au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre) : azithromycine 1 g dose unique (grade B)

3^{ème} intention : Le choix de l'antibiothérapie relève d'un avis spécialisé (AE).

7. Quel est le traitement de l'infection néonatale à *Chlamydia trachomatis* ?

7.1. Traitement de la conjonctivite néonatale à CT

L'antibiothérapie locale seule, par pommade ou collyre, n'est pas recommandée (grade A).

L'antibiothérapie systémique doit être systématiquement administrée (grade A).

1^{ère} intention : azithromycine 20 mg/kg par jour en une prise pendant 3 jours (grade C).

2^{ème} intention : érythromycine 50 mg/kg/j en 4 prises par jour pendant 14 jours par voie orale (grade A).

3^{ème} intention : Le choix de l'antibiothérapie relève d'un avis spécialisé (AE).

Il n'y a pas de donnée permettant de recommander ou non l'application de collyre antibiotique.

7.2. Traitement de la pneumopathie néonatale à CT

1^{ère} intention : azithromycine 20 mg/kg par jour en une prise pendant 3 jours (grade C).

2^{ème} intention : érythromycine 50 mg/kg/j en 4 prises par jour pendant 14 jours par voie orale (grade C).

3^{ème} intention : Le choix de l'antibiothérapie relève d'un avis spécialisé (AE).

8. Quel est le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne ?

La LGV est une infection liée à CT de génotype L. Elle est associée à deux entités cliniques :

- La LGV génitale, au cours de laquelle apparaît de façon inconstante une ulcération génitale associée à une adénopathie inguinale, le plus souvent unilatérale et inflammatoire, évoluant vers l'abcédation et une fistulisation à la peau ;
- La LGV rectale, asymptomatique dans au moins 40 % des cas, souvent à l'origine d'une ano-rectite dont les symptômes sont « bruyants ». Elle représente 7,8 % des infections anorectales à CT dans l'enquête Anachla 2023.

Le diagnostic de LGV repose sur la réalisation d'un TAAN CT spécifique du génotype L. Il est effectué après le TAAN CT positif à la demande du clinicien.

8.1. Traitement de la LGV

1^{ère} intention (dont grossesse au 1^{er} trimestre) : doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 21 jours (grade A)

La doxycycline est proposée chez la patiente au 1^{er} trimestre de grossesse pour les raisons suivantes :

- Manque d'efficacité de l'azithromycine dose unique dans cette indication ;
- Absence de données montrant un effet tératogène ou une toxicité sur le tissu osseux ou dentaire en formation particulièrement lors des 14 premières semaines de grossesse ;
- Résumé des caractéristiques du produit établi par l'ANSM en 2015 contre-indiquant la doxycycline uniquement à partir du 4^{ème} mois de grossesse ;
- Avis favorable du Centre National de Référence des agents tératogènes (CRAT).

2^{ème} intention (allergie, grossesse au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre) : azithromycine 1g par semaine pendant 3 semaines (grade B)

3^{ème} intention : Le choix de l'antibiothérapie relève d'un avis spécialisé (AE)

L'utilisation de schémas de 7 à 14 jours de doxycycline ne peut dans l'état actuel des connaissances être recommandée.

Si le traitement de 1^{ère} intention n'est pas réalisé, en raison d'une moindre efficacité des traitements alternatifs, il est recommandé de réaliser un test de contrôle de l'éradication bactérienne au moins 4 semaines après la dernière dose d'antibiotique (AE).

8.2. Indication de la demande de génotypage de CT

Toute anorectite symptomatique doit faire l'objet d'une demande de génotypage de CT en cas de TAAN CT positif (AE).

Toute suspicion de LGV génitale (grosse adénopathie inguinale satellite par exemple) doit faire l'objet d'une demande de génotypage de CT en cas de TAAN CT positif (sur 1^{er} jet urinaire, écouvillon d'ulcération génitale, prélèvement ganglionnaire ou de pus ganglionnaire) (AE).

9. Quelles sont les modalités du suivi après traitement et de la prise en soins des partenaires ?

9.1. Suivi des patients après traitement

De façon générale, pas de TAAN CT systématique pour contrôler la guérison (grade A).

La réalisation d'un TAAN CT pour contrôler la guérison 4 semaines après la fin du traitement est recommandée uniquement dans les situations suivantes (grade A) :

- En cas de grossesse ;
- Si l'azithromycine est utilisée pour traiter une infection rectale ;
- Si le traitement de 1ère ligne n'est pas utilisé en cas de LGV ;
- Si le traitement de 1ère ligne n'est pas utilisé en cas de suspicion de LGV sans possibilité de réalisation du génotypage de CT ;
- Si les symptômes persistent.

Abstinence ou protection des rapports sexuels par le préservatif (AE) :

- Jusqu'à résolution des symptômes
- ET jusqu'à la fin du traitement par doxycycline ou 7 jours après la dernière dose d'azithromycine

Réalisation d'un TAAN CT 3 à 6 mois après l'infection traitée **pour dépister une réinfection** (grade B).

9.2. Prise en soins des partenaires

Le signalement au(x) partenaire(s) par le cas index doit être systématique (grade A).

La période sur laquelle identifier les partenaires à notifier est de 6 mois (AE).

Le partenaire doit faire l'objet d'une évaluation médicale et réaliser un TAAN CT. En cas de TAAN CT positif, il doit être traité (grade C).

Si le dernier rapport sexuel potentiellement contaminant peut être daté et remonte à moins de 14 jours, un traitement est proposé (quel que soit le résultat du TAAN CT) (AE).

La HAS a publié en 2023 des recommandations centrées sur la notification au(x) partenaire(s) disponible à l'adresse suivante : Haute Autorité de Santé. La notification au(x) partenaire(s) - Recommandation [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 15]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-08/notification_aux_partenaires_synthese.pdf

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Groupe de travail

Pr Charles Cazanave, infectiologue, Univ. Bordeaux, CHU Bordeaux

Dr Arnaud Desclaux, infectiologue, CHU Bordeaux

Pr Cécile Bébéar, bactériologue, Univ. Bordeaux, CHU Bordeaux

Groupe de lecture

Dr Claire BERNIER, dermatologue, Nantes

Mme Iris BICHARD, Infirmière, Paris

Dr Bénédicte CHAINE SIDIBÉ, Dermatologue, Paris

Dr Olivier CHOSIDOW, Dermatologue, Paris

Dr Jean-Noël DAUENDORFFER, Dermatologue, Paris

Dr Stéphane DAVID, médecin CeGIDD, Paris

Dr Isabelle ETIENNEY, Proctologue, Paris

Dr Guillaume FATSCHER, Médecin généraliste, Paris

Dr Marieke GEMINEL, médecin généraliste, Champigny Sur Marne

Dr Florian HERMS, Dermatologue, Paris

Dr Evguenia KRASTINOVA, Créteil

Dr Caroline LASCOUX-COMBE, Maladies infectieuses et tropicales, Paris

Dr Victoria MANDA Infectiologue, Paris

Dr Michel OHAYON Médecin généraliste –Sexologue, Paris

Dr Dominique PATAUT, Dermatologue, Paris

Dr Bao PHUNG, maladies infectieuses, Paris

Dr Florence POIZEAU, Dermatologue, Rennes

²Dr Romain SALLE, dermatologue CeGIDD, Boulogne-Billancourt

Dr Nathalie SPENATTO, Dermato-vénérologue, Toulouse

M Lucas VALLET, TRT5/CHV, Paris

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AZM	Azithromycine
CT	<i>Chlamydia trachomatis</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
HSH	Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IGH	Infection Génitale Haute
LGV	Lymphogranulomatose Vénérienne
NP	Notification au.x Partenaire.s
TAAN	Test d'Amplification des Acides Nucléiques

Retrouvez tous nos travaux sur
www.hassante.fr

