

Trichomonose urogénitale

Due à *Trichomonas vaginalis*, qui est la 1^{ère} cause d'infection sexuellement transmissible dans le monde. Les hommes sont en général des porteurs sains, asymptomatiques ou peu symptomatiques. Le taux de transmission lors d'un rapport sexuel est de 80%.

C'est un protozoaire flagellé vivant exclusivement dans les voies génito-urinaires.

Sous-embranchement des Sarcomastigophora.

1 Agent responsable

Trichomonas vaginalis

1.1 Morphologie

Forme végétative : Trophozoïte

- 15-20 µm de long, forme ovoïde
- **4 flagelles** antérieurs très mobiles partant d'un blépharoplaste.
- **Mobilité caractéristique** : « en tourniquet » à l'état frais
- + présence d'un flagelle « récurrent » collé à la paroi du parasite : **membrane ondulante** (courte, moitié de la cellule)
- Présence d'un axostyle : élément immobile qui part du blépharoplaste et traverse tout le parasite
- Costa : élément qui supporte le parasite
- Noyau unique, ovalaire, excentré en partie antérieure et visible après coloration
- Multiplication uniquement par scissiparité.



Pas de forme kystique !

1.2 Cycle évolutif

- Parasite strictement humain : **IST**
- Touche toute la sphère uréthro-vaginale chez la femme (cavité génitale + appareil urinaire)
- Touche toute la sphère uréthro-prostatique chez l'homme (gland + prépuce + prostate etc...)
- Survit peu de temps dans l'environnement : 1 à 2h sur surface humide et 24h dans l'urine ou le sperme
- Conditions adéquates :
 - 37°C
 - pH 5,5-6
 - anaérobiose
 - humidité relative : très sensible à la dessiccation
- contamination exclusivement pdt les rapports sexuels : **cycle direct**
- parasitose exceptionnelle chez la petite fille avant la puberté (par linge humide)

2 Clinique

La dissémination du parasite est favorisée par l'absence fréquente de signes cliniques chez l'homme. On note une association fréquente avec *Candida albicans* ou avec le Gonocoque et de pyogènes banals.

- Chez la femme :

- Forme asymptomatique dans 10 à 15% des cas
- **Vulvovaginite aigue** dans 60-70% des cas.
 - o Incubation de 4 jours à 1 mois
 - o **Leucorrhée** abondante, spumeuse, aérée, blanc/jaune/vert, nauséabonde et continue.
 - o **Prurit vulvaire intense** avec sensation de brûlure (va amener la femme à consulter).
 - o Cas de **dyspareunie** (coït douloureux).
 - o Parfois cystite, urétrite (dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles)
 - o A l'examen : vulve rouge vif avec exsudat ; introduction du spéculum très douloureuse ; muqueuse vaginale rouge écarlate avec un **piqueté hémorragique plus foncé en « peau de panthère »** ; œdème vulvaire.
 - o Existence de complications plus hautes : **cervicites, salpingites**

- Facteurs favorisants chez la femme :

- Hypofolliculinémie
- Dérèglement hormonal : grossesse, ménopause, période suivant les règles
- Alcalinisation des sécrétions vaginales

- Chez l'homme :

- **Asymptomatique dans 90% des cas** : favorise la dissémination de l'infection
- **Urétrite discrète** (en général, elle est responsable de 5-15% des urétrites non gonococciques chez l'homme) :
 - Ecoulement muco-purulent
 - Prurit
 - Présence le matin d'une sérosité au niveau du méat
 - Rarement brûlure urétrale à la miction
 - Évoque une gonococcie mais contagion plus longue (15j en moyenne contre 3-5j pour Gonocoque)
- complications rares : balanites, cystites et prostatites

3 Diagnostic biologique

3.1 Diagnostic de présomption

- **Notion de zone d'endémie** : c'est une maladie cosmopolite et ubiquitaire (IST très fréquente)
- Clinique.

3.2 Diagnostic de certitude

Repose essentiellement sur le **diagnostic parasitologique**, car il n'y a pas assez d'Ac (parasitose peu profonde).

a) Précautions à prendre lors du prélèvement chez la femme :

- On prélève la **glaire cervicale** avant toute toilette intime, avant tout ttt et en évitant les rapports 24-48h avant
- On pose le spéculum sans lubrifiant (douloureux à cause de l'inflammation)
- Prélèvement par écouvillon standard ou à la curette pipettes si écoulement intense
- Ou on lave la cavité vaginale avec qlq mL de sérum physiologique

- On note l'aspect de la muqueuse, la présence de leucorrhée, le pH

b) Précautions à prendre lors du prélèvement chez l'homme :

- prélèvement le matin avant toute miction matinale : on recueille les 1ers jets puis on concentre (culot de centrifugation)
- prélèvement des sécrétions au niveau du méat urinaire
- le massage de la prostate augmente la sensibilité du prélèvement

c) Observation du prélèvement :

- examen extemporané microscopique : **à l'état frais +++**
- directement, sans coloration, dans du sérum phy à 37°C
- on observe la mobilité « en tourniquet » ou en « tourbillon »
- on peut aussi faire un frottis (séché et fixé à l'alcool-éther) sec coloré au Giemsa ou au Bleu de Crésyl

d) Autres techniques :

- **mise en culture sur milieux spéciaux : milieu de Roiron** à 37°C, milieu diphasique de Pasteur (résultats en 3-7j)
- IF directe avec Ac monoclonaux
- PCR (pas en routine)

Attention ! : il y a nécessité de faire un diagnostique différentiel (notamment avec *Trichomonas intestinalis* et *tenax*)

4 Traitement

- Il faut traiter simultanément les 2 partenaires
- Eviter ou protéger les relations sexuelles pendant le ttt
- **Femme enceinte** : ttt si symptomatique, accouchement prématuré dû à la trichomonose ou si risque d'infection du nouveau né. On fera plutôt un ttt local et pour la femme qui allaite : métronidazole dose unique avec arrêt de l'allaitement pdt 24h.

• Traitement minute :

Tinidazole FASIGYNE : 2g prise unique

Ornidazole TIBERAL : 1,5g après repas du soir (hospit)

Secnidazole SECNOL : 2g

Metronidazole FLAGYL : 2g

-> ttt en dose unique à renouveler 10 à 30j plus tard (« ttt flash »)

• Traitement long :

-> pour les formes urinaires, les rechutes, chez l'homme pour éviter les atteintes prostatiques

Métronidazole FLAGYL : 500 mg/j pdt 10j +/- 1 ovule/j chez la femme

Ténonitroazole ATRICAN : 1 capsule GR matin et soir pdt 4 j

5 Prophylaxie

- difficile car les dérèglements hormonaux à répétitions chez les femme favorisent les Trichomonoses
- traiter les 2 partenaires
- prophylaxie des IST : rapports protégés