



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



---

**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

---

RECOMMANDATION

Prise en charge du  
patient atteint  
d'infection à  
*Trichomonas*  
*vaginalis*

---

Validé par le Collège le 14 novembre 2024

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 dans le descriptif de la publication et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

## Grade des recommandations

<b>A</b>	<b>Preuve scientifique établie</b> 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>B</b>	<b>Présomption scientifique</b> 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.
<b>C</b>	<b>Faible niveau de preuve</b> 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).
<b>AE</b>	<b>Accord d'experts</b> 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

<b>Titre</b>	<b>Prise en charge du patient atteint d'infection à</b>
<b>Méthode de travail</b>	Recommandation pour la pratique clinique (RPC) - Label
<b>Objectif(s)</b>	Réactualisation du traitement de l'infection à <i>Trichomonas vaginalis</i>
<b>Cibles concernées</b>	Professionnels de santé (infectiologues, dermatologues, médecins généralistes, gynéco-obstétriciens, bactériologistes, parasitologues, internistes)
<b>Demandeur</b>	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
<b>Promoteur(s)</b>	Haute Autorité de santé (HAS)
<b>Pilotage du projet</b>	Pr Pierre Delobel (CNS, ANRS   MIE), Dr Sébastien Fouéré (CNS, ANRS   MIE), Dr Gentiane Monsel (CNS, ANRS   MIE), M. Alexandre Pitard (HAS)
<b>Recherche documentaire</b>	M. Aurélien Dancoisne (HAS)
<b>Auteurs</b>	Dr Cécile Brin
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du <a href="#">guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts</a> de la HAS. Pour son analyse la HAS a également pris en compte la base « <a href="#">Transparence-Santé</a> » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liants aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « <a href="#">Transparence-Santé</a> » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
<b>Validation</b>	Version du 14 novembre 2024
<b>Actualisation</b>	
<b>Autres formats</b>	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – novembre 2024

# Sommaire

---

<b>Préambule</b>	<b>5</b>
<b>1. Quelles sont les caractéristiques microbiologiques et épidémiologiques de l'infection à TV ?</b>	<b>6</b>
<b>2. Quels sont les signes cliniques d'une infection à TV ?</b>	<b>7</b>
2.1. Chez la femme	7
2.2. Chez l'homme	7
<b>3. Quand et comment rechercher une infection à TV ?</b>	<b>8</b>
3.1. Symptômes devant faire réaliser un prélèvement	8
3.2. Nature des écouvillons	8
3.2.1. Chez la femme	8
3.2.2. Chez l'homme	8
3.3. Méthodes diagnostiques	8
<b>4. Quelles sont les modalités de traitement de l'infection à TV ?</b>	<b>10</b>
<b>5. Quelles sont les modalités de traitement chez les patients présentant une hypersensibilité IgE médiée aux 5-nitroimidazolés ?</b>	<b>11</b>
<b>6. Quelles sont les possibilités thérapeutiques chez les patients présentant une résistance aux 5-nitroimidazolés</b>	<b>12</b>
<b>7. Quelles sont les données sur l'utilisation des traitements 5-nitroimidazolés chez la femme enceinte pour les infections à TV ?</b>	<b>13</b>
<b>Participants</b>	<b>14</b>
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>15</b>

# Préambule

## Contexte

L'OMS a évalué l'incidence de l'infection par *Trichomonas vaginalis* (TV) à 156 millions de cas/an en 2016, avec une prévalence estimée à 5,3% en 2016 chez la femme et 0,6% chez l'homme. En France la prévalence estimée en 2017 était de 1,4% chez l'homme, 1,8% chez la femme, 1,7% tout sexe confondu.

## Enjeux pour les patients

Améliorer la prise en charge thérapeutique des infections à TV

## Patients concernés

Patients atteints d'une infection à TV et leurs partenaires

## Professionnels concernés

Tout professionnel de santé amené à prendre en charge une infection à TV

## Objectifs de la recommandation

L'objectif des recommandations est le suivant :

- Actualiser les connaissances sur le traitement de l'infection à TV depuis les recommandations françaises de la Société Française de Dermatologie de 2016 et les recommandations européennes de 2018

## Questions

- Quelles sont les caractéristiques microbiologiques et épidémiologiques de l'infection à TV ?
- Quels sont les signes cliniques d'une infection à TV
- Quand et comment rechercher une infection à TV ?
- Quelles sont les modalités de traitement de l'infection à TV ?
- Quelles sont les modalités de traitement chez les patients présentant une hypersensibilité IgE médiée aux 5-nitroimidazolés ?
- Quelles sont les possibilités thérapeutiques chez les patients présentant une résistance aux 5-nitroimidazolés ?
- Quelles sont les données sur l'utilisation des traitements 5-nitroimidazolés chez la femme enceinte pour les infections à TV ?

# 1. Quelles sont les caractéristiques microbiologiques et épidémiologiques de l'infection à TV ?

TV est un protozoaire flagellé, mobile, extracellulaire, anaérobie, strictement humain, qui n'existe que sous forme végétative. Très sensible à la dessiccation, sa transmission est exclusivement sexuelle d'un individu à l'autre et ne peut s'effectuer qu'en milieu humide. La contamination indirecte, après un échange de linges humides ou d'affaires de toilette, n'a jamais été formellement établie.

L'OMS a évalué l'incidence de l'infection par TV à 156 millions de cas/an en 2016, avec une prévalence estimée à 5,3% en 2016 chez la femme et 0,6% chez l'homme. En France la prévalence estimée en 2017 était de 1,4% chez l'homme, 1,8% chez la femme, 1,7% tous sexes confondus.

## 2. Quels sont les signes cliniques d'une infection à TV ?

### 2.1. Chez la femme

L'incubation est de 4 à 28 jours. Dans 10 à 50% % des cas, l'infection est asymptomatique. Les formes subaiguës sont les plus fréquentes et représentent 60 à 70 % des cas. Elles donnent le plus souvent un tableau de vaginite. Les leucorrhées sont jaunâtres ou verdâtres, mousseuses (« spumeuses »), abondantes et nauséabondes (odeur de plâtre frais). Au spéculum, le vagin est rouge, la colposcopie peut mettre en évidence des signes de colpité focale framboisée ou en macules «léopard». Le prurit vulvaire et/ou vaginal est variable en intensité, il existe souvent des brûlures au moment des rapports ou des mictions.

### 2.2. Chez l'homme

L'infection à TV est plus fréquente chez les hommes âgés de plus de 30 ans

L'infection est dans 15 à 50% des cas asymptomatique. Les formes symptomatiques donnent un tableau d'urétrite en général discrète : suintement rare avec goutte matinale, prurit et méatite intermittents.

## 3. Quand et comment rechercher une infection à TV ?

### 3.1. Symptômes devant faire réaliser un prélèvement

Une recherche de TV doit être envisagée dans les situations suivantes :

- Signes de vulvo-vaginite ou leucorrhées chez la femme en seconde intention si le prélèvement vaginal bactériologique et mycologique ainsi que la recherche de chlamydia et gonocoque sont négatifs.
- Signes d'urétrite et/ou écoulement chez l'homme en seconde intention si recherche de gonocoque et chlamydia négative.
- Infection à TV chez le ou la partenaire.

Compte tenu de la faible prévalence de l'infection à TV en France, un dépistage systématique n'est pas recommandé.

### 3.2. Nature des écouillons

#### 3.2.1. Chez la femme

Écouvillonnage par auto-prélèvement vaginal ou prélèvement vaginal lors de l'examen gynécologique au spéculum.

Prélèvement avec écouvillonensemencé sur milieu de transport (type Eswab).

#### 3.2.2. Chez l'homme

Écouvillonnage de l'écoulement urétral ou prélèvement du 1er jet urinaire.

Prélèvements avec écouvillonensemencé sur milieu de transport (type Eswab).

### 3.3. Méthodes diagnostiques

Le prélèvement doit être acheminé au laboratoire à température ambiante dans les 2h qui suivent le recueil. En cas de besoin, prélèvement sur milieu de Stuart (conservation 24h).

Le diagnostic est fait à l'examen direct à l'état frais après étalement entre lame et lamelle par la mise en évidence des formes végétatives ou trophozoïtes. La sensibilité de cet examen est opérateur-dépendante, estimée entre 38 et 65%, la spécificité est élevée à 99,6%.

La culture in vitro est fastidieuse et est exceptionnellement réalisée : elle est réservée aux formes résistantes de la maladie.

Plus récemment, des méthodes PCR ont été développées, accessibles en laboratoire avec une détection simultanée des autres IST (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*). Cette technique n'est pas actuellement remboursée et n'est disponible que dans certains laboratoires.

**Chez la femme** : auto-prélèvement vaginal ou lors de l'examen gynécologique (AE)

**Chez l'homme** : 1er jet d'urine ou par écouvillon en cas d'écoulement. (AE)

## 4. Quelles sont les modalités de traitement de l'infection à TV ?

### Traitement de 1ère ligne :

- métronidazole per os 500mg matin et soir pendant 7 jours. (Grade A)
- En cas d'observance thérapeutique attendue médiocre métronidazole 2g en DU ou secnidazole 2g en DU (Grade A)
- En l'absence de disponibilité des traitements précédemment cités : tinidazole 2g en DU (Grade B)

**Chez le sujet VIH** : métronidazole 500 mg x 2 pendant 7 jours (Grade B)

**Traitement de 2e ligne** : répéter un traitement par métronidazole 500 mg x 2/j pendant 7 jours (Grade B)

### Mesures associées (AE)

- Dépistage et traitement des autres infections sexuellement transmissibles.
- Dépistage et traitement simultanés du ou des partenaires même en cas de prélèvement négatif.
- Proposition d'aide à la notification aux partenaires.
- Abstinence sexuelle ou rapports protégés jusqu'à la fin du traitement et celui du partenaire.
- Pas d'alcool pendant la durée du traitement, compte tenu du risque majoré d'effets indésirables (effet antabuse).

### Mesures préventives générales

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 infecté par *Trichomonas vaginalis* 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.

## 5. Quelles sont les modalités de traitement chez les patients présentant une hypersensibilité IgE médiée aux 5-nitroimidazolés ?

**En cas d'allergie au métronidazole**, il existe un risque possible d'allergie croisée avec les autres 5-nitroimidazolés (secnidazole, tinidazole) (AE)

**En cas d'allergie présumée**, il faut adresser le patient en service d'allergologie pour confirmer l'allergie IgE médiée au métronidazole et aux autres 5-nitroimidazolés. (AE)

**En cas d'allergie prouvée**, un traitement par ovule d'acide borique ou paromomycine crème intravaginale doit être envisagé (hors AMM) (AE)

Une désensibilisation ne sera proposée qu'en cas d'allergie prouvée et échec ou impossibilité de réaliser le traitement local alternatif. (AE)

## 6. Quelles sont les possibilités thérapeutiques chez les patients présentant une résistance aux 5-nitroimidazolés

### Traitement

- métronidazole 1g matin et soir (soit 2g/j) pendant 7 jours (Grade C)
- tinidazole 2 à 3 g/j pendant 7 jours (Grade C)

**En traitement alternatif**, il est possible de proposer : traitement local par ovule de tinidazole 500 mg deux fois/j pendant 7 jours ou ovule d'acide borique 600mg deux fois/j ou paromomycine crème en intra vaginal (6,25%) 2 applications/j (hors AMM) (AE)

**En cas d'échec** des traitements précités, il est nécessaire de réaliser un test de résistance et de demander un avis d'expert (AE)

## 7. Quelles sont les données sur l'utilisation des traitements 5-nitroimidazolés chez la femme enceinte pour les infections à TV ?

**Chez la femme enceinte**, un traitement prolongé par métronidazole 500mg x 2/j pendant 7 jours est préférable à l'utilisation d'une dose unique. Il faut rassurer les patientes sur l'absence de tératogénicité du métronidazole. (Grade B)

L'utilisation du secnidazole et du tinidazole est à éviter car ils ont moins bien été évalué chez la femme enceinte (AE)

**Chez la femme allaitante**, un traitement DU est préférable compte tenu du passage du MTZ dans le lait maternel. En cas de traitement monodose et si l'enfant ne prend plus le sein la nuit, on peut proposer de prendre le métronidazole juste avant la dernière tétée du soir. (AE)

# Participants

---

## Groupe de travail

Dr Gentiane MONSEL, dermatologue, Paris

Dr Cécile BRIN, dermatologue, Chambéry

Dr Sébastien FOUERE, dermatologue, Paris

Dr Guillaume Desoubieux, parasitologue, Tours

## 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, Infectiologue 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

Dr Romain SALLE, dermatologue CeGIDD, Boulogne-Billancourt

Dr Nathalie SPENATTO, Dermato-vénérologue, Toulouse

M Lucas VALLET, TRT5/CHV, Paris

## Remerciements

Le CNS, l'ANRS-MIE et la HAS tiennent à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus

# Abréviations et acronymes

---

ANRS   MIE	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales   Maladies infectieuses émergentes
CNS	Conseil national du sida et des hépatites virales
HAS	Haute Autorité de santé
TV	Trichomonas vaginalis
MTZ	metronidazole
TDZ	tinidazole
DU	Dose Unique
PV	Prélèvement vaginal
SCZ	Secnidazole
SFD	Société Française de Dermatologie

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

