

## Question et Réponse — Vraag en Antwoord — Question and Answer

---

**Question :** De nombreux médecins exerçant en milieu tropical considèrent la gonorrhée comme résistante à la pénicilline dans leur aire de travail. S'agit-il dans tous ces cas d'infections par gonocoques producteurs de pénicillinase, et par conséquent absolument résistants à cet antibiotique ?

**Réponse :** Il est vrai que la sensibilité à la pénicilline de *Neisseria gonorrhoea* a diminué depuis l'introduction de cet antibiotique. Néanmoins, ce n'est qu'en 1976 que les premières souches de gonocoques résistants à la pénicilline ont été rapportées. Cette résistance est due à la production d'une bêta-lactamase (pénicillinase), un enzyme qui détruit la liaison bêta-lactam dans la molécule de pénicilline et de certains dérivés comme l'ampicilline. Les infections causées par des souches productrices de pénicillinase ne répondant pas aux pénicillines (e.a. l'ampicilline). Les souches à sensibilité diminuée, non productrices de pénicillinase par contre, provoquent des infections qui peuvent être traitées à la pénicilline à condition d'employer des doses appropriées.

Des enquêtes épidémiologiques ont démontré qu'il existe deux foyers de haute prévalence (20 à 40 %) de gonocoques producteurs de pénicillinase : l'Asie du Sud-Est et l'Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Ghana). En dehors de ces régions, on n'a signalé que des cas isolés de gonocoques résistants, toujours importés de ces deux foyers. Lors d'enquêtes récentes sur les gonococcies dans différents pays d'Afrique (Cameroun, Liberia, Rwanda, Swaziland, Zaïre) on n'a pas trouvé de *N. gonorrhoeae* productrices de bêta-lactamase. Il semble donc que ces souches restent encore géographiquement assez limitées.

En général, les concentrations minimales inhibitrices (CMI) à la pénicilline des gonocoques en Afrique et en Asie sont plus élevées qu'en Europe, mais il est erroné de parler de « résistance ». Les infections causées par ces souches à sensibilité diminuée (CMI  $\geq$  0,06 mcg/ml) doivent être traitées par des doses élevées de pénicilline. Le traitement standard est de 4 millions d'unités de procaïne pénicilline G. I. M. + 1 g de probénicide P. O. en une dose (pour les personnes qui ne sont pas allergiques à la pénicilline). L'efficacité de ce schéma a été prouvée par de nombreuses études, dont certaines en Afrique et en Asie. Il est bon marché, présente l'avantage d'une administration « minute », et guérit une syphilis en incubation; par contre il n'agit pas contre l'urétrite non gonococcique. Les grands problèmes de l'évaluation du traitement de la gonorrhée sont les réinfections très fréquentes et les uréthrites post gonococciques (20 à 40 % des uréthrites).

Dans l'échec d'un traitement à la pénicilline, les gonocoques sont toujours présents dans la sécrétion uréthrale (coloration de Gram). L'urétrite non gonococcique est caractérisée par un écoulement mucopurulent et

moins abondant, et par définition, des gonocoques ne peuvent pas être cultivés à partir de l'écoulement. Elle doit être traitée par des tétracyclines.

Il est évident que le traitement qui se limite au malade sans se préoccuper de ses contacts est une voie sans issue. Seules les infections à gonocoques producteurs de pénicillinase méritent d'être traitées par un autre produit que la pénicilline ou un de ses dérivés : tétracycline, cotrimoxazole, éventuellement spectinomycine.

P. PIOT