



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Quarante-deuxième Journée thématique de la Société française d'étude de la fertilité (Paris, 17 mars 2011)

Chlamydia trachomatis : l'ennemi de la trompe[☆]

Chlamydia trachomatis: The enemy of the Fallopian tube[☆]

J.-M. Bohbot

Institut Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, 75014 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 27 juin 2011

Disponible sur Internet le 13 octobre 2011

Mots clés :

Chlamydia trachomatis

Salpingite

Épidémiologie

Keywords:

Chlamydia trachomatis

Salpingitis

Epidemiology

RÉSUMÉ

La prévalence féminine de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* (Ct) est estimée à 1,6 %, mais atteint 3,6 % chez les femmes de 18 à 24 ans. Ct est un des agents infectieux les plus impliqués dans les infections génitales hautes, sans qu'il soit possible de chiffrer avec exactitude le nombre annuel de salpingites causées par cette bactérie en raison de la fréquence des formes asymptomatiques. La physiopathologie de ces complications n'est pas totalement élucidée. La clearance naturelle de Ct au niveau cervical est démontrée mais elle varie beaucoup d'un sérovar bactérien à un autre. Le délai d'apparition d'une salpingite après l'infection cervicale est également imprécis. On sait cependant que le risque de salpingite augmente avec le délai de mise en route du traitement ainsi qu'avec le nombre de récurrences d'infection cervicale. Le diagnostic repose sur une élévation du taux d'IgG anti-Ct corrélée à une élévation de la CRP. Le diagnostic de certitude repose sur la coelioscopie, mais l'échographie par voie endo-vaginale ou l'IRM peuvent orienter le diagnostic. La prévention de ces complications demeure le dépistage ciblé des tranches d'âge à risque, adolescentes en particulier. Les techniques récentes d'auto-prélèvement vestibulaire sont, à cet égard, un réel progrès.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

The female prevalence of the genital infections due to *Chlamydia trachomatis* (Ct) is considered at 1.6%, but reached 3.6% among women from 18 to 24 years. Ct is one of the most implied bacteria in PID, even if it is not possible to quantify exactly the prevalence of chlamydial salpingitis because of the frequency of the asymptomatic forms. The physiopathology of these complications is not completely elucidated. The natural clearance of Ct at the cervical level has been demonstrated but it varies with the bacterial serovar. The period between cervical infection and salpingitis is also vague. However, we know that the risk of salpingitis increases with the time of start-up treatment. In addition, the risk of PID and sequelae increases with the number of cervical infections. The diagnosis can be evocated on a rise in the rate of anti-Ct IgG correlated with a rise in CRP. The diagnosis of certitude rests on the coelioscopy, but endo-vaginal echography or the MRI can direct the diagnosis. The prevention of these complications remains the targeted screening of chlamydial infections in at-risk populations, teenagers in particular. The recent techniques of self-administrated vaginal swabs are, in this respect, a real progress.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

Les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* (Ct) ne décroissent pas dans notre pays. Les chiffres sont même en augmentation ces dernières années, mais cette croissance est probablement davantage en rapport avec un dépistage plus ciblé qu'avec une réelle flambée épidémiologique de l'infection. Les infections génitales hautes sont une complication bien connue des infections à Ct. Quel est le risque réel ? Quels moyens

diagnostiques utiliser ? Comment gérer cette complication ? Telles sont les questions auxquelles cet article tentera de répondre.

1. Épidémiologie

Selon le réseau national de surveillance des *Chlamydia* (RENACHLA), le nombre de diagnostics d'infections à Ct a progressé entre 2008 et 2009 (Fig. 1) de 19 % chez les hommes et de 25 % chez les femmes [1]. Cependant, cette évolution semble davantage due à une progression du nombre de dépistages des sujets asymptomatiques dans les centres de planification et d'éducation familiale

[☆] Cet article n'a pas fait l'objet d'une évaluation par le comité de rédaction du journal.

Adresse e-mail : jmbohbot@msn.com.

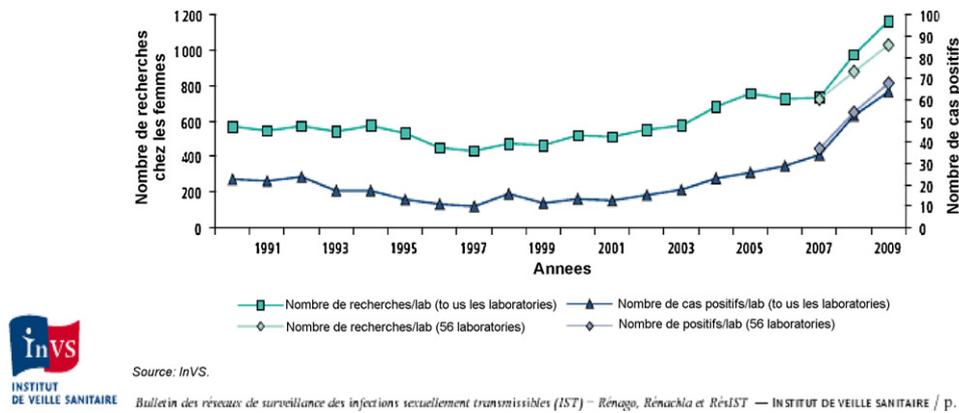


Fig. 1. Évolution du nombre moyen de femmes testées et de diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* entre 1990 et 2009.

(CPEF) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), qu'à une réelle croissance de l'infection.

En 2008, l'étude NatChla [2] retrouvait une prévalence de l'infection à *Chlamydia* de 1,6 % dans la population générale des femmes âgées de 18 à 44 ans avec une prévalence de 3,6 % chez les femmes de 18 à 24 ans. Dans les CIDDIST, cette prévalence est plus élevée : dans une étude en cours non publiée, nous relevons une prévalence de 8 % de femmes asymptomatiques infectées par Ct au sein du CIDDIST de l'Institut Fournier à Paris.

Là aussi, les populations les plus exposées sont les tranches d'âge entre 18 et 24 ans.

Quant à l'incidence des salpingites à Ct, elle est particulièrement difficile à évaluer en raison de la fréquence des formes asymptomatiques. On avance le nombre de 100 000 salpingites par an. Dans une étude épidémiologique britannique [3], le taux de salpingites pour 100 000 habitants et par an varie de 281 pour les salpingites avérées, à 326 pour les salpingites avérées + les salpingites probables et à 1117 pour les salpingites avérées + salpingites probables + salpingites possibles. Ce taux a diminué de 10,4 % par an entre 2000 et 2008 pour les salpingites avérées et les salpingites probables, tous âges confondus, alors que l'incidence des salpingites possibles augmentait. Il est à noter que cette étude ne comportait pas de données étiologiques, si bien qu'il est difficile d'estimer l'incidence réelle des salpingites à Ct.

2. Physiopathologie de l'infection à *Chlamydia trachomatis*

La principale cause de l'infection génitale haute à Ct est la persistance de la bactérie au sein des muqueuses génitales. Rappelons que Ct est un parasite intracellulaire obligatoire et que l'infection passe par la colonisation cellulaire par les bactéries, ce qui implique une réponse immunitaire légèrement différente d'autres infections génitales comme la gonococcie par exemple. Au niveau cervical, on a démontré [4] qu'il existait une clearance naturelle de l'infection chlamydienne : 54 % en 1 an, 82 % en 2 ans et 94 % en 3 ans. Cependant, le taux de clearance varie en fonction des sérovars Ct : il est plus bas avec les sérovars B, D et E et plus élevé avec les sérovars F et G. Dans une autre étude [5], les sérovars les plus persistants étaient – indépendamment du sérovar E retrouvé deux fois plus souvent au cours des formes persistantes – les sérovars H, I, J et K. Le mécanisme de persistance n'est pas encore élucidé : pouvoir infectieux plus élevé pour certains sérovars, capacité d'échapper aux mécanismes de défense pour d'autres ? La faillite relative des processus immunitaires aboutirait à une destruction partielle des cellules infectées et par voie de conséquence à une réaction cicatricielle fibreuse.

Le climat hormonal semble également jouer un rôle dans la clearance de l'infection, les œstrogènes favorisant cette clearance, alors que la progestérone favoriserait les infections sévères avec réaction inflammatoire intense (études chez l'animal) [6].

3. Quels risques d'infection haute après une infection cervicale ?

« Classiquement », les risques de complications après infection cervicale à Ct étaient estimés comme suit :

- infertilité tubaire : entre 6 à 21 % ;
- douleurs pelviennes : 18 à 24 % ;
- grossesse ectopique : 7 à 9 %.

En réalité, même si Ct demeure une menace importante pour l'appareil génital haut, il semble que ces chiffres soient surestimés. Dans une étude de cohorte portant sur 43 715 femmes suivies de 1985 à 1989 [7], les incidences cumulées de complications à l'âge de 35 ans s'établissaient ainsi :

- salpingites (hospitalisées) : 5,6 % ;
- grossesses ectopiques : 2,7 % ;
- infertilité : 6,7 %.

En raison du caractère asymptomatique de l'infection basse à Ct et de l'imprécision du nombre de salpingites liées à cette bactérie, il est difficile d'évaluer le délai d'apparition des complications après une infection basse. Des études américaines ont montré que dans un délai de 2 semaines entre le diagnostic d'infection cervicale à Ct et la remise du traitement, 2 à 5 % des femmes infectées ont développé une infection haute symptomatique [8]. Selon ces résultats, une projection mathématique conduit à un risque d'infection génitale haute de 18 % 3 mois après le diagnostic d'une cervicite à Ct. Ce chiffre est beaucoup plus élevé que les études de surveillance à long terme. Une étude portant sur 109 adolescentes [9], atteintes d'une cervicite à Ct non traitée, a retrouvé 3,7 % d'infections génitales hautes symptomatiques dans les 3 mois suivant le diagnostic. Toutes ces études ne prennent pas en compte que les formes asymptomatiques des infections génitales hautes à Ct dont on sait qu'elles sont majoritaires.

4. Quels risques d'infertilité ?

Là encore, les résultats des études sont très variables, depuis l'étude « fondatrice » de Weström [10] montrant que 16 % des femmes atteintes de salpingites vérifiées par laparoscopie

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3951899>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3951899>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)