

Les attitudes pratiques des médecins de Planning Familial pratiquant des IVG face au *Chlamydia* et au Gonocoque

Medical practice in front off Chlamydia and Gonococ in Family Planning Clinics performing abortions

D. Roynet

Centre de Planning Familial, Rochefort ;
GACEPPA (Groupe d'Action de Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant l'Avortement)

RESUME

*Les médecins praticiens de l'IVG en Centres de Planning Familial (plus de 90 % sont des généralistes) sont particulièrement sensibilisés par le dépistage de *Chlamydia trachomatis* (CT) et par le traitement des patients infectés.*

Le dépistage est indiqué : à la demande des patientes ; en présence de facteurs de risque ou d'une clinique suggestive ; systématiquement avant un acte invasif intra-utérin.

L'incidence des patientes porteuses est de 6 % dans notre population par ailleurs essentiellement féminine.

Les meilleures campagnes de dépistage n'aboutiront pas à une diminution d'incidence aussi longtemps qu'elles ne concernent que les femmes.

La facilité du dépistage chez les hommes (technique PCR sur échantillon d'urine) devrait inciter les généralistes à proposer ce test aux hommes "à risque".

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 382-5

ABSTRACT

*Medical doctors performing pregnancy terminations in Family Planning Clinics are especially involved in *Chlamydia* screening and treatment. More than 90 % of them are GP.*

Screenings are done : at patient's request ; when risk factors or significant symptoms are present ; always before any intrauterine invasive act.

*In our region, the population detected *Chlamydia* carrier is around 6 % and essentially feminine.*

The best screening campains won't succeed to an incidence decrease as long as they remain centred only on feminine population.

*The screen men for *Chlamydia* became now so easy (by PCR technique on urine sample), that it should be proposed by the GP to all "risky male".*

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 382-5

*Key words : *Chlamydia*, Gonococ, Family Planning Clinics, abortions*

Neisseria gonorrhoeae et *Chlamydia trachomatis* (CT) sont deux germes fréquemment associés en raison des caractères similaires suivants¹ :

- mode de transmission (MST obligée ou filière materno-fœtale à l'accouchement)
- symptômes locaux et généraux
- complications
- mode de diagnostic
- traitement
- attitudes préventives.

Ils sont différents en revanche relativement à :

- leur degré de contagion (Gonocoque >> *Chlamydia*

trachomatis)

- leur incidence.

Début des années 70, le taux d'incidence des gonococcies était maximal en Europe ; on parlait peu des *Chlamydia*.

Depuis trois décennies, on a observé une diminution progressive des infections gonococciques dans les pays européens (et concomitamment l'apparition de souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes à la pénicilline) et une augmentation de cas d'infections à *Chlamydia*.

Il est important d'avoir à l'esprit le contraste entre la pauvreté des symptômes lors de la contamination génitale par CT et la gravité des complications qui peuvent survenir après un délai habituellement non précisable de portage asymptomatique.

Pour rappel, le CT peut causer les pathologies suivantes :

- urétrite, cervicite, prostatite, épидидymite
- endométrite, salpingite, P.I.D. (*Pelvic Inflammatory Disease* ou *pretty inadequate diagnostic*)
- péri-hépatite, péri-appendicite, péritonite
- proctite, péri-sigmoïdite
- douleur abdominale chronique
- conjonctivite, arthrite
- avortement précoce ou tardif
- infection du liquide amniotique
- mort fœtale
- grossesse extra-utérine
- prématurité, petit poids à la naissance
- conjonctivite et/ou pneumonie du nouveau-né
- infertilité, stérilité tubaire.

Le CT, longtemps considéré comme un virus, est une petite bactérie intracellulaire assez peu virulente pour être directement responsable des manifestations pathogènes. Les réponses inflammatoires et immunitaires déclenchées chez l'hôte jouent un rôle fondamental dans la sévérité des lésions et dans le développement de la fibrose en particulier lors de réinfections homologues et surtout hétérologues².

Le risque de stérilité tubaire s'élève à :

- après un épisode de salpingite à CT : 8 % à 20 %
- après deux épisodes de salpingite à CT : 20 % à 45 %
- après trois épisodes de salpingite à CT : 75 %.

La glaire cervicale normale de la femme constitue une barrière naturelle contre l'ascension du germe ; en conséquence, toute altération de cette barrière facilitera cette ascension. Il faut songer aux effractions de cette barrière lors d'IVG, d'accouchement ou de fausse couche, d'intervention sur le col, d'hystérosalpingographie, de pose de stérilet et même de coït.

Une ascension par voie lymphatique est également possible pour expliquer les lésions à distance.

EPIDEMIOLOGIE

Le CT est la plus fréquente des bactéries sexuellement transmissibles.

Néanmoins, les chiffres de prévalence sont extrêmement variables d'un pays à l'autre en raison essentiellement de 3 facteurs :

- le grand nombre de porteurs asymptomatiques
- l'absence de déclaration obligatoire (sauf dans quelques pays comme la Suède et la Finlande)³
- l'absence de tests de laboratoire fiables dans beaucoup de régions.

On retrouve dans la littérature des chiffres d'incidence variant de 2 à 25 %.

En Belgique francophone et dans les Centres de Planning Familial pratiquant les IVG, dont la majorité adressent leurs prélèvements au même laboratoire, on note une incidence de 6 % en 2004 (Tableau 1).

Malgré la gravité des complications potentielles, il n'est pas concevable d'un point de vue de santé publique d'effectuer des dépistages de masse ; de nombreuses études ont porté sur le concept de dépistage ciblé et donc de population à risque⁴.

Les principaux critères retrouvés dans la littérature et retenus dans leur totalité ou en partie lors des campagnes de dépistage sont les suivants :

- femmes de moins de 25 ans
- partenaires multiples
- changement de partenaire depuis moins de 3 mois
- premier rapport sexuel sans contraception
- bas niveau socio-économique
- habitant des grandes villes
- autre MST ou cervicite
- prise de contraceptifs oraux (controversé)
- stérilet (controversé)
- prostituées
- femmes enceintes.

Une étude menée récemment à Anvers et destinée à prouver l'efficacité des généralistes recyclés dans le dépistage a retenu 7 critères pour le questionnaire⁴ :

- existence de saignements post-coïtaux

Tableau 1 : Incidence des principales MST (prélèvements effectués en Centre de Planning pratiquant des IVG).

	Nombre d'analyse demandée	Résultat positif	%	Remarques
<i>Chlamydia trachomatis</i>	7.280	440	6	Population "tout venant"
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	5.134	20	0,4	Population "tout venant"
<i>Trichomonas vaginalis</i>	3.981	6	0,1	Echantillon n'est plus vraiment "à frais" à l'arrivée au labo
<i>Herpes simplex</i>	349	68	19,5	Population ciblée sur lésion suspecte
Sérologie syphilis	4.236	130	3,1	TPHA + "à vie"
Labo Baudouin, 2004				

- ménométrorragies
- dysurie persistant plus d'une semaine ou après traitement
- dysurie du partenaire
- changement récent de partenaire
- plus d'un partenaire au cours de la dernière année
- premier rapport sans protection.

Un seul de ces critères implique de proposer un dépistage.

A noter que la plupart de ces listes concernent des sous-populations féminines dont le recrutement est facilité par les consultations gynécologiques (pour contraception, grossesse ou dépistage du cancer).

Depuis l'arrivée des techniques de dépistage par PCR sur un échantillon d'urine, il serait utile de réfléchir à un dépistage plus systématique de population masculine à risque :

- hommes jeunes
- militaires
- prisonniers ou jeunes hommes placés en institution
- voyageurs du tourisme ou de l'humanitaire
- client de prostituées
- hommes n'utilisant pas systématiquement de préservatif
- partenaires multiples ou occasionnelles
- hommes d'affaires.

DIAGNOSTIC

Les techniques suivantes sont utilisées pour la recherche d'un *Chlamydia in situ* (diagnostic direct).

La technique par PCR est actuellement considérée comme "gold standard".

La recherche d'anticorps sériques (IgA et IgG) n'est d'aucun intérêt dans le diagnostic direct.

Elle peut être intéressante dans la mise au point d'une P.I.D.

1. Culture : difficile - milieu de culture spécifique, germe sensible, transport difficile

2. Immunofluorescence : très difficile - personnel entraîné

3. ELISA :

- spécificité < 90 %
- sensibilité > 100 particules

4. AC Nucléiques (GEN Probe) :

- spécificité ± 100 %
- sensibilité : 100 particules

5. PCR (polymerase chain reaction) :

- spécificité : ± 100 %
- sensibilité : 1 seul plasmide (10 plasmides pour une particule de CT).

ATTITUDES PRATIQUES

Les attitudes portant sur l'incidence et les coûts sont inspirées de réflexions autour du Tableau 2.

Bien que certains infectiologues préconisent un traitement systématique pour toutes les patientes avant une IVG et malgré les coûts relatifs du dépistage et du traitement, nous pratiquons une politique de dépistage systématique de toutes les femmes qui doivent subir une IVG ou un acte invasif intra-utérin. Cette attitude est rendue possible par la facilité et la fiabilité des dépistages et par la bonne couverture d'assurance sociale des patientes.

Dans le cas où, pour des raisons financières, de discrétion ou d'extrême urgence, la patiente ne peut pas bénéficier d'un dépistage, nous administrons un des traitements ci-après ; notre préférence va à l'azitromycine, non contre-indiquée chez les femmes enceintes (Tableau 3).

En cas de positivité, nous traitons la patiente ainsi que son ou ses partenaire(s). L'acte invasif intra-utérin est dans toute la mesure du possible reporté après la fin du traitement.

La population qui consulte les Centres de Planning Familial pratiquant des IVG est essentiellement féminine ; les hommes n'ont pas recours, comme les femmes, à des consultations spécialisées. Il est donc

Tableau 2 : Eléments de réflexion pour une attitude pratique.			
Incidence			
	Nombre de demandes	Résultats + technique PCR	%
<i>Chlamydia</i>	7.280	440	6 %
Gonocoque	5.134	20	0,4 %
Coût du dépistage			
Recherche <i>Chlamydia</i> ou Gonocoque		22,88 €. Pas de ticket modérateur	
Recherche <i>Chlamydia</i> et Gonocoque		29,40 € + 8 € ticket modérateur	
Coût du traitement			
Moyenne : ± 20 € (prix public).			

Tableau 3 : Traitement.	
	PP
Azithromycine (Zitromax®) 500 mg 3 x 500 mg	± 20 €
Norfloxacin Zoroxin® 20 x 400 mg Générique 20 x 400 mg	± 20 € ± 15 €
Ciprofloxacine Ciproxine® 20 x 500 mg Générique 20 x 500 mg	± 37 € ± 28 €
Ofloxacine 400 mg Tarivid® 10 x 400 mg	± 28 €
Levofloxacine 500 mg Tavanic® 10 x 500 mg	± 45 €
Doxycycline 200 mg (10 x 200 mg)	± 13 €

particulièrement intéressant que les généralistes s'investissent dans le dépistage des populations masculines à risque⁵.

Pour terminer, il faut signaler que la mission d'éducation sexuelle et affective à l'attention notamment des jeunes scolarisés est assurée par les Centres de Planning Familial depuis 40 ans et constitue le niveau de prévention primaire⁶. La prévention des MST est en général indissociable de pratiques sexuelles responsables libres et respectueuses. L'éducation en est un facteur favorisant mais *a contrario*, l'exclusion, la misère sociale, financière et affective en sont autant de facteurs d'empêchement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vanwaeyenberg J, Libert MH : Les aspects récents des maladies sexuellement transmises. Acta Urologica Belgica 1993 ; 61
2. Bigot C Marie, M Joly Guillou, E. Bergogne Berezin : Physiopathologie des infections génitales à CT chez la femme, Service de Microbiologie, CHU Bichat. Feuille de biologie 1996, Volume XXXVII, n° 211
3. Anders Mardh (Sweden) : How widespread are STDs ? Need for improvement in surveillance systems, interpretation of test results and screening programs, as exemplified by genital chlamydial infection – www.elsevier.com/locate/rigp
4. Scholes D, Stergaches A, Heidrich PL *et al* : Prevention of Pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. N Engl J Med 1996 ; 334 : 1362-6
5. Verhoeven V, Avonts D, Vermeire E, Debaene L, Van Royen P : Antwerp : A short educational intervention on communication skills improves the quality of screening for Chlamydia in GPs in Belgium: a cluster randomised controlled trial. www.elsevier.com/locate/pateducou
6. Bajos N et équipe COCON : Sociologie des grossesses non désirées – pratiques contraceptives et recours à l'IVG. Inserm U 569

Correspondance et tirés à part :

D. ROYNET
Rue Wolles 32
1030 Bruxelles

Travail reçu le 27 mai 2005 ; accepté dans sa version définitive le 4 juillet 2005.