

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Le Chlamydia trachomatis est une bactérie strictement humaine à développement intracellulaire obligatoire. Il existe 19 sérovars de C. trachomatis et les pathologies possibles sont sérovars dépendantes :

- Sérovars A, B, Ba et C, responsables du trachome.
- Sérovars D, Da, E, F, G, Ga, H, I, Ia, J et K responsables des infections génitales (MST) et des infections des nouveau-nés.

- Sérovars L1, L2, L2a et L3 responsables de la lymphogranulomatose vénérienne.

Trachome

Kérato-conjonctivite chronique, dont la complication majeure est la cécité. Maladie endémique qui touche 500 millions d'individus en zones tropicales.

Diagnostic : PCR. La sérologie reste négative.

Lymphogranulomatose vénérienne

(LGV ou maladie de Nicolas Favre) très répandue en zone tropicale, exceptionnelle en Europe. Elle évolue en 3 phases : ulcération génitale ou anale (parfois inaperçue) – poly adénopathies inguinales qui fistulisent – fibrose génitale ou rectale. En Europe, émergence d'une forme rectale qui atteint exclusivement les homosexuels.

Diagnostic : Réaction sérologique fortement positive associée éventuellement à une recherche par PCR à partir d'ulcérations génitales ou de biopsies ganglionnaires.

Arthrite réactionnelle

Le C. trachomatis est l'un des agents pathogènes impliqués dans le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. Conjonctivite + arthrite + uréthrite.

Diagnostic : Ponction articulaire - riche en lymphocytes
- C. trachomatis peut être mis en évidence par PCR. Réactions sérologiques fortement positives. Terrain favorisant (HLA B27) associé à un facteur déclenchant microbien (en l'occurrence C. trachomatis).

Infections du Nouveau-né

Chez les femmes infectées, risque de transmission au nouveau-né, kérato-conjonctivite et dans certains cas pneumonie.

Diagnostic sérologique, par la recherche d'IGM chez le nouveau-né.

Les infections urogénitales A.C. Trachomatis

L'infection urogénitale est toujours une MST. Elle est la MST la plus fréquente en Europe. L'infection reste asymptomatique chez 75% des femmes et chez 50% des hommes. En conséquence, il existe un très grand réservoir d'individus susceptibles de transmettre l'infection à leur partenaire sexuel.

Attention : L'infection à C. trachomatis peut être découverte des mois après la contamination.

Parfois, il s'agit d'une réactivation de formes latentes d'une infection ancienne traitée ou non traitée. La responsabilité du partenaire actuel dans l'acquisition d'une infection n'est donc pas certaine.

Prudence dans les explications fournies aux patient(e)s.

Chez la femme, les symptômes les plus fréquentes sont la cervicite, les leucorrhées, les métrorragies.

On observe parfois une uréthrite, de la dysurie, des brûlures mictionnelles.

Les complications tardives les plus fréquentes sont la salpingite, les douleurs pelviennes chroniques, la GEU et la stérilité. Elles sont parfois la 1^{ère} manifestation de l'infection.

Chez l'homme, l'infection à C. trachomatis est la cause d'une uréthrite (50% cas). Elle peut se compliquer d'une épидидymite. Les séquelles sont rares par rapport à la femme.

Diagnostic biologique

Biologie moléculaire avec amplification (PCR)

C'est la méthode de référence pour tout site de prélèvement, tout type d'échantillon et pour toute forme clinique d'infection à *C. trachomatis*. La détection directe par méthode immunologique (chlamydiazyme) et la culture cellulaire ne sont plus utilisées car elles manquent de sensibilité et de spécificité. La sérologie doit être réservée à quelques indications particulières. Biologie moléculaire (PCR): On peut utiliser des prélèvements d'endocol, d'urètre, du matériel de biopsie des trompes et de l'endomètre OU récolter le 1er jet d'urines.

Chez l'homme ou récolte généralement le 1er jet d'urine (également accepté chez la femme) Chez la femme, prélèvement de l'endocol ou auto-prélèvement vaginal.

Infections du Nouveau-né

Soit 1ère urine du matin, soit urine d'un patient qui n'a plus uriné depuis 2 heures au moins.

Aucune toilette préalable.

La sérologie doit être réservée à quelques indications particulières.

La protection contre le *C. trachomatis* est partielle et de courte durée. L'efficacité des Ac est limitée en raison de la localisation intracellulaire de la bactérie. Les réinfections sont possibles. Des Ac non protecteurs peuvent persister de nombreuses années après l'éradication.

En cas d'infection génitale basse, la sérologie est presque toujours faussement négative.

En cas d'infection génitale haute ou d'exploration pour stérilité ou pour GEU, la technique de 1er choix est la PCR à partir de matériel de biopsie des trompes ou de l'endomètre. Lorsqu'on ne peut pas disposer de ce type de prélèvement, la sérologie (IgG), qui est beaucoup plus contributive que dans les cas d'infection génitale basse, a tout son intérêt.

- IGM, utiles si primo infection, souvent négatives en cas de réinfection. Utilisées pour le diagnostic des pneumopathies du nouveau-né.

- IGA, très peu utiles. Nombreuses IgA résiduelles. Nombreux faux négatifs et faux positifs. L'absence d'IgA ne permet pas d'affirmer l'absence d'infection et leur présence ne peut pas être utilisée comme un marqueur

d'infection récente.

De plus, réactions croisées avec les autres chlamydias (pneumonie et psittaci).

- IGG, technique utilisant des Ac dirigés contre peptides spécifiques du *C. trachomatis*

Taux élevé d'IGG : Témoin d'une infection à chlamydia en cours, chronique ou éradiquée.

La séroconversion c.à.d. l'élévation significative des IGG (x4) sur 2 prélèvements prélevés à au moins 2 semaines d'intervalle est le 1er critère sérologique de diagnostic de l'infection aigue, mais en pratique, elle est difficile à mettre en évidence.

Stratégie de dépistage

L'incidence des infections génitales varie selon l'activité sexuelle et l'âge. La prévalence est maximale chez les femmes de 18-24 ans et chez les hommes de 24-30 ans. En Europe, elle est de l'ordre de 2% pour la tranche 18-24 ans. Le dépistage systématique est discuté. Il est généralement réalisé dans les centres de dépistage et de planning familial.

Traitement

(infections génitales non compliquées: L'azithromycine en dose unique de 1 gr per os est l'antibiotique de 1er choix. La doxycycline 100 mgr per os 2 fois par jour pendant 7 jours est également recommandée. L'ofloxacine 300 mgr 2 fois par jour pendant 7 jours est une alternative thérapeutique. Le traitement du partenaire est indispensable pour éviter les récurrences.

Rédaction : Dr Edmond Renard