

ENQUÊTES



SURVEILLANCE DES INFECTIONS À *C. TRACHOMATIS* PAR UN RÉSEAU DE LABORATOIRES (RENACHLA 1995)

CHAUFFERT O.*, LAURENT E.*, SEDNAOUI P.***, GOUEZEL P.*, GOULET V.* et les biologistes de RENACHLA

INTRODUCTION

Le réseau RENACHLA (Réseau national des chlamydiae) est un réseau de laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) créé en 1988 pour la surveillance épidémiologique des chlamydioses génitales et coordonné par le Réseau national de santé publique (RNSP). Il est composé de LABM volontaires répartis sur l'ensemble du territoire français.

POPULATION ET MÉTHODE

RENACHLA a été constitué à partir des laboratoires participant à un réseau de surveillance des gonocoques créé en 1986 (RENAGO), de laboratoires correspondants de l'institut Alfred Fournier, et de laboratoires sollicités en 1991 lors d'une étude effectuée sur un échantillon aléatoire de laboratoires. En 1995, le réseau RENACHLA est composé de 65 laboratoires privés (2 % des 3309 LABM privés effectuant la recherche en France) et 26 laboratoires hospitaliers (7 % des 356 LABM hospitaliers). Les laboratoires de ce réseau communiquent chaque mois au RNSP le nombre de recherches de *Chlamydia trachomatis* (Ct) par examen direct. Pour chaque cas détecté sont précisés : l'âge et le sexe du patient, les signes cliniques observés, les agents pathogènes associés, la qualité du prescripteur (généraliste, spécialiste) et les motifs de prescription (en cas d'absence de signes cliniques). Seules les données des laboratoires ayant participé au moins 6 mois ont été analysées. Toutes les régions sont représentées à l'exception de la Corse. Le pourcentage de laboratoires participant à RENACHLA ne varie pas significativement d'une région à l'autre. Les laboratoires RENACHLA utilisent des méthodes diverses pour la recherche de Ct : 40 utilisent la technique ELISA, 31 l'immunofluorescence, 27 la culture et 23 l'hybridation moléculaire. Enfin, 23 laboratoires utilisent plusieurs méthodes.

RÉSULTATS

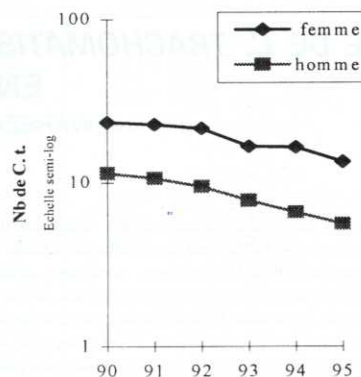
Activité des laboratoires

En 1995, les laboratoires de RENACHLA ont effectué 57352 recherches de Ct soit une moyenne de 667 recherches par laboratoire (705 recherches pour les LABM privés et 502 pour les LABM hospitaliers). Il y a quatre fois plus de recherches de Ct effectuées chez les femmes (F) que chez les hommes (H). Les laboratoires privés reçoivent essentiellement des prélèvements effectués chez des femmes (6 F pour 1 H) tandis que le ratio est plus équilibré dans les laboratoires hospitaliers (2 F pour 1 H). Ct a été identifié chez 1698 patients par les laboratoires du réseau, ce qui correspond à un taux de 3 % de recherches positives et à une moyenne de 19 identifications par laboratoire et par an. Les laboratoires hospitaliers identifient en moyenne plus de cas (29 Ct par an) que les laboratoires privés (15 Ct par an). 1199 identifications ont été réalisées chez des femmes et 499 chez des hommes. Le taux de prélèvements positifs est plus élevé chez l'homme (4,7 %) que chez la femme (2,6 %) ($p < 0,05$) et chez les patients prélevés à l'hôpital (5,3 %) que chez les patients prélevés en ville (2,2 %) ($p < 0,05$). Ces identifications ont été réalisées dans 43 % des cas par la culture, 25 % des cas par hybridation moléculaire, 21 % par immunofluorescence et 24 % par une méthode

immunoenzymatique. La méthode d'hybridation moléculaire est plus fréquemment utilisée qu'auparavant (21 % en 1995 contre 2 % en 1992). Deux méthodes sont utilisées conjointement dans 13 % des cas.

Évolution : De 1990 à 1995, on observe une diminution de 45 % du nombre d'identifications de *C. trachomatis* avec une amplitude plus forte entre 1992 et 1993 (-21 %) et entre 1994-1995 (-19 %). Cette diminution est observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes (fig. 1). La baisse du nombre d'identifications est plus importante que celle du nombre de recherches correspondant qui est de 9 %. Ainsi le taux de recherches positives passe de 4,9 % en 1990 à 2,9 % en 1995.

Figure 1. – Évolution annuelle du nombre moyen d'identification de *C. trachomatis* LABM, RENACHLA - 1990-1995



Analyse des informations concernant les patients atteints de chlamydose en 1995 :

Âge (tab. 1) : Les hommes sont plus âgés (âge médian : 28 ans) que les femmes (âge médian : 25 ans). Le sex ratio (sr) F/H est de 2,4. La prédominance féminine est maximale chez les jeunes entre 15 et 19 ans (sr : 9,3), reste importante de 20 à 29 ans (sr : 2,8) et persiste jusqu'à 49 ans à un niveau modéré (sr : 1,7). Il n'y a pas de modifications par rapport aux années précédentes.

Symptomatologie : L'information sur la présence ou l'absence de signes cliniques était disponible pour 72 % des patients ayant une recherche positive à *C. trachomatis* (844 F et 382 H). 84 % des femmes pour lesquelles l'information est disponible présentent des signes cliniques contre 68 % des hommes ($p < 0,05$). Une association de plusieurs signes est décrite pour 10 % des femmes et 6 % des hommes. Les manifestations cliniques sont chez la femme : cervicites (64 %), douleurs pelviennes (9 %), salpingites (13 %) ainsi que d'autres signes moins fréquents (13 % : vulvo-vaginite, arthralgie, urétrite). Chez les hommes ce sont surtout des urétrites (53 %) et des signes urinaires (8 %). Parmi les 255 patients asymptomatiques, 16 recherches ont été réalisées chez des partenaires de sujets infectés (8 F, 8 H), 8 chez des patients dans le cadre d'un bilan de stérilité (9 F, 75 H) et 25 (15 F, 10 H) dans le cadre d'un bilan systématique.

* Réseau national de santé publique.
** CNR des MST, Institut Alfred-Fournier.

Tableau 1. - Nombre d'identifications de *C. trachomatis* selon l'âge et le sexe

	Femmes		Hommes		Sex ratio F/H
	n	%	n	%	
< 15 ans	10	0,9	10	2,1	1
15-19 ans	158	14,2	17	3,6	9,3
20-24 ans	343	30,9	92	19,5	3,7
25-29 ans	216	19,4	109	23,1	2,0
30-34 ans	153	13,8	92	19,5	1,7
35-39 ans	105	9,5	73	15,5	1,4
40-44 ans	57	5,1	34	7,2	1,7
45-49 ans	34	3,1	20	4,2	1,7
50-54 ans	11	1,0	9	1,9	1,2
55-59 ans	10	0,9	7	1,5	1,4
> 59 ans	14	1,3	8	1,7	1,8
Total	1 111	100	471	100	2,4

Association avec d'autres agents pathogènes : Cette information est connue pour 78 % des patients ayant une recherche positive à *C. trachomatis* (949 F et 381 H). Chez 40 % des patients (48 % F et 19 % H), on trouve une association de *C. trachomatis* avec un ou plusieurs autres micro-organismes. Les micro-organismes les plus souvent associés sont chez la femme : *Ureaplasma urealyticum* (25 %), *Gardnerella vaginalis* (17 %), *Candida albicans* (15 %) et *Mycoplasma hominis* (6 %); chez l'homme : *Ureaplasma urealyticum* (10 %) et *Mycoplasma hominis* (2,4 %). L'association avec une autre maladie sexuellement transmissible (isolement de *Neisseria gonorrhoeae* ou de *Trichomonas vaginalis* ou de *Treponema pallidum*) est présente chez 4,5 % des hommes et 2,5 % des femmes atteints de Chlamydioses ($p = 0,06$).

Caractéristiques des patients selon le type de laboratoire : Les femmes atteintes de chlamydie sont plus souvent prélevées dans un laboratoire privé (63 %) que les hommes (50 %) ($p < 0,05$). Des infections associées sont signalées dans 45 % des chlamydioses diagnostiquées par les laboratoires privés contre 29 % par les laboratoires hospitaliers. En revanche, l'association avec d'autres MST est plus fréquente à l'hôpital (4 %) que dans un laboratoire privé (2) ($p < 0,05$).

Médecins prescripteurs : L'information sur la qualité du prescripteur est connue pour 87 % des patients ayant une recherche positive à *C. trachomatis*. Le gynécologue est celui qui adresse la majorité des cas de chlamydie aux laboratoires. 69 % des femmes ayant une recherche positive ont été vues par un gynécologue ainsi que 35 % des hommes vraisemblablement en tant que partenaire de femmes infectées. Les sujets jeunes ont plus fréquemment des prescriptions émanant de dermatovénérologues (17 % chez les moins de 30 ans) que les sujets plus âgés (12% chez les plus de 30 ans; $p > 0,05$) et ce aussi bien chez les hommes que les femmes.

DISCUSSION

Le nombre de détections de *Ct* a baissé entre 1990 et 1995 de 45 %. Ceci ne peut être expliqué par la seule baisse d'activité des laboratoires qui n'a été que de 9 % durant la même période. Cette baisse est générale : elle s'observe chez les hommes et chez les femmes, tant dans les laboratoires privés que dans les laboratoires hospitaliers et elle est continue d'une année sur l'autre malgré l'introduction progressive de méthodes d'identification plus sensibles. La diminution du nombre de détections est donc vraisemblablement liée à la diminution de l'incidence des chlamydioses génitales en France. L'utilisation du préservatif et une amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients et de leur partenaire sont des facteurs qui ont dû contribuer à cette tendance. Cette diminution est également observée aux États-Unis [1] et dans la plupart des pays européens [2] (Suède, Norvège, Danemark, Suisse, Pays-Bas) à l'exception des pays de l'ex-URSS où l'on observe depuis quelques années une augmentation générale de toutes les MST [3]. Les caractéristiques des patients n'ont pas varié depuis 1989.

CONCLUSION

Les systèmes de surveillance basés sur des réseaux de microbiologistes tels que RENACHLA sont des systèmes de surveillance simples puisqu'ils s'appuient sur un nombre restreint de correspondants qui par la nature de leur activité centralisent un nombre important de patients. De plus les informations transmises basées sur un diagnostic microbiologique spécifique qu'est l'identification directe sont fiables. RENACHLA permet de dégager des tendances générales et ne peut cependant pas détecter des augmentations dans des sous-groupes de populations particulières notamment si ces sous-groupes appartiennent à des populations qui, pour des raisons socio-économiques, n'ont pas accès aux examens de laboratoire. Une surveillance basée sur les cliniciens nécessiterait un nombre de correspondants beaucoup plus élevé et l'instauration d'un système lourd et coûteux. Afin d'aider les instances chargées de mettre en place des programmes de prévention, il paraît néanmoins souhaitable d'identifier plus précisément les populations à risque de chlamydie. L'introduction de techniques fiables d'identification de *C. trachomatis* sur les urines devrait faciliter le dépistage des chlamydioses génitales et permettre la réalisation d'études sur les facteurs de risque de cette maladie en France.

RÉFÉRENCES :

- [1] Sexually Transmitted Disease Surveillance 1995. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Atlanta; CDC, September 1996.
- [2] Epidemiology of genital chlamydial infections in Europe. In : *Proceedings of the third meeting of the european society for chlamydia research*. Vienna, Austria, September 11-14, 1996; Stary Angelika (Ed), 379-404.
- [3] LINGGLOF T. Rapid increase of syphilis and gonorrhea in parts of the former USSR. *Sex. Trans. Dis.* 1995; 22 : 160-161.

PRÉVALENCE DE C. TRACHOMATIS DANS UNE CLIENTÈLE DE GYNÉCOLOGUES LIBÉRAUX EN RÉGION PARISIENNE

Josiane WARSZAWSKI¹, Laurence MEYER¹, Philippe WEBER²

INTRODUCTION

Les infections à *Ct* sont difficiles à surveiller, en raison de la pauvreté de leur expression clinique et de l'absence de méthode idéale de diagnostic. Les données des dispensaires anti-vénéériens sont peu utilisables pour la surveillance de ces infections qui ne figurent pas dans la liste officielle des maladies prises en charge. Le réseau RENACHLA concerne les infections pour lesquelles une confirmation microbiologique a été prescrite. Dans le réseau Sentinelle, la surveillance des urétrites masculines est uniquement clinique. Les systèmes de surveillance actuels présentent donc une lacune quant à la couverture des femmes suivies en médecine libérale. Or deux tiers des infections à *Ct* chez les femmes sont diagnostiquées par des gynécologues libéraux [1].

Nous avons mis en place un réseau, GYNECHLA, pour suivre la tendance évolutive de ces infections chez des femmes suivies par des gynécologues volontaires installés en région parisienne. L'enquête pilote menée en 1991 a montré un taux de participation élevé. Nous rapportons ici les résultats de la série de prélèvements réalisés entre avril et juin 1993.

MÉTHODES

Quarante-six gynécologues, dont vingt-huit à Paris et dix-huit en proche banlieue, ont participé à l'enquête. Chaque gynécologue devait effectuer, pendant une semaine, un prélèvement endocervical systématique chez toutes les femmes qu'il avait l'occasion d'examiner au spéculum. Les motifs d'exclusion étaient le refus de la patiente ou des saignements trop abondants. Les patientes examinées plusieurs fois pendant la semaine d'enquête n'étaient pas réincluses. Chaque prélèvement a été réalisé après mouchage du col à l'aide d'une cytobrosse fournie par le fabricant (ou d'un écouvillon en

coton chez les femmes enceintes). Les prélèvements de la journée ont été envoyés le soir au laboratoire de microbiologie. La recherche de *Ct* a été effectuée par une méthode immuno-enzymatique (EIA), PATHFINDER de Kallestad. Les prélèvements positifs en EIA ont été confirmés par immunofluorescence (IFD) sur le culot de centrifugation. Seuls les résultats positifs en EIA confirmés par IFD, avec un seuil à 3 corps élémentaires, ont été considérés comme positifs.

Un questionnaire était rempli par le médecin pour chaque patiente. En cas de non-prélèvement, l'âge, le motif de consultation et le motif de non-prélèvement étaient recueillis.

Les gynécologues étaient avertis des résultats des prélèvements par courrier. La saisie des données était anonyme. Les tests de dépistage étaient gratuits pour les patientes. L'analyse statistique a été menée avec le logiciel EPIINFO et le logiciel SAS pour les régressions logistiques.

RÉSULTATS

Taux de participation

Chaque médecin a examiné en moyenne 48 patientes durant sa semaine de participation. Parmi les 2 200 femmes éligibles, seulement 20 femmes (0,9 %) ont refusé de participer et 87 % de celles qui ont accepté ont pu être prélevées. La principale cause de non-prélèvement était d'ordre technique : difficulté de réalisation d'un examen chez les plus jeunes, saignements trop abondants dans la classe d'âge 20-45 ans, et absence de col chez les femmes de plus de 45 ans. Le refus des patientes, la manque de temps du médecin ou la présence gênante d'un tiers lors de la consultation ont été beaucoup plus rarement invoqués. Comparées aux femmes prélevées, les femmes non prélevées étaient moins nombreuses à avoir entre 20 et 45 ans ($p < 10^{-3}$); elles consultaient plus rarement pour une surveillance de routine (frottis et/ou contraception), et plus souvent pour ménopause ou pour un problème endocrinien, tumoral ou d'ordre sexologique ($p < 10^{-3}$).

1. Service d'Épidémiologie, INSERM U292, hôpital de Bicêtre, 94276 Le Kremlin-Bicêtre.
2. Centre de diagnostic du Gallée, 77200 Torcy - Marne-la-Vallée.