

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 6 septembre 2013 à Poitiers par
Mademoiselle Anouk LAFOSCADE

**Le portage de *Chlamydia trachomatis*,
une infection asymptomatique ?**
Etude prospective sur 386 patientes consultant en orthogénie

Composition du jury

Président du jury : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL
Membres du jury : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE
Madame le Professeur France ROBLOT
Madame le Docteur Marion ALBOUY LLATY
Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (de septembre à décembre)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Xavier Fritel

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse et nous vous en remercions. Soyez assuré, Monsieur le professeur, de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Fabrice Pierre

Vous avez accepté de faire partie de notre jury et de juger notre travail. Nous vous en remercions et vous exprimons toute notre gratitude.

A Madame le Professeur France Roblot

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Recevez nos sincères remerciements et l'expression de notre grande considération.

A Madame le Docteur Albouy-Llaty Marion et à Astrid, son interne

Vous avez accepté de nous suivre dans ce projet en réalisant l'analyse statistique. Soyez assurées de notre profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Stéphanie Grandcolin

Je te remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et d'avoir dirigé ce travail en m'apportant une aide précieuse lors de son élaboration. Merci de ton soutien et de ta grande disponibilité. Et surtout, merci de l'enthousiasme et de la générosité que tu transmets, ça a été un réel plaisir de réaliser ce travail avec toi.

A ma maître de stage, le Dr Anne-Marie Keuk

Merci de m'avoir si bien accompagnée dans mon apprentissage de la médecine générale, avec tant de dévouement et de générosité.

A Paul, mon futur collaborateur

Merci de ta confiance et de ton accueil. Une pensée toute particulière pour toi, accroche toi !! Et à Stéphanie, la meilleure secrétaire que j'ai eue. Merci pour ta joie de vivre et ta présence. C'est un réel bonheur de travailler avec toi.

A mes parents, « Chitoune » et « Papou »

Merci de votre amour et de votre soutien inconditionnels grâce auxquels je suis ici aujourd'hui. Vous avez cru en moi et su m'épauler dans les bons comme dans les mauvais moments. Vous avez toujours été à l'écoute et avez bien souvent supporté mes humeurs pas toujours au beau fixe. Merci d'avoir fait de moi le médecin que je suis devenue aujourd'hui grâce aux valeurs que vous m'avez inculquée. C'est toujours un réel bonheur de vous voir et de partager ces moments en famille, qui ne va pas tarder à s'agrandir !! Continuez à être heureux comme vous l'êtes et à le répandre autour de vous, je vous aime.

A ma merveilleuse « petite » sœur, Natach

Merci tout simplement d'être toi. Merci pour ta présence, ton écoute et cette complicité qui nous lie. Tu sais toujours trouver les bons mots pour me redonner le sourire voire même me faire partir dans des crises de fou rire. Tu représentes une véritable source d'énergie et de réconfort. Et surtout merci pour tous ces bons moments partagés passés et à venir. Je sais qu'on sera toujours présente l'une pour l'autre. Reste comme tu es : sensible, nature et fraîche. Je t'aime.

A Julien, pour rendre ma sœur heureuse et pour ta joie de vivre qui fait tant de bien !
Soyez heureux tous les deux et prenez bien soin du petit « Poupik » à venir !!

A mes deux grands-mères et ma famille

Merci mes petites mamies pour votre éternel soutien. J'ai vraiment de la chance de vous avoir !! A tous mes cousins, cousines, oncles et tantes, je suis désolée de ne pas pouvoir tous vous citer (sinon je vais exploser le nombre de pages !!) mais vous comptez tous beaucoup pour moi et on forme une sacrée tribu !! C'est toujours des

parties de fous rires et de grands n'importe quoi (il faut l'admettre !!), mais qu'est-ce que c'est bon de tous se retrouver !! Un merci tout particulier pour mon oncle Eric qui est, en partie, à l'origine de mon choix de devenir médecin. J'espère être un aussi bon médecin que toi !

A mes deux grands-pères partis trop tôt

Vous m'avez toujours donnée la force et la volonté d'aller jusqu'au bout de ce que j'entreprenais. La fierté que je pouvais lire dans vos regards m'a donné confiance et rendue plus forte. C'est avec une pensée toute particulière pour vous que je soutiendrai cette thèse.

A mes amis d'enfance et mes parents de cœur

A Olivier, Léa, Marion, Cécile, Clément et Antoine pour tous ces bons moments qui ont marqué mon enfance. Content de vous avoir retrouvé récemment et de voir qu'après toutes ces années, on est toujours aussi proche. Et bienvenue à Narjisse, tu es déjà si rayonnante et expressive, un vrai petit rayon de soleil !! A Marylène, Jacques, Isabelle et Bernard, mes parents de cœur. Merci d'avoir été présents tout au cours de mon enfance. C'est tellement ressourçant de passer des moments avec vous !!

A ma belle famille

Merci pour votre accueil et votre soutien. C'est toujours ressourçant et agréable de se retrouver lors des we en famille. Merci à Claude, pour ses conseils et son soutien sur le plan professionnel et pour son aide sur le chantier.

A mes amis

A Karen, la meilleure coloc du monde !! Merci pour ta joie de vivre, ton soutien et ces bonnes soirées passées ensemble, sans oublier nos talents en bricolage et isolation !! Toujours un vrai bonheur de te retrouver ma poulette !!

A Alice, pour ta bonne humeur, ta zen attitude et pour tous ces bons moments partagés !! Et merci pour ces petits we cognaçais !

A Aude et notre belle brochette de triplète !! Merci pour ton soutien, ta présence et ces bonnes soirées partagées !! Et merci pour ta collaboration pour cette thèse.

Je sais que je pourrai toujours compter sur vous mes bichettes !!

A Lolo, Mel et Gaël pour ces souvenirs inoubliables en Guyane !! Quand est ce qu'on retourne à l'inselberg ? Vivement qu'on remette ça et on l'a dit Lolo, une fois tous thésés on se fait « Le we désintégration » !!

A Régis et notre fine équipe de la régata, et pour nos crises de fous rires !

A Vaness, Lio, Sofia et Bobi, pour votre soutien et pour m'avoir permis de m'acclimater plus facilement à ma nouvelle vie Bordelaise. Content de vous connaître, une réelle amitié est née avec vous, on forme une fine équipe tous les 6 !!

A Léo, mon adorable filleul, mon rayon de soleil. C'est un réel bonheur de te voir grandir et t'épanouir !!

Et enfin à mon conjoint et futur père de notre enfant, Xavier

Merci d'être entré dans ma vie et de me rendre heureuse. Je me rends compte à quel point j'ai de la chance de t'avoir. Merci de ton amour, de ton soutien mais surtout de ta patience sans lesquels je ne serais pas arrivée jusque-là aujourd'hui. Tu es toujours attentif, à l'écoute et tu sais trouver les mots justes pour me redonner du courage dans les moments difficiles. Merci aussi de ton investissement à la construction de notre petit « nid ». Je suis heureuse de partager ta vie et de pouvoir accueillir notre petite fille d'ici quelques semaines.

Et à Naïa, notre petite fille à venir

Tu es déjà si présente et tu me rends déjà si heureuse. Tu m'as donné la force et l'énergie de concrétiser cette thèse. Tes petits coups de pieds me remplissent à chaque fois d'émotions. Hâte de t'accueillir ma belle !!

ABREVIATIONS

Ct : Chlamydia trachomatis

IST : Infection Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

PCR : Polymerase Chain Reaction

SFU : Signe Fonctionnel Urinaire

DA : Douleur Abdominale

GEU : Grossesse Extra Utérine

SF : Signes Fonctionnels

CSF : Contexte de la Sexualité en France

Se : Sensibilité

Sp : Spécificité

FCU : Frottis Cervico Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

HAS : Haute Autorité de Santé

VPP : Valeur Prédictive Positive

VPN : Valeur Prédictive Négative

OR : Odd Ratio

IC95% : Intervalle de Confiance à 95%.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	11
2. MATERIEL ET METHODE	13
a. Schéma d'étude et population	13
b. Outil d'interrogatoire standardisé	13
c. Diagnostic de l'infection à Ct	14
d. Analyse statistique	15
3. RESULTATS	16
a. Population d'étude.....	16
i. Nombre de participantes considérées pour l'analyse.....	16
ii. Caractéristiques de la population	16
b. Résultats :	18
i. Performance d'un outil d'interrogatoire standardisé.....	18
ii. Etude de l'association entre les SF recueillis par l'interrogatoire et une infection à Ct	19
iii. Prévalence de l'infection	19
4. DISCUSSION.....	23
a. Rappels de résultats.....	23
b. Confrontation des résultats.....	23
c. Intérêt de l'étude	25
d. Limites de l'étude	26
e. Perspectives	27
5. CONCLUSION	28
6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	29
7. RESUME.....	31
8. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	32

1. INTRODUCTION

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (Ct) est un problème de santé publique. En effet, c'est une infection fréquente : elle est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus répandue dans les pays industrialisés. De plus, elle peut avoir des conséquences graves et présente un coût élevé estimé à plus de 2 milliards de dollars par an (1). L'OMS estime que chaque année il y a près de 100 millions de nouveaux cas dans le monde, valeur sous-estimée car beaucoup de patientes porteuses ne présentent pas de plaintes fonctionnelles et sont donc non dépistées (2).

Qu'elle soit symptomatique ou non, une infection à Ct peut engendrer des complications graves comme la stérilité tubaire, les grossesses extra-utérines et les douleurs pelviennes chroniques (3). La maladie inflammatoire pelvienne, séquelle de l'infection à Ct est la plus importante cause évitable de stérilité féminine et de grossesse extra-utérine (4). Dans la littérature, il est généralement admis que le risque de développer une maladie inflammatoire pelvienne (MIP), après une infection des voies génitales à Ct, est de l'ordre de 30 % qui se compliquerait dans 10 à 20 % des cas en stérilité tubaire (2). Il y a donc un réel enjeu psycho-social mais aussi financier à étendre les campagnes de dépistage. Le coût du dépistage correspond seulement à une fraction des coûts des soins de santé encourus par les complications de l'infection à Ct, résultants d'un défaut de diagnostic et donc de traitement (4). Le dépistage a d'autant plus d'intérêt qu'il existe une thérapeutique efficace et performante, facile à mettre en place.

L'essentiel du dépistage est réalisé en soins primaires (4), mais l'amorce du dépistage lors du colloque singulier patient et médecin peut être difficile du fait de la gêne que peuvent ressentir les protagonistes (5).

Actuellement, en Europe, il n'existe pas de programme de dépistage bien déterminé sauf au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, et la plupart des études réalisées ont estimé le dépistage systématique sur le seul critère d'âge (5). Or il a été démontré que d'autres facteurs existent, comme avoir deux partenaires sexuels ou plus dans l'année, croire être infecté ou avoir changé de partenaire dans les trois derniers mois (6) (7), seulement ces facteurs fluctuent d'une étude à l'autre. D'autres études

s'avèrent donc nécessaires afin de définir des critères qui permettraient de mieux cibler la population à dépister.

Actuellement cette infection est sous dépistée, comme le révèle l'enquête « Contexte de la sexualité en France (CSF) », dans laquelle il est mis en évidence que la prévalence de l'infection à Ct sur une population de 18-44 ans est de 1,5 %, soit trois fois plus élevée que la proportion d'antécédent d'infection à Ct rapportés spontanément au cours des cinq années précédentes par les personnes interrogées (8).

L'infection à Ct est volontiers décrite comme asymptomatique dans la littérature (9)(10). Les signes fonctionnels associés ont souvent une expression clinique insidieuse et peu spécifique, les patientes n'expriment que rarement une plainte fonctionnelle spontanément.

Un interrogatoire standardisé peut-il aider le praticien à mieux repérer les patientes nécessitant ce dépistage ?

Pour répondre à cette question nous avons mené une étude préliminaire, notre objectif principal était d'estimer la performance d'un outil d'interrogatoire standardisé, facilitant le repérage des patientes nécessitant un dépistage d'infection à Ct avec étude de l'association entre les signes fonctionnels recueillis et l'infection à Ct.

Les objectifs secondaires étaient d'estimer la prévalence de l'infection à Ct dans la population de femmes consultant au centre d'orthogénie et la prévalence dans différentes strates de la population étudiée, correspondant aux différentes stratégies de dépistage (basée sur les données sociodémographiques ou sur les signes fonctionnels de façon individuels puis associés).

2. MATERIEL ET METHODE

a. Schéma d'étude et population

Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée du 21 octobre 2010 au 21 Mars 2013.

Etaient incluses dans l'étude toutes les patientes consultant le jeudi pour une intervention volontaire de grossesse (IVG) au Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) du CHU de Poitiers.

Les femmes ayant un traitement antibiotique en cours étaient exclues ainsi que celles ayant pris des antibiotiques au cours du mois précédant la consultation afin de ne pas fausser l'analyse du prélèvement de l'endocol et engendrer des faux négatifs. De même, les patientes pour lesquelles il manquait plus de deux valeurs au recueil de données n'ont pas été retenues.

Pour chaque patiente incluse, l'âge et la durée de la relation avec le partenaire actuel étaient recueillis à l'interrogatoire lors de la consultation. La durée de la relation avec le partenaire actuel était définie comme la durée en mois des rapports sexuels avec un seul et même partenaire. La présence des signes fonctionnels suivants était également recueillie : leucorrhées, signes fonctionnels urinaires, douleur abdominale et dyspareunie.

b. Outil d'interrogatoire standardisé

Les signes fonctionnels à rechercher à l'interrogatoire ont été sélectionnés selon les symptômes les plus fréquemment répertoriés, dans la littérature, lors des infections à Ct (11). Ces symptômes sont les leucorrhées, les signes urinaires, les douleurs abdominales, les dyspareunies et les métrorragies. Seuls les quatre signes suivants ont été retenus : leucorrhées, signes urinaires, douleur abdominale et dyspareunie.

Malgré la présence des métrorragies dans plusieurs références bibliographiques, nous ne les avons pas incluses dans les signes fonctionnels, notre hypothèse étant qu'une patiente présentant des saignements anormaux aurait consulté et que ces

symptômes sont en général moins présents chez les femmes enceintes. Ont été retenus les symptômes les moins spécifiques ne justifiant pas nécessairement une consultation médicale du point de vue de la patiente.

L'interrogatoire standardisé testé était réalisé lors de la consultation par le médecin du service d'orthogénie et les questions suivantes étaient posées à la patiente :

Avant la grossesse est ce que vous aviez remarqué :

Des problèmes, des gênes pour uriner ?

Des écoulements vaginaux inhabituels ?

Des douleurs « au ventre » inhabituelles ?

Des douleurs « au fond » pendant les rapports ?

En cas de réponse positive on demandait à la patiente si les signes étaient présents avant la grossesse, pour ne pas confondre les maux habituels de la grossesse (leucorrhées physiologique, douleurs abdominales et pollakiurie) avec les signes infectieux. Puis nous demandions si les signes étaient très anciens pour ne pas confondre les signes de l'infection avec des douleurs chroniques liées à une autre affection.

c. Diagnostic de l'infection à Ct

Lors de la consultation, le médecin effectuait systématiquement un prélèvement de l'endocol après avoir recueilli l'accord verbal de la patiente. La recherche de Ct était ensuite réalisée de manière centralisée et identique pour toutes les patientes par biologie moléculaire avec amplification génique par PCR sur le système COBAST TAQMAN 48 (laboratoire Roche) au laboratoire du CHU de Poitiers. Les femmes dont le prélèvement était positif pour Ct étaient considérées comme infectées et recevaient une antibiothérapie par azithromycine ou doxycycline, en accord avec les recommandations. Une ordonnance d'azithromycine était systématiquement remise pour le traitement du partenaire avec la mention « à ne délivrer qu'en cas d'absence d'allergie aux macrolides ». Les femmes dont le prélèvement était négatif pour Ct étaient considérées comme non infectées.

d. Analyse statistique

Les variables quantitatives étaient résumées par les moyennes et les écart-types et les variables qualitatives présentées en effectifs et en pourcentages. Les qualités de l'outil d'interrogatoire testé étaient exprimées en termes de sensibilité (Se), spécificité (Sp), valeur prédictive positive (VPP) et valeur prédictive négative (VPN) accompagnées de leurs intervalles de confiance à 95 %. Les facteurs associés à une infection à Ct ont été déterminés par régression logistique univariée, les associations significatives étaient présentées par leurs odds ratio (OR) et leurs intervalles de confiance à 95 %. Le seuil de significativité retenu était de 5 %.

Les analyses ont été effectuées sous Excel version 14.0.6129.5000 de Microsoft Office professionnel Plus 2010 ® et SAS 9.3 ®.

Le nombre de patientes nécessaires selon la méthode de Casagrande, Pike et Smith pour une amélioration attendue de 8 points (de 9 % à 17 %, 9 % correspondant à la valeur publiée dans différentes études notamment dans le BEH d'octobre 2006 (6-7), et 17 % la valeur de prévalence que nous avons après une première analyse réalisée sur 131 patientes) du pourcentage de femmes dépistées positives pour l'infection à Ct après utilisation de l'outil d'interrogatoire était de 214, aux risques α de 5 % et β de 20 % en formulation unilatérale. Des analyses de prévalence ont été menées dans des sous-groupes d'âge, de durée de la relation avec le dernier partenaire et en fonction du nombre de signes fonctionnels retrouvés à l'aide de l'outil.

3. RESULTATS

a. Population d'étude

i. Nombre de participantes considérées pour l'analyse

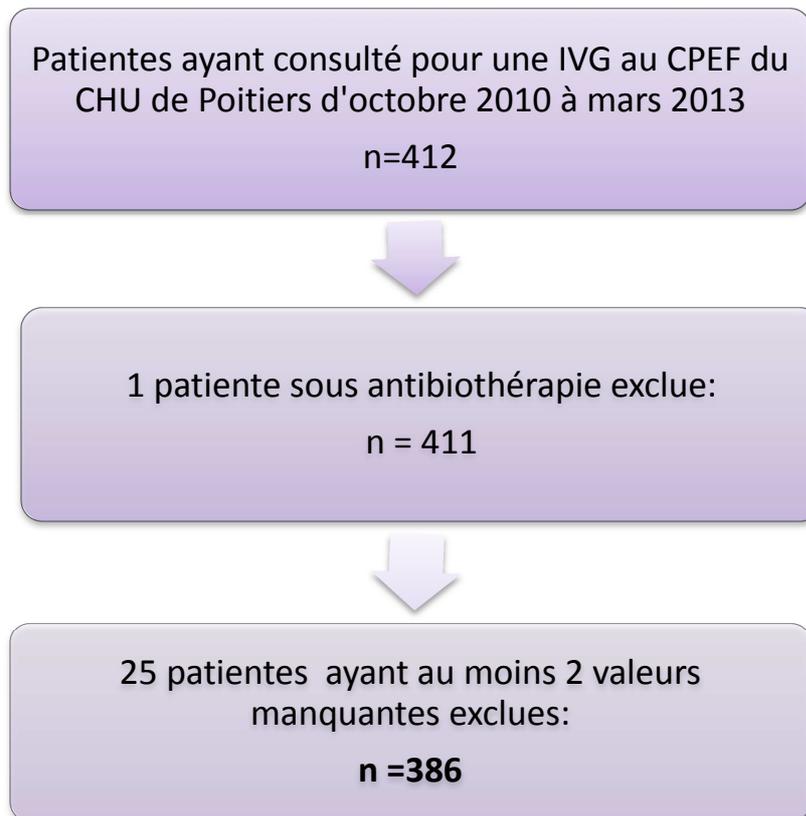


Figure 1 : Nombre de patientes incluses pour l'analyse

Au total, 386 patientes ont été incluses dans notre étude.

ii. Caractéristiques de la population

La population étudiée était composée exclusivement de femmes consultant pour une IVG dont la moyenne d'âge était de 24,8 ans (écart type à 6,3) avec des âges extrêmes de 14 et 47 ans. Parmi elles, 56 % avaient moins de 25 ans.

La durée moyenne de leur relation avec leur partenaire actuel était de 36,2 mois avec un écart type de 48,5 mois.

Lors de l'interrogatoire standardisé, 31,61 % des patientes présentaient au moins un signe fonctionnel. Les douleurs abdominales étaient le signe clinique le plus présent (15,03 %).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée			
		Fréquence	Pourcentage (%)
Âge			
< 25 ans		213	55.76
25 à 29 ans		91	23.82
≥ 30 ans		78	20.42
Durée de relation en mois			
≤ 12 mois		196	54.60
> 12 mois		163	45.40
Présence de signes fonctionnels			
Signes fonctionnels urinaires	Non	338	87.56
	Oui	48	12.44
Leucorrhées	Non	344	89.12
	Oui	42	10.88
Douleurs abdominales	Non	328	84.97
	Oui	58	15.03
Dyspareunie	Non	347	89.90
	Oui	39	10.10
Nombre de signes fonctionnels présents			
Aucun		264	68.39
1		76	19.69
2		33	8.55
3		7	1.81
4		6	1.55
Infection à Chlamydia trachomatis			
Non		330	85.49
Oui		56	14.51

b. Résultats :

i. Performance d'un outil d'interrogatoire standardisé

Tableau 2 : Performance de l'interrogatoire en fonction du nombre de signes fonctionnels retrouvés et de chaque signe fonctionnel individuellement présent								
Variables	Se (%)	IC 95 %	Sp (%)	IC 95 %	VPP (%)	IC 95 %	VPN (%)	IC 95 %
Nombre de signes fonctionnels (SF) retrouvés								
≥ 1 SF	51,79	[0,39-0,65]	71,82	[0,67-0,77]	23,77	[0,13-0,35]	89,77	[0,86-0,93]
≥ 2 SF	28,57	[0,17-0,40]	90,91	[0,88-0,94]	34,78	[0,22-0,47]	88,24	[0,85-0,92]
≥ 3 SF	12,5	[0,04-0,21]	98,18	[0,97-0,99]	53,85	[0,41-0,67]	86,86	[0,83-0,90]
4 SF	8,93	[0,01-0,16]	99,68	[0,99-1]	83,33	[0,74-0,93]	86,58	[0,83-0,90]
Signes fonctionnels présents								
SFU*	28,57	[0,17-0,40]	90	[0,87-0,93]	32,65	[0,20-0,45]	88,13	[0,85-0,92]
Leucorrhées	25	[0,14-0,36]	91,51	[0,88-0,94]	33,33	[0,21-0,46]	87,79	[0,84-0,91]
DA**	28,57	[0,17-0,40]	87,27	[0,84-0,91]	27,59	[0,16-0,39]	87,8	[0,84-0,91]
Dyspareunie	19,04	[0,09-0,30]	91,51	[0,88-0,94]	28,21	[0,16-0,4]	87,03	[0,83-0,91]
*SFU : Signes fonctionnels urinaires								
**DA : Douleur Abdominale								

A partir d'un SF retrouvé à l'interrogatoire la sensibilité varie de 39 à 65 % et la spécificité de 67 à 77 %.

Chaque SF pris isolément présente une VPP faible avec une maximale à 33,3 % mais dès qu'il y a association de 2 à 3 SF le diagnostic se précise avec une VPP respective de 34,8 % [IC95 % : 22-47 %] et de 53,8 % [IC95 % : 41-67 %] et lorsqu'on retrouve les 4 SF à l'interrogatoire la VPP est importante avec 83,3 % [IC95 % : 74-93 %].

ii. Etude de l'association entre les SF recueillis par l'interrogatoire et une infection à Ct

Tableau 3 : Association entre les signes fonctionnels et l'infection à Chlamydia trachomatis			
Signes fonctionnels	Odds ratio	IC 95 %	p
SFU*	3,7	[1,9-7,4]	0,0002
Leucorrhées	3,6	[1,8-7,4]	0,0005
Douleur Abdominale	2,7	[1,4-5,3]	0,0029
Dyspareunie	2,6	[1,2-5,7]	0,0129

*SFU : Signes fonctionnels urinaires

Chaque signe fonctionnel est lié de façon significative à l'infection à Ct. Les patientes présentant un des signes fonctionnels ont un risque de 2,6 à 3,7 fois supérieur d'être infectées par Ct par rapport aux patientes asymptomatiques. Ce risque est plus important pour les femmes présentant des SFU et/ou leucorrhées avec un odd ratio respectif de 3,7 [IC95 % : 1,9-7,4] et 3,6 [IC95 % : 1,8-7,4].

iii. Prévalence de l'infection

- o Dans la population de femmes consultant au centre d'orthogénie :

Parmi les 386 patientes incluses dans l'étude, il y en a 4 pour lesquelles l'âge n'a pas été notifié, et 27 pour lesquelles il manque la durée de la relation avec le partenaire actuel.

Les femmes âgées de moins de 25 ans représentaient 71,4 % des patientes infectées.

Parmi les patientes positives à Ct, 51,8 % présentaient au moins un signe fonctionnel à l'interrogatoire.

Dans la population la prévalence de l'infection à Ct est de 14,5 %. Cette prévalence diffère de façon significative selon l'âge (p= 0,015): 18,8 % chez les moins de 25 ans,

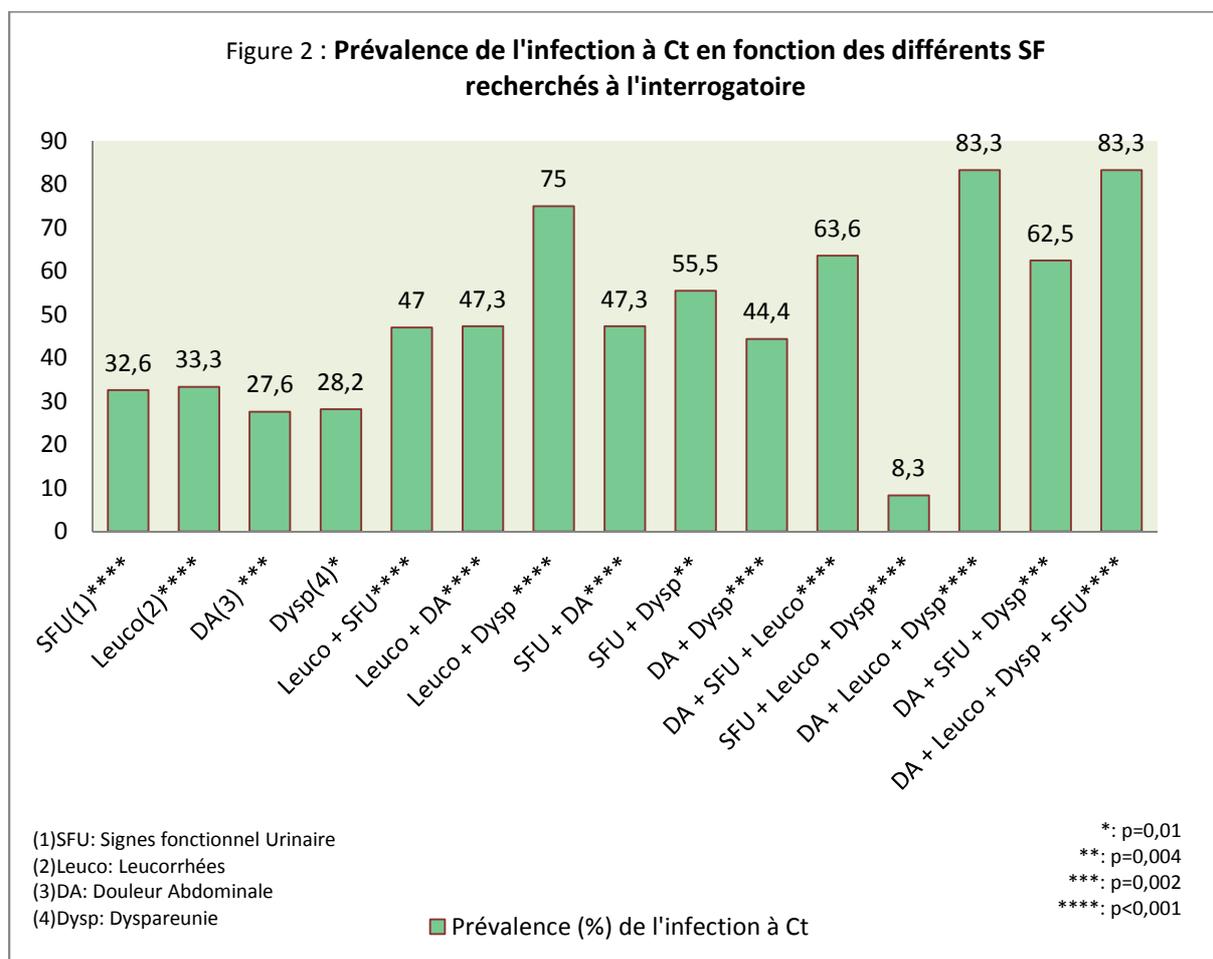
13,2 % chez les 25-29 ans et 5,1 % chez les patientes de 30 ans et plus. Au total, 93 % des femmes infectées avaient moins de 30 ans.

Soixante-cinq pourcent des femmes porteuses du Ct étaient avec le même partenaire depuis moins d'un an, ou avaient eu plusieurs partenaires dans l'année. Dans la population étudiée la proportion de femmes ayant une durée de relation affective inférieure ou égale à une durée de 12 mois est de 54,6 %. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les femmes infectées et les femmes non infectées ($p= 0,105$).

La prévalence de l'infection à Ct chez les patientes symptomatiques est d'autant plus importante qu'il y a de signes fonctionnels présents. Le nombre de signes fonctionnels retrouvé à l'interrogatoire est significativement associé à la présence de l'infection ($p < 0,0001$).

Tableau 4 : Prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis du centre d'orthogénie du CHU de Poitiers d'octobre 2010 à mars 2013					
	Prévalence (%)	Infection à Ct (n=56)	Pas d'infection à Ct (n=330)	total	p
Âge (n=382)					
< 25 ans	18.8	40	173	213	0.015
25 à 29 ans	13.2	12	79	91	
≥ 30 ans	5.1	4	74	78	
Durée de relation en mois (n=359)					
≤ 12 mois	16.3	32	164	196	0.105
> 12 mois	10.4	17	146	163	
Nombre de signes fonctionnels présents (n=386)					
Aucun	10.2	27	237	264	<0.0001
1	17.3	13	63	76	
2	27.3	9	24	33	
3	28.6	2	5	7	
4	83.3	5	1	6	

- En fonction de chaque SF pris individuellement ou en association :



L'analyse des signes fonctionnels, qu'ils soient indépendants ou associés, révèle qu'ils sont tous liés de manière significative à l'infection à Ct (ensemble des $p < 0,05$).

- Dans les différentes strates de la population étudiée constituant différentes stratégies de dépistage :

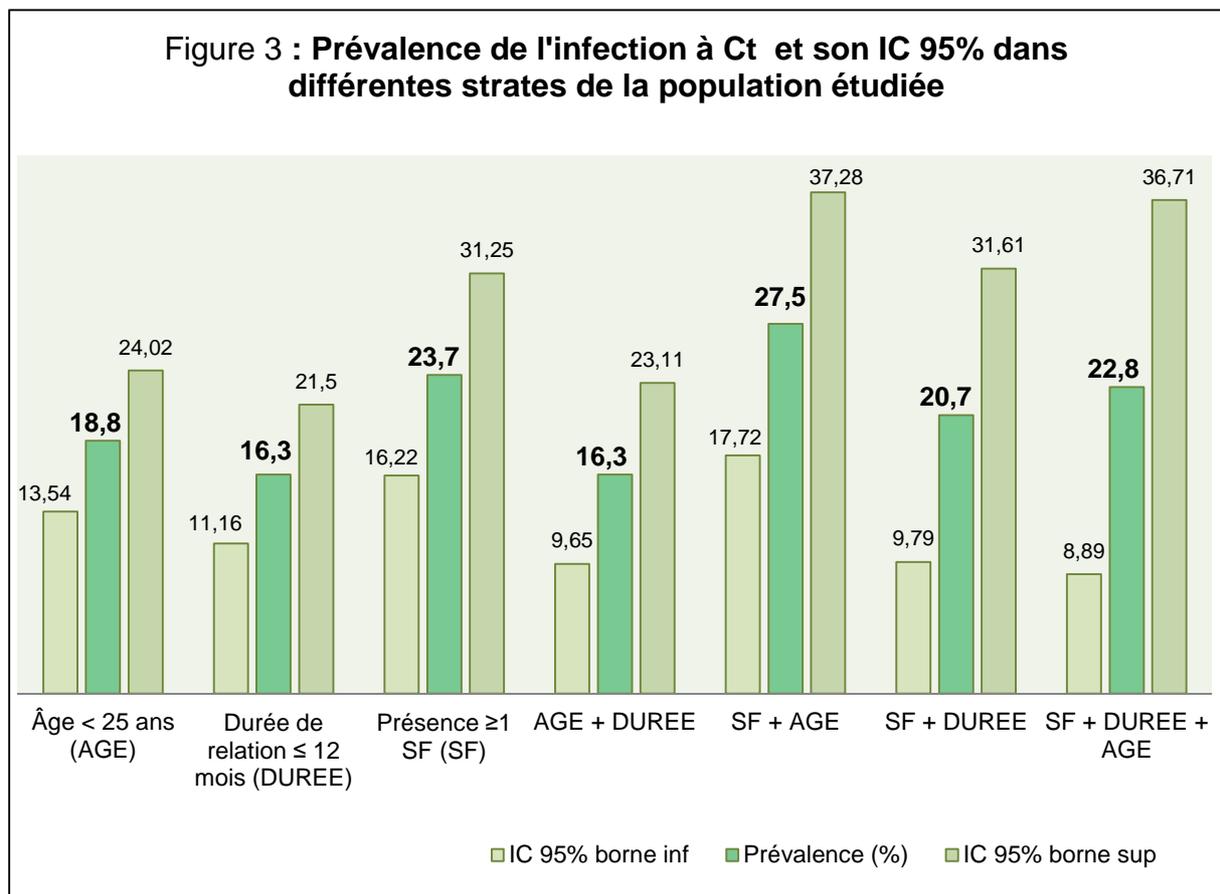
Dans les strates de population étudiée correspondant aux patientes de moins de 25 ans ou ayant une durée de relation ≤ 12 mois, critères de dépistage actuellement établis, la prévalence de l'infection est respectivement de 18,8 % [IC95 % : 13,54-24,02] et 16,9 % [IC95 % : 11,16-21,5].

Si on utilise comme critère la présence d'au moins 1 SF retrouvé à l'interrogatoire, la prévalence de l'infection est de **23,7 % [IC95 % : 16.22-31.25]**.

En associant deux de ces critères on retrouve une prévalence à :

- 16,3 % [IC95 % : 9,65-23,11] pour l'association âge < 25 ans et durée de relation ≤ 12 mois
- 27,5 % [IC95 % : 17,72-37,28] pour l'association âge < 25 ans et présence d'au moins 1 SF

Soit une prévalence 1,5 fois plus élevée dans la strate de population associant âge < 25 ans et présence d'au moins 1 SF en comparaison avec la strate de population uniquement d'âge < 25 ans, critère de dépistage actuellement le plus utilisé (Figure 3).



4. DISCUSSION

a. Rappels de résultats

Au cours de notre étude, l'infection à Ct s'est avérée majoritairement symptomatique via l'interrogatoire standardisé (51,8 % des femmes infectées).

L'interrogatoire s'est révélé être un outil de dépistage correct pour 2 SF retrouvés avec une VPP à 35 %, relativement performant à partir de 3 SF présents avec une VPP de 54 %, et devient très pertinent pour 4 SF retrouvés avec une VPP entre 74 % et 93 %.

La présence de chaque signe fonctionnel retrouvé à l'interrogatoire est fortement associée à l'infection ($p < 0,05$), ce qui confirme le choix des signes fonctionnels à rechercher.

L'étude révèle une prévalence élevée de l'infection dans la population étudiée : 14,5 %, soit quasiment 1 femme sur 7. Les patientes les plus touchées par l'infection à Ct sont les femmes jeunes.

Dans notre étude, la prévalence de l'infection à Ct diffère selon les différentes strates de la population étudiée. On observe une prévalence de l'infection nettement plus élevée (23,7 % [IC95 % : 16,22-31,25]) dans le groupe de patientes présentant au moins un SF par rapport à celle du groupe de patientes âgées de moins de 25 ans (18,8 % [IC95 % : 13,54-24,02]) critère de dépistage actuellement établi (5) (12).

b. Confrontation des résultats

Le résultat attendu de notre étude était de mieux repérer les patientes nécessitant le dépistage, il nous semblait que les recommandations de l'HAS sur le dépistage de l'infection à Ct en centre d'orthogénie étaient peu suivies et nous n'avons retrouvé que peu d'étude sur le sujet. La performance de cet outil d'interrogatoire est correct avec pour deux signes cliniques une performance intrinsèque et extrinsèque qui permettent bien de repérer des patientes nécessitant le dépistage. Malgré l'existence des recommandations, la recherche active de signes cliniques est pertinente.

Selon les données de la littérature, les infections diagnostiquées sur la présence de signes cliniques ne représentent qu'une faible partie des infections par Ct, plus de 70 % d'entre elles étant considérées comme asymptomatiques (13).

A l'inverse, dans notre étude, l'Infection à Ct est un peu plus symptomatique, 51,8 % des femmes infectées présentant au moins un signe fonctionnel. Ce résultat a été retrouvé dans une autre étude réalisée en Angleterre, analysant aussi la présence de signes fonctionnels, dans laquelle 53 % des patientes infectées à Ct étaient symptomatiques à l'interrogatoire (14). Cette différence avec les autres données de la littérature peut en partie s'expliquer par le fait que dans ces autres études évoquant les signes cliniques de l'infection à Ct, il y est rarement précisé la nature des symptômes ou alors seuls certains d'entre eux sont recherchés, or les signes fonctionnels de l'infection à Ct sont plus variés (6)(7). Dans notre étude aucune patiente n'a spontanément exprimé ses symptômes, c'est l'interrogatoire standardisé qui aura permis de les déceler. Les patientes expriment rarement les symptômes de façon spontanée, leur inconstance dans le temps et le peu de spécificité peut ne pas les interpeler. Par ailleurs cette infection est peu connue des patientes (8). Notre étude montre que lorsqu'ils sont recherchés activement, les signes fonctionnels sont présents chez la majorité des femmes infectées à Ct.

En Europe, seuls le Royaume-Uni et les Pays Bas ont un programme de dépistage. Dans les autres pays, il y a des recherches de cas, des dépistages opportunistes d'une population ciblée, mais les critères communs de dépistage sont l'âge < 25 ans dans une population sexuellement active et le nombre de partenaires sexuels ou de nouveau partenaire dans l'année (10), critères au sein desquelles la prévalence de l'infection à Ct est retrouvée la plus élevée. Dans notre étude si on se réfère qu'au critère « âge < 25 ans » ou qu'au critère « durée de relation ≤ 12 mois », on retrouve une prévalence respective de 18,8 % ou 16,3 %. En comparaison, en se référant qu'au critère « présence d'au moins 1 SF à l'interrogatoire » on obtient une prévalence de 23,7 %, soit nettement supérieure aux deux critères actuellement établis.

La prévalence observée dans notre étude est relativement élevée, si l'on se réfère aux prévalences rapportées classiquement dans la littérature, ce qui n'est pas

étonnant puisque notre population, composée exclusivement de femmes consultant en centre d'orthogénie, fait partie d'une catégorie à risque, telle que définie par l'HAS en 2003 (12). Plusieurs études ont montré un taux élevé de portage de Ct chez les femmes se présentant pour une IVG dans les centres de planning familial. Une revue de littérature au Royaume-Uni retrouve des résultats similaires puisque la médiane des prévalences des différentes études répertoriées était de 8 % (15). Le numéro thématique sur le Ct du BEH d'octobre 2006 confirme aussi ces valeurs (7)(16).

La tranche d'âge la plus touchée par l'infection dans notre étude est celle des moins de 25 ans suivie de près par celle des 25-29 ans.

Nous savons que l'infection à Ct est une infection de la femme jeune sexuellement active. La limite d'âge de 25 ans choisie comme critère dans les différentes recommandations a tendance à être remise en cause. Suite à l'enquête NatChla en France, B. de Barbeyrac suggère de revoir les recommandations afin d'inclure les femmes jusqu'à 30 ans (17). La prévalence de l'infection pour la tranche d'âge des 25-30 ans reste élevée et incite aussi à repousser les limites du dépistage systématique en centre d'orthogénie au-delà de 25 ans quel que soit le nombre de partenaires sexuels.

c. Intérêt de l'étude

Les critères actuellement utilisables pour le dépistage sont : l'âge, le niveau d'étude, le nombre de partenaire sexuel dans l'année. Ces critères peuvent être vécus comme stigmatisant. Nous supposons que l'interrogatoire standardisé est un outil permettant d'aborder plus facilement le thème de la sexualité et prise de risque, notamment lors des consultations d'orthogénie que les femmes peuvent vivre comme déjà culpabilisante, certaines ont le sentiment de l'échec. Il est facilement applicable, car peu chronophage et non coûteux, pour améliorer le dépistage notamment en soins primaires.

Dans notre étude, l'interrogatoire standardisé, qui répond aux critères de l'OMS d'un test de dépistage (18), ne constituait pas à lui seul le dépistage de l'infection à Ct. En effet, cet interrogatoire était utilisé dans le but de mieux cibler les patientes à dépister

et était systématiquement associé au prélèvement vaginal avec analyse PCR qui présente une sensibilité à 80 % environ (19). Ce test est comparable à certains tests de dépistage établis et reconnus comme la mammographie ou le FCU qui ont une sensibilité respective de 66 à 90 % et de 60 à 75 % (selon l'institut national du cancer).

d. Limites de l'étude

La principale limite de notre étude est le biais de sélection de la population étudiée. Notre échantillon est exclusivement composé de femmes enceintes en demande d'IVG, ne permettant pas d'extrapoler nos résultats aux femmes non parturientes ou consultant en soins primaires. En conséquence, la relation observée est surestimée avec un risque relatif plus élevé que dans la population générale car la population étudiée est plus exposée, de par le jeune âge notamment.

Le rapport de la DREES révèle que l'IVG est plus fréquente chez les jeunes femmes.

En 2007, deux-tiers des IVG réalisées concernaient des femmes âgées de 20 à 34 ans avec un âge moyen de 27 ans (20).

Dans notre étude, l'âge moyen des femmes est de 24,8 ans. Les femmes consultant pour une IVG constituent une population plus à risque d'infection à Ct. Nous avons fait le choix de cette population, connaissant la prévalence de l'infection. Aussi, en obtenant un échantillon assez large de femmes positives, la comparaison de la présence ou non de SF à l'interrogatoire entre les patientes infectées à Ct et non infectées était plus puissante.

D'autre part, notre étude présente un biais d'information. En effet, les signes fonctionnels recherchés à l'interrogatoire durant l'étude pouvaient parfois correspondre à des symptômes de grossesse. C'était notamment le cas des leucorrhées ou des douleurs abdominales. Leur présence n'était alors pas en rapport avec une infection à Ct. Néanmoins ce biais n'avait, à priori, aucune incidence sur la relation observée de notre étude puisque cette erreur d'appréciation n'était pas différente entre les femmes positives et les femmes négatives. De plus, ce biais était réduit car lorsqu'un signe fonctionnel était présent, il était demandé à la patiente si le

début de ce symptôme coïncidait avec le début de la grossesse ou s'il était présent depuis plus longtemps.

En ce qui concerne la durée de relation avec le partenaire actuel, nous n'avons pas retrouvé de lien significatif avec l'infection à Ct, au cours de notre étude : 35 % des femmes infectées déclaraient n'avoir eu qu'un seul partenaire au cours des 12 derniers mois, donnée confirmée dans l'enquête CSF (8), contre 45 % des femmes non infectées. Lors de la consultation le sentiment de jugement peut être un frein pour la patiente pour révéler le nombre de partenaire sexuel. Une étude récente réalisée en suède par un questionnaire via internet révèle que 88.4 % des femmes et 85.9 % des hommes infectés ont eu ≥ 2 partenaires sexuels l'année précédente(6).

La nationalité et le niveau d'étude ne se sont pas révélés comme étant des facteurs de risque lors de la première partie de notre étude (131 patientes) et n'ont pas été pris en compte par la suite. Une autre étude française réalisée en centre d'orthogénie et CPEF en 2005 avait obtenu le même résultat (7) mais dans certaines autres études ils restent définis comme facteurs de risque de l'infection à Ct (16). Ces données sont donc encore mal établies pour pouvoir être utilisées systématiquement comme critères de dépistage.

e. Perspectives

Une étude contrôle randomisée avant après dans d'autres centres d'orthogénie a été mise en place afin d'évaluer, en situation clinique réelle, que l'interrogatoire standardisé améliore bien le repérage du nombre de patiente dans le groupe exposé, par rapport au groupe contrôle. Une autre étude en unité de soin primaire universitaire est en cours afin de vérifier l'acceptabilité, et l'amélioration du repérage des patients à dépister en soins primaires.

5. CONCLUSION

Les résultats de notre étude suggèrent que l'infection à *C. trachomatis* est majoritairement symptomatique. L'infection est pourtant volontiers décrite comme asymptomatique dans la littérature. Les signes fonctionnels associés à l'infection (leucorrhées, signes fonctionnels urinaires et douleur abdominale) ont souvent une expression clinique insidieuse et les patientes n'expriment aucune plainte spontanément. Il est donc utile pour le médecin de rechercher ces signes à l'interrogatoire et de savoir proposer un test lorsqu'ils sont présents.

Cette recherche systématique des signes fonctionnels évocateurs à l'interrogatoire pourrait aider les professionnels de santé à proposer un dépistage à un nombre plus important de patientes susceptibles d'être infectées.

D'autres études sont nécessaires afin de confirmer ces résultats sur un échantillon plus important, puis de vérifier si ces résultats s'appliquent à une population plus large et diversifiée que celle de notre étude, exclusivement composée de femmes enceintes consultant en centre d'orthogénie. Il conviendra alors de tester les performances des signes fonctionnels comme outils de dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* en médecine de soins primaires.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Peipert JF. Clinical practice. Genital chlamydial infections. *N. Engl. J. Med.* 2003 Dec 18;349(25):2424–30.
2. Land JA, Bergen JEAMV, Morr  SA, Postma MJ. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in women and the cost-effectiveness of screening. *Hum. Reprod. Update.* 2010 Mar 1;16(2):189–204.
3. Center for Disease Control and Prevention. CDC Grand Rounds: Chlamydia Prevention: Challenges and Strategies for Reducing Disease Burden and Sequelae. *MMWR.* 2011;60(12):370–3.
4. Paavonen J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. *Hum. Reprod. Update.* 1999 Oct;5(5):433–47.
5. Oakeshott P, Kerry S, Aghaizu A, Atherton H, Hay S, Taylor-Robinson D, et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial. *BMJ.* 2010 Apr 8;340(apr08 1):c1642–c1642.
6. Novak M, Novak D. Risk factors for Chlamydia trachomatis infection among users of an Internet-based testing service in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare.* 2013;(4):23–7.
7. DE BARBEYRAC B. KT et al. Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans un centre de planification familiale et un centre d'orthogénie, Bordeaux, France, 2005. (37-38):277–9.
8. Bajos N, Beltzen N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. *La Découverte.* 2008.
9. De Barbeyrac B. Actualités sur l'infection à Chlamydia trachomatis. *La Presse Médicale.* 2013 Apr;42(4, Part 1):440–5.
10. European Centre for Disease prevention and Control. Chlamydia control in Europe. 2011. Disponible sur: http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0906_gui_chlamydia_control_in_europe.pdf (consulté le 11 juin 2013)
11. Choroszy-Kr l I, Frej-M drzak M, Jama-Kmiecik A, Bober T, Jolanta Sarowska J. Characteristics of the Chlamydia trachomatis species - immunopathology and infections. 2012;(21):799–808.
12. ANAES. Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis en France [Tome2]. 2003.
13. PRESCRIRE. Infections génitales par Chlamydia trachomatis, première partie. (31):445–50.

14. Schoeman SA, Stewart CMW, Booth RA, Smith SD, Wilcox MH, Wilson JD. Assessment of best single sample for finding chlamydia in women with and without symptoms: a diagnostic test study. *BMJ : British Medical Journal*. 2012 Dec 12;345:14.
15. Adams EJ, Charlett A, Edmunds WJ, Hughes G. Chlamydia trachomatis in the United Kingdom: a systematic review and analysis of prevalence studies. *Sex Transm Infect*. 2004 Oct 1;80(5):354–62.
16. Prudhomme M, Boucher J, Perriot yvette, Feur E, Leroux M-C. Prévalence des infections génitales basses à Chlamydia trachomatis chez les femmes consultant les Centres de planification familiale du Val-de-Marne, France, 1999. *BEH*. 2006 oct;(37-38):179–82.
17. DE BARBEYRAC B. B, CLERC M, IMOUNGAL L, al. Le point sur l'épidémiologie et le diagnostic des chlamydioses humaines en France. *Revue Francophone des Laboratoires* 2011. 2011;39–41.
18. ANAES. Guide méthodologique: comment évaluer à priori un programme de dépistage? 2004. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf (consulté le 15 Août 2013)
19. Pasternack R, Vuorinen P, Kuukankorpi A, Pitkääjärvi T, Miettinen A. Detection of Chlamydia trachomatis infections in women by Amplicor PCR: comparison of diagnostic performance with urine and cervical specimens. *J. Clin. Microbiol*. 1996;34(4):995–8.
20. DREES. Les interruptions volontaires de grossesse en 2007. 2009. Report No.: 713. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er713.pdf> (consulté le 16 Août 2013)

7. RESUME

Contexte

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (Ct), Infection Sexuellement Transmissible d'origine bactérienne la plus fréquente dans les pays industrialisés, peut causer chez la femme des complications chroniques avec séquelles importantes. Elle est volontiers décrite comme asymptomatique or il existe des signes fonctionnels associés qui ont souvent une expression clinique insidieuse. Des moyens diagnostiques et thérapeutiques performants de cette IST existent.

Objectifs

Estimer la performance d'un outil d'interrogatoire standardisé facilitant le repérage des patientes à dépister pour l'infection à Ct, estimer la prévalence de l'infection dans une population de femmes consultant en centre d'orthogénie et la prévalence dans différentes strates de la population étudiée, correspondant aux différentes stratégies de dépistage.

Matériel et méthode

Etude prospective observationnelle d'octobre 2010 à mars 2013, incluant les patientes consultant pour une Interruption Volontaire de grossesse (IVG) au centre d'orthogénie du CHU de Poitiers pour lesquelles un prélèvement de l'endocol a été réalisé systématiquement après avoir procédé à un interrogatoire standardisé à la recherche de quatre signes fonctionnels (SF) (signes fonctionnels urinaires, leucorrhées, douleur abdominale et dyspareunie). Les échantillons ont été analysés par amplification génique (PCR Cobast Taqman 48 Roche).

Résultats

386 patientes ont été incluses. L'interrogatoire est un outil relativement performant à partir de 2 à 3 SF retrouvés avec une VPP respective de 34,8 % et 53,8 % et devient très pertinent quand les 4 SF sont présents avec une VPP à 83,3 % [IC95 % : 74-93 %]. Parmi les femmes infectées, 51,8 % présentaient au moins un SF à l'interrogatoire. La présence de chaque SF retrouvé est fortement associée à l'infection à Ct ($p < 0.05$). La prévalence de l'infection dans la population étudiée est élevée à 14,5 %.

Conclusion

La recherche active des quatre SF permet de dépister par l'interrogatoire des infections à Ct symptomatiques jusque-là non dépistées, car de manifestation insidieuse.

Mots clés

Chlamydia trachomatis, interrogatoire standardisé, signes fonctionnels, dépistage, centre d'orthogénie.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

