

┌

RÔLE DU CHLAMYDIA TRACHOMATIS DANS LES INFECTIONS UTÉRO-ANNEXIELLES OU LEURS SÉQUELLES AU C.H.U. DE KAMENGE (Bujumbura - Burundi) A PROPOS DE 82 CAS

D. MUTEGANYA*, R. NAKINTIJE*, G. MUHIRWA**, B. POSTE**, G. NTAHONKIRIYE*,
S. HARERIMANA*, J.B. SINDAYIRWANYA*, B. NTUNDA*.

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent les résultats d'une étude prospective de 82 cas d'infections utéro-annexielles ou de leurs séquelles, comme les stérilité, les grossesses extra-utérines, les douleurs pelviennes chroniques, traitées au C.H.U. Kamenge entre Mars 1993 et Août 1994. La moyenne d'âge était de 29,4 ans, et les nullipares représentaient 28% de la série.

Chlamydia trachomatis a été isolé dans 71% des cas. Sur la base de ces résultats épidémiologiques, les auteurs recommandent une antibiothérapie à diffusion intracellulaire, active sur ce germe, en cas d'infection utéro-annexielle.

Mots clés : Chlamydia trachomatis, infections utéro-annexielles, stérilité, grossesse extra-utérine.

SUMMARY

The authors report the results of a prospective study based on 82 cases of pelvic inflammatory diseases or their consequences such as sterility, ectopic pregnancy, chronic pelvic pains, treated at Kamenge CHU between march 1993 and august 1994. The average age was 29,4 and the nulliparous represented 28% of the series.

The *Chlamydia trachomatis* was isolated in 71% of the cases.

Given those epidemiologic results, the authors recommend in case of pelvic inflammatory disease an antibiotherapy with intra-cellular effect and active on the *chlamydia trachomatis*

I - INTRODUCTION

Peu connues il y a quelques années, les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* occupent actuellement une place prépondérante dans les maladies sexuellement trans-

* Département de gynécologie obstétrique au CHU KAMENGE, B.P. 2210

missibles.

Seules quelques études épidémiologiques ont été réalisées en Afrique.

Notre étude, la 1^{ère} du genre au Burundi, se propose d'évaluer la responsabilité de ce germe dans les infections utéro-annexielles ou leurs séquelles.

Elle vise également à vérifier si les protocoles thérapeutiques utilisés au cours de ces infections, sont actifs sur le *Chlamydia trachomatis*.

II - MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective étalée sur un laps de temps de 18 mois, (de Mars 1993 à Août 1994) et qui porte sur une série de 82 cas.

Était incluse dans l'étude toute patiente consultant pour le (ou les) motif(s) suivant(s) :

- Symptomatologie en faveur d'une infection utéro-annexielle (leucorrhée avec douleur pelvienne et fièvre).
- Stérilité primaire ou secondaire.
- Douleur pelvienne chronique.
- Grossesse extra utérine.

L'analyse microbiologique comportait :

- Un prélèvement endocervical avec mise en évidence du *Chlamydia trachomatis* par immunofluorescence directe à l'aide d'anticorps monoclonaux, en utilisant les réactifs «Kalestad diagnostics» de pathfinder (The Pathfinder Direct Antigen Detection System for *Chlamydia trachomatis*).
- Une recherche d'anticorps par la méthode ELISA.

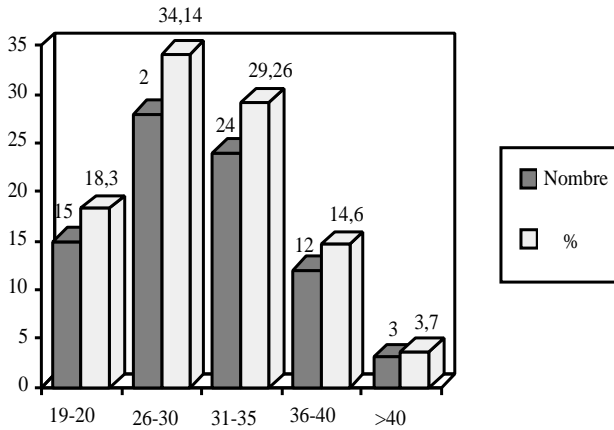
Toutes nos patientes ont subi des prélèvements endocervicaux, alors que la recherche d'anticorps anti-chlamydia n'a été effectuée que pour 26 malades.

** Département de Biologie au CHU KAMENGE, B.P. 2210 BUJUMBURA - BURUNDI.

III - RÉSULTATS

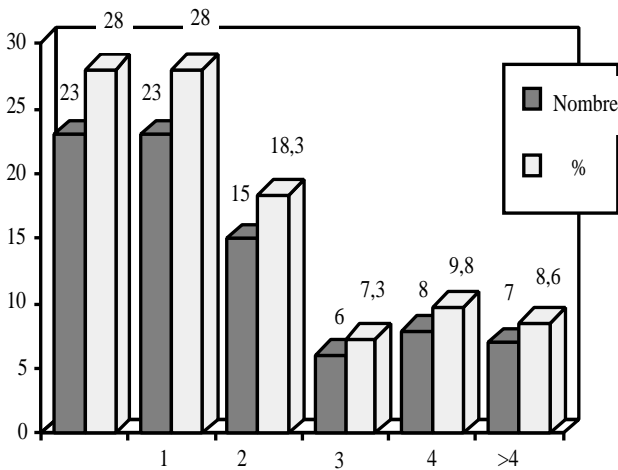
La moyenne d'âge de nos patientes était de 29,4 ans avec des extrêmes allant de 19 à 55 ans. Plus de 50% se trouvaient dans la tranche d'âge de 19 et 30 ans (Fig.n°1).

Figure n°1 : Répartition des patientes par tranche d'âge



L'immense majorité de nos patientes était constituée de paucipares, et les nullipares représentaient 28% de la série (Fig. n°2).

Figure n° 2 : Répartition des patientes selon la parité



Les motifs de consultation étaient dominés par des symptômes en faveur d'une infection utéro-annexielle, et par des douleurs pelviennes chronique (Tab. n°1).

Tableau n°1 : Motif de consultation

Motif de consultation	Nombre	%
Infection pelvienne aiguë	34	41,5
Douleurs chroniques	19	23,2
GEU	12	14,6
Stérilité secondaire	11	13,4
Stérilité primaire	6	7,3
Total	82	100

Le Chlamydia trachomatis était isolé dans l'endocol chez 71% de nos patientes, les taux les plus élevés se rencontrant dans les cas de stérilité aussi bien primaire que secondaire (Tab. n°2).

Tableau n°2 : Résultats des prélèvements endocervicaux en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Nb	C.T. +	%
Infection pelvienne aiguë	34	23	67,6
Douleur pelvienne chronique	19	13	68,4
GEU	12	9	75
Stérilité secondaire	11	9	81,8
Stérilité primaire	6	5	83,3
Total	82	59	71

Sur les 26 patientes chez lesquelles la recherche d'anticorps a été réalisée, une sérologie positive a été notée 16 fois, soit 61,5% des cas. Par ailleurs, 7 de celles ayant une sérologie négative étaient porteuses de Chlamydia trachomatis dans l'endocol ce qui témoignait d'une infection récente.

IV. DISCUSSION

Les infections génitales à Chlamydia trachomatis touchent essentiellement des femmes jeunes, paucipares, sexuellement actives.

Henry Suchet (1) estime 5 à 20% la population féminine porteuse de Chlamydia trachomatis dans l'endocol, la fréquence la plus élevée se retrouvant parmi les célibataires et les femmes de moins de 20 ans.

Selon Shafer et Coll (2), la présence de tissu endocervical ectopique rend les adolescentes particulièrement vulnérables à l'infection endocervicale à *Chlamydia trachomatis*, ce dernier ayant une prédilection pour les cellules épithéliales cylindriques de ce tissu.

Verhoest (3) constate que la tranche d'âge la plus concernée est celle de femmes de 20 à 35 ans.

La moyenne d'âge de notre série était de 29,4 ans. Elle était respectivement de 25,3 ans et de 26 ans dans la série de Méfane (4) et dans celle de Collet (5).

Les nullipares constituaient 28% de nos patientes et 26% de celles de Picaud (6). Le rôle du *Chlamydia trachomatis* dans les infections génitales est très mal connu en Afrique. Seules quelques études épidémiologiques y ont été réalisées, et ce travail constitue le premier du genre en ce qui concerne le Burundi.

La responsabilité de ce germe dans les stérilités tubaires est reconnue par tous les auteurs (1, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Le taux moyen d'isolement de ce germe dans l'endocol était de 71% des cas, et plus de 80% des patientes consultant pour stérilité aussi bien primaire que secondaire avaient des prélèvements endocervicaux positifs à *Chlamydia trachomatis*.

Dans la série de Méfane et Coll (4), le taux d'isolement de C.T. dans l'endocol est de 22,8% dans les stérilités primaires et de 27,5% dans les stérilités secondaires. Par contre, ces mêmes auteurs notent une sérologie chlamydiennne positive dans 84 % des femmes présentant une obstruction tubaire.

De même Collet et Coll (5) constatent une prévalence d'anticorps antichlamydiae de 83% en cas d'obstruction tubaire, et de seulement 37,8% en l'absence d'obstruction.

Dans la série de Picaud et Coll (6), toutes les patientes consultant pour stérilité étaient porteuses d'anticorps antichlamydiae et les prélèvements endocervicaux positifs à C.T. dans 48% des cas. Ces auteurs préconisent d'abaisser la définition de la stérilité à un an d'infécondité pour augmenter les chances de succès thérapeutiques.

Selon Westrom (12), les risques d'obstruction tubaire augmentent avec le nombre d'épisodes infectieux. Ils sont de

11% après un épisode, de 36% après deux épisodes, de 75% après trois épisodes ou plus.

Contrairement aux salpingites gonococciques ou dues aux pyogènes très symptomatiques, les salpingites chlamydiennes sont volontiers subaiguës, avec moins de douleurs et de fièvre, ou totalement asymptomatiques (13). Ceci explique les diagnostics tardifs, souvent au stade de séquelles comme les stérilités tubaires, les grossesses extra-utérines ou les douleurs pelviennes chroniques.

Dubuisson (14) dans sa série de 69 cas de G.E.U. trouve une sérologie chlamydiennne positive dans 69,5% des cas. Dans notre étude, 75% des patientes hospitalisées pour GEU et 68% de celles consultant pour douleurs pelviennes chroniques avaient des prélèvements endocervicaux positifs à C.T.

Toutes nos patientes ont bénéficié de la classique triple antibiothérapie (aminopénicilline-aminoside-métronidazole). Celle-ci, bien qu'active sur la majorité des germes rencontrés dans les infections utéro annexielles, reste totalement inactive sur le C.T. et nous n'avons pas noté de relais par les cyclines.

V. CONCLUSION

A l'issue de ce travail, nous pouvons affirmer que les infections génitales à C.T. sévissent à l'état endémique en Afrique et plus spécialement au Burundi.

Sur la base de nos résultats épidémiologiques, nous recommandons :

- de prévenir cette pathologie et ses séquelles par une meilleure information et éducation de la jeunesse en matière de sexualité et de contraception,
- de relayer la classique triple antibiothérapie par des antibiotiques à diffusion intracellulaire actifs sur le C.T. comme les Cyclines ou les Macrolides.
- de traiter le ou les partenaires sexuels, quels que soient les résultats de leurs prélèvements, car l'infection génitale à C.T. est une maladie sexuellement transmissible.

Enfin, nous adhérons totalement à la proposition de Picaud et Coll. qui préconisent d'abaisser le délai de la définition de la stérilité à 1 an d'infécondité, pour débiter tôt l'investigation et augmenter les chances de succès thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. HENRY SUCHET.
Place de Clamydioses en gynécologie.
La presse médicale, 5-12 Janvier 1991, 20 (1) : 10-12.

2. P. VERHOEST, H. FERNANDEZ, J. HENRY SUCHET, J. ORFILLA, J.C; BOULANGER.
Nouvelle stratégie thérapeutique par l'association ofloxacine-amoxicilline acide clavulanique dans le traitement des infections gynécologiques hautes. A propos de 123 cas.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1994, 23 : 39-46.

3. M. A. SHAFFER, F. PESSIONE, C. SCIEUX, A. BIANCHI et COLL.
Chlamydia trachomatis : facteurs de risques chez les femmes de la région parisienne. Importance du tabagisme et de l'ectropion cervical.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1993, 22 : 163-168.

4. C. MEFANE, D. BENONI, J.P. NZOGUE NGUEMA.
L'infection à chlamydia trachomatis chez la femme à Libreville.
Médecine d'Afrique Noire : 1988, 35 (9) : 647-650.

5. M. COLLET, J. RENIERS, E. FROST, R. GASS, F. YVERT, A. LECLERC, C. ROTH-MEYER, B. IVANOFF, A. MEHEUS.
L'infertility in Central Africa : Infection in the cause.
Int. J. Gynécol. Obstet. 1988, 26 : 423-428.

6. A. PICAUD, J.P. BERTHONNEAU, A.R. NLOME-NZE, D. BENONI, C. MEFANE, A. BAUD.
Stérilités tubaires et Chlamydia trachomatis. Corrélations cliniques et microbiologiques.
Médecine d'Afrique Noire : 1990, 37 (2) : 45-49.

7. HENRY SUCHET, M. VELUYRE, P. PIA.
Étude statistique des facteurs influençant le pronostic des plasties tubaires. Importance de l'état de la muqueuse ampulaire et de l'infection Chlamydienne.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1989, 18 (5) : 571-580.

8. A. KEILANI, D. BOULIEU, D. RAUDRANT, M. CARRAZ, P. QUENIN.
Rôle de Chlamydia trachomatis dans les pathologies tubaires (Salpingites aiguës et stérilité tubaire). Étude microbiologique sur 175 liquides péritonéaux.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1989, 18 (2) : 167-172.

9. C. NAHMONOVICI, E. PASTORINI.
Infections gynécologiques et stérilité.
Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1989, 84 (3 bis) : 269-271.

10. C. SCIEUX, R. COLIMON, A. BIANCHI, A. FELTEN, Y. PEROL.
Intérêt diagnostique de la recherche des anticorps antichlamydiae au cours des salpingites.
Presse Médicale 1987, 16 : 715-718.

11. J. HENRY SUCHET, F. CATALAN, V. LOFFREDO, D. SERFATY, A. SIBOULET, Y. PEROL et COLL.
Étude microbiologique des prélèvements coelioscopiques dans les annexites et les stérilités tubaires. Recherche de chlamydia et de mycoplasmes.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod, 1980, 4 : 445-453;

12. L. WESTROM.
Incidence prevalence, and trends of acute pelvise inflammatory disease and its consequences in industrial countries.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1980, 7 : 880-891.

13. G. BODY, R. QUINTIN, J. LYON, G. PINON, J. LANSAC.
Les salpingites aiguës à gonocoque.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod, 1985, 14 : 477-485.

14. J.B. DUBUISSON, F.X. AUBRIOT, E. SOMBARDIER, RQ. HENRION.
La sérologie dans l'infection à Chlamydiae trachomatis au cours des grossesses tubaires.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1987, 16 : 553-554;

15. P. VERHOEST, J. ORFILA, F. FAIDER, M. VITSE, J.CH. BOULANGER.
Proposition d'une nouvelle stratégie thérapeutique dans les infections génitales hautes.
J. Gynécol. Obstét. 1989, 84, 12 : 933-940.