

Quel dépistage pour les IST à *Chlamydia trachomatis* ?

Mots clés :

Chlamydia
Dépistage
Education
du patient

Le dépistage opportuniste des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* (CT) est justifié par leur très grande prévalence dans les populations à risque¹ et la gravité potentielle de leurs complications (*Bibliomed* 291), notamment des atteintes inflammatoires pelviennes (AIP). L'ANAES suggérait en 2003 trois options de dépistage : 1/ isolément chez toutes les femmes de moins de 25 ans, 2/ chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans (pour diminuer le portage de CT dans la population), 3/ chez toute personne ayant eu plus d'un partenaire sexuel l'année précédente². Les avis sont aujourd'hui partagés entre dépistage systématique et dépistage opportuniste^{3,4}. Une récente revue de la littérature⁵ et l'essai anglais POPI⁶ apportent de nouveaux éléments de réflexion.

Prévalence en population générale française

L'enquête téléphonique NatChla¹ fournit les premières données de prévalence française : elle est chez les 18-44 ans de 1,6% (1-2,5) chez les femmes et de 1,4% (0,8-2,6) chez les hommes, nettement plus élevée chez les 18-29 ans (3,2% et 2,5%). Les facteurs associés sont pour l'essentiel avoir plus de 2 partenaires sexuels les 12 derniers mois, un partenaire occasionnel comme dernier partenaire, un nouveau partenaire depuis moins de trois mois. Ces données sont sensiblement équivalentes à celles retrouvées en Europe³ et aux USA⁴.

Objectif : prévention des AIP

Les signes d'appel des infections à CT sont communs à toutes les infections sexuellement transmissibles (IST). Le risque d'AIP (endométrite ou salpingite) est le principal facteur de gravité, sous forme aiguë, subaiguë, ou silencieuse chronique, révélée lors d'un bilan de stérilité ou d'une complication (même après guérison bactériologique, des lésions tubaires ou pelviennes irréversibles peuvent s'être constituées)². Les coûts induits ont été évalués en Grande Bretagne à plus de 110 M£ et aux USA entre 2 et 3000 M\$³. C'est à partir de ces données qu'ont été mis en œuvre dans divers pays des programmes de dépistage destinés à diminuer l'incidence des IST à CT. Comme le souligne l'ANAES, aucune étude n'a comparé ce dépistage systématique à une campagne d'incitation à l'utilisation du préservatif.

Preuves limitées, avis contrastés

Malgré les nombreux programmes de dépistage existant, une revue systématique des essais les concernant (2008) concluait que l'approche la plus recommandée, le dépistage chez les moins de 25 ans, n'a pas fait la preuve de son efficacité⁵. La faiblesse méthodologique des essais a pu en surestimer les bénéfices et aucun n'en a analysé les inconvénients. L'essai POPI (2010) a inclus 2529 étudiantes Londoniennes « sexuellement actives » (âge moyen 21 ans). Elles étaient réparties en 2 groupes après auto-prélèvement vaginal (analyse immédiate pour G1, différée à 1 an pour G2) ; 94% ont été revues à 1 an⁶. La prévalence initiale de CT était de 5,4% (68/1254) dans le groupe G1 et de 5,9% (75/1265) en G2. Après les 12 mois, 38 femmes ont développé une AIP : 30 (79%) testées négatives en début d'étude, 8 positives dont 7 de G2 et 1 de G1 (RR 0,17 ; 0,03-1,01). Les auteurs concluent que le dépistage réduit l'incidence des AIP chez les femmes infectées mais que l'efficacité d'un test annuel unique systématique a été surestimée. L'éditorial qui accompagne l'étude⁷ souligne que ces résultats décevants montrent surtout que le dépistage doit être accompagné d'une information beaucoup plus générale sur les IST, le CT étant sans doute cause d'une minorité d'AIP mais peut-être plus généralement témoin d'une autre IST.

Que retenir pour la pratique ?

- Les recommandations de dépistage opportuniste ou parfois la mise en œuvre de programmes répondent partout au même réflexe de **prévention de conséquences graves** (notamment la stérilité) et de **coûts induits**.
- L'essai *POPI*^{6,7}, s'ajoutant à des données antérieures⁵, confirme que c'est sur des données bien incertaines : dépister le CT ne peut être efficace que dans le cadre d'une information complète sur les IST et de la mise en œuvre des mesures indispensables de prévention, notamment l'utilisation du préservatif. La conclusion la plus immédiate de *POPI* est qu'un test annuel chez une femme « à risque » comme défini ci-dessus est totalement insuffisant. La consultation de soins primaires est bien le lieu où rappeler ces données et **éduquer en continu...**
- Parmi les nombreuses incertitudes sur la balance risque/bénéfice du dépistage, retenons la **prévalence des chlamydioses** (peut-être surestimée) et les **faibles capacités du dépistage à en réduire les conséquences gynécologiques**.

Références

- 1- Goulet V et al. Facteurs de risque des chlamydioses uro-génitales dans la population générale française. *InVS*;2008.
- 2- Anaes. Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à chlamydia trachomatis en France. Février 2003.
- 3- ECDC GUIDANCE. Chlamydia control in Europe. June 2009.
- 4- USPSTF. Screening for Chlamydial Infection: USPSTF Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2007;147:128-34.
- 5- Low N et al. Effectiveness of chlamydia screening: systematic review. *Int J Epidemiol*. 2009;38:435-8.
- 6- Oakeshott P et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI trial. *BMJ*. 2010;340:c1642.
- 7- Sheringham J. Screening for Chlamydia. Information on prevalence and risks is insufficient for trials to inform policy. *Br Med J*. 2010;340:c1698.

