Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

ISSN 0382-232X

Date de publication: novembre 1989 Vol. 15S5

Supplément

Lignes directrices canadiennes pour le dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*

1989

Santé et Bien-être social Canada

Health and Welfare Canada

Canada

Lignes directrices canadiennes pour le dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*

1989

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989
N° de cat. H47-59/1989
ISBN 0-662-57164-9

LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR LE DÉPISTAGE DES INFECTIONS À CHLAMYDIA TRACHOMATIS 1989

Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, en collaboration avec les directeurs provinciaux et territoriaux de la Division de la lutte contre les MTS, et le Collège des médecins de famille du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Collaborateurs

Jo-Anne Doherty, M.A. (spéc.), Ottawa; C. Edward Ellis, m.d., Ottawa; Margaret Fast, m.d., Winnipeg; Lynn Heise, I.L., Winnipeg; Gregory B. Horsman, m.d., Regina; A. Gordon Jessamine, m.d., Ottawa; Donald Kilby, m.d., Ottawa; Bernadette McLaughlin, m.d., Toronto; Barbara Romanowski, m.d., (présidente), Edmonton; Robert Thorup, M.Sc., Toronto; E. Marcela Tischler, m.d., Toronto; Marion J. Todd, MHSc, Ottawa.

La correspondance et les demandes pour des exemplaires supplémentaires devraient être expédiées à :

Division de la lutte contre les MTS
Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

ou aux bureaux de la lutte contre les MTS des provinces et des territoires.

Remerciements

Nous tenons à remercier Elaine Yeatman, de la Division de la lutte contre les MTS, ainsi que Jo-Anne Régnier et Deborah Chapman, du Service d'éditique du Laboratoire de lutte contre la maladie, qui nous ont grandement aidé à préparer ce document.

Lignes directrices canadiennes pour le dépistage des infections à Chlamydia trachomatis 1989

Ces lignes directrices ont été élaborées par un Groupe de travail mis sur pied par les Directeurs provinciaux et territoriaux pour la lutte contre les maladies transmises sexuellement (MTS) en collaboration avec la Division de la lutte contre les MTS, LLCM de la Direction générale de la protection de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

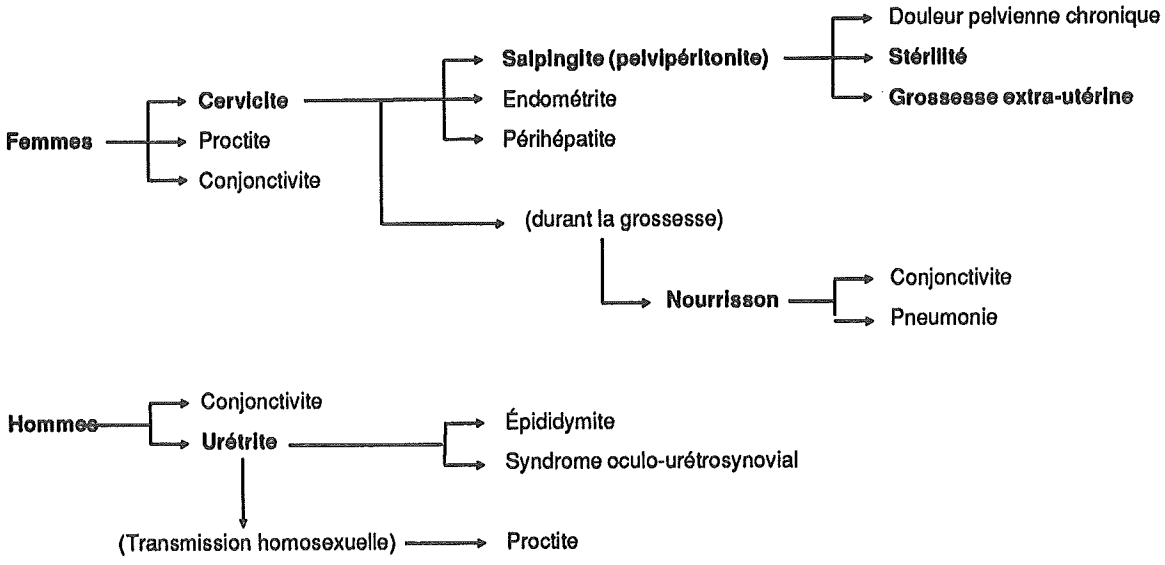
L'identification de *Chlamydia trachomatis* à titre d'important agent pathogène génital ainsi que l'élaboration de nouvelles techniques diagnostiques de laboratoire ont mené à la préparation de ces lignes directrices. Des changements s'imposeront à mesure que les techniques continueront d'être élaborées et perfectionnées.

Introduction

Les infections à Chlamydia représentent les MTS curables les plus courantes et les plus graves qu'on retrouve dans les pays industrialisés. Au Canada, on estime l'incidence annuelle d'infections de ce type à 100 000 cas. Même si les hommes et les femmes sont tous deux affectés par cet agent pathogène, il semble que les femmes subissent davantage de complications et de conséquences de l'infection. Des études effectuées en Europe et aux États-Unis ont révélé que dans 15 à 31 % des cas de salpingite aiguë, les cultures indiquaient la présence de *C. trachomatis* lorsque les échantillons provenaient du tractus génital inférieur[1]. En outre, des études sérologiques ont permis d'établir une association entre la stérilité tubaire et la grossesse extra-utérine, d'une part, et les infections à Chlamydia, d'autre part[2,3]. La prévalence des infections à Chlamydia est inconnue, mais elle peut se refléter dans l'incidence des grossesses extra-utérines, qui sont passées de une pour 175 grossesses à une pour 77 grossesses, entre 1971 et 1984[4].

Figure 1

Manifestations cliniques courantes associées aux infections à *C. trachomatis*



Les manifestations cliniques des infections à Chlamydia varient selon l'âge. Chez les nourrissons, on compte la conjonctivite et la pneumonie parmi les manifestations. Chez les hommes, l'infection se présente sous forme d'urétrite, d'urétrite post-gonococcique, de conjonctivite, de proctite et d'épididymite. Chez les femmes, les infections à Chlamydia sont associées à la cervicite muco-purulente (CMP)[5], à la proctite, à la conjonctivite et au syndrome urétral aigu. Parmi les complications liées aux infections cervicales, on retrouve la salpingite, l'endométrite, la pelvipéritonite, la périhépatite, la grossesse extra-utérine, la stérilité et les douleurs pelviennes chroniques (Figure 1).

On impute au genre Chlamydia jusqu'à 60 % des urétrites non gonococciques (UNG) affectant les hommes[6]. Dans toutes les populations étudiées, on a remarqué que les infections à *C. trachomatis* survenaient de 2,5 à 3 fois plus souvent que les urétrites gonococciques.

Chez les femmes, la plupart des infections sont asymptomatiques, mais des lésions tubaires peuvent se produire même en l'absence de symptômes d'une affection pelvienne. Même si la majorité des hommes infectés est symptomatique, on a découvert que jusqu'à 7 % des hommes asymptomatiques étaient porteurs du microorganisme[7]. La fréquence réelle des infections asymptomatiques chez les hommes actifs sexuellement pourrait même être plus élevée.

Les infections à Chlamydia représentent un important problème de santé au Canada. Afin d'empêcher une plus grande propagation des infections et de réduire la morbidité et les complications qui y sont liées, les médecins ont besoin de lignes directrices détaillées pour effectuer le dépistage de ces infections; il leur faut également des méthodes diagnostiques et thérapeutiques efficaces. Le dépistage des cervicites à *C. trachomatis* se révèle rentable lorsque la prévalence locale de l'infection dépasse 7 %[8]. L'identification des facteurs de risque d'infection à Chlamydia s'impose lorsqu'on veut mettre sur pied un programme de dépistage rentable.

Le microorganisme

Les Chlamydiae sont des bactéries uniques qui présentent des similarités biologiques avec les virus. Ce sont des parasites intracellulaires stricts qui se multiplient uniquement dans les cellules vivantes. Cependant, les infections qu'elles causent réagissent au traitement antibactérien.

Leur reproduction s'effectue selon un cycle vital complexe qui se traduit par la formation d'une inclusion intracytoplasmique qui, après maturation et rupture, libère des corps d'inclusion infectieux.

Description des épreuves de laboratoire

C. trachomatis ne peut être décelé par la coloration de Gram. Jusqu'à récemment, seuls les laboratoires où on pouvait effectuer une culture de tissus étaient en mesure de confirmer la présence de *C. trachomatis*. L'élaboration de méthodes de détection directe des anticorps a permis d'accroître la capacité de traitement des échantillons ainsi que le nombre de laboratoires offrant les services de diagnostic d'infections imputables à *C. trachomatis*.

Il importe que les travailleurs de la santé puissent reconnaître le rendement, les avantages, les limites, l'exactitude et la faillibilité de chaque épreuve, et qu'ils soient en mesure d'utiliser l'épreuve appropriée pour des situations cliniques particulières (voir Tableau 1).

Culture de tissus

Elle représente la norme selon laquelle toutes les autres techniques sont présentement évaluées. Lorsque les échantillons sont amenés au laboratoire selon les modes de transport appropriés, elle constitue la méthode qui est universellement admise pour la confirmation d'un diagnostic, quels que soient la source du prélèvement ou le risque auquel le malade est exposé.

Par convention, sa spécificité s'établit à 100 %, c'est-à-dire que l'épreuve ne donne lieu à aucun résultat faussement positif; c'est ce qui en fait la méthode de choix pour tous les cas intéressant la médecine légale. Sa sensibilité est d'environ 75 à 80 %, ce qui signifie qu'on peut obtenir environ 20 à 25 résultats faussement négatifs pour 100 épreuves positives.

Tableau 1

Résumé des caractéristiques des épreuves de laboratoire destinées au diagnostic des infections *Chlamydia trachomatis*

Particularités	Culture des tissus	Immunofluorescence directe	Dosage enzymo-immunologique
Origine des échantillons	toutes	col utérin urètre conjonctive	col utérin urètre
Sensibilité	75-80 %	65 %	65 %
Spécificité	100 %	70-95 %	85-97 %
Transport des prélèvements : température	réfrigérer (ne pas congeler)	ambiante	ambiante
Délai maximal pour arriver au laboratoire	24 heures	7 jours	48 heures
Nécessaires de prélèvement disponibles dans les	laboratoires de culture de tissus	laboratoires d'analyse	laboratoires d'analyse
Adéquat à des fins juridiques?	oui (en raison de la spécificité)	non+	non
Rapport disponible	dans un minimum de 48 heures	dans les 24 heures	dans les 24 heures
Vérification de la qualité des échantillons	non	oui	non
Analyse statistique possible?	non	oui	non
Coûts – main-d'oeuvre – par épreuve	élevés/ plus élevés	faibles faibles	faibles faibles
Interprétation des résultats	subjective	subjective	objective

+ Peut être adéquate à des fins cliniques, mais elle ne satisfait pas aux exigences juridiques.

Les prélèvements destinés aux cultures de tissus peuvent être transportés jusqu'au laboratoire dans de la glace ou à l'aide de toute autre méthode de refroidissement, mais ils ne doivent pas être congelés. Il ne devrait pas s'écouler plus de 24 heures entre le prélèvement de l'échantillon et la culture. **Si un échantillon réfrigéré qui a été transporté dans de la glace ne peut être expédié au laboratoire dans les 24 heures suivant son prélèvement, une autre méthode devra être utilisée.**

Les résultats peuvent être obtenus après un minimum de 48 heures, à partir du moment où l'échantillon a été reçu par le laboratoire.

Épreuves de détection directe des anticorps

À l'heure actuelle, deux épreuves de détection directe des anticorps sont largement utilisées au Canada : l'immunofluorescence directe et le dosage enzymo-immunologique. Ces épreuves se ressemblent de bien des façons. Contrairement aux techniques de culture de tissus, des microorganismes vivants ne sont pas requis. Ainsi, les prélèvements sont moins assujettis aux conditions de transport. Dans des conditions idéales, les épreuves peuvent être effectuées en une seule journée de travail.

Une réaction croisée non spécifique avec d'autres agents ou composants cellulaires se produit effectivement. Le degré de réaction croisée varie selon le réactif. **La valeur prédictive des résultats positifs est élevée dans le cas des groupes à risque élevé, et faible dans le cas des groupes à faible risque.**

Dans les cas d'abus sexuels, l'immunofluorescence directe peut être utilisée à des fins cliniques, mais elle peut ne pas satisfaire les exigences juridiques; la culture de tissus est alors la méthode de choix. Les

épreuves de détection directe des anticorps ne sont pas recommandées pour les échantillons prélevés dans les voies respiratoires ou le rectum. Cependant, si la culture des échantillons rectaux ne peut être pratiquée ou qu'elle n'est pas disponible, l'immunofluorescence directe demeure la meilleure solution de rechange.

1. Immunofluorescence directe (MicroTrak®*, par exemple)

Les échantillons destinés à l'immunofluorescence directe doivent se trouver sur des lames spéciales fournies avec le nécessaire. L'écouvillon qui permet de recueillir l'échantillon doit être frotté sur la cupule de la lame, séché à l'air (pendant au moins 15 minutes), et le fixatif fourni est alors appliqué. Les lames, expédiées à la température ambiante, devraient être reçues par un laboratoire dans les sept jours suivant le prélèvement.

En théorie, les résultats peuvent être obtenus au bout de 30 minutes, mais, en pratique, on peut dire qu'ils sont prêts dans les 24 heures suivant la réception des échantillons par le laboratoire. Cette méthode est des plus avantageuse, car le microscopiste peut évaluer la qualité des prélèvements.

Cette épreuve est utilisée pour les populations à risque élevé, même si certains faux résultats, positifs ou négatifs, peuvent se produire.

2. Dosage enzymo-immunologique (Chlamydiazyme®*, par exemple)

Les échantillons destinés au dosage enzymo-immunologique doivent être remis au laboratoire dans les éprouvettes destinées au transport et aux prélèvements qui sont fournies avec les nécessaires.

L'obtention de résultats faussement positifs et faussement négatifs indique que ce genre d'épreuve de détection directe doit être utilisé seulement pour les populations au sein desquels le risque ou l'incidence sont élevés.

Lorsque les échantillons ont été recueillis, ils peuvent être transportés sans être réfrigérés, mais ils doivent parvenir au laboratoire dans les 48 heures et être analysés dans les sept jours suivant le moment où ils ont été prélevés.

L'analyse s'effectue en quatre heures environ. On obtient généralement les résultats dans les 24 heures suivant la réception des échantillons par le laboratoire. Les laboratoires qui ont à effectuer un moins grand nombre d'épreuves peuvent regrouper les échantillons, ce qui retarde l'obtention des résultats.

Groupes à risque

Le taux d'infection est élevé chez les personnes qui présentent d'autres MTS. Entre 20 et 30 % des hommes[9,10] et entre 30 et 60 % des femmes[10,11,12] hétérosexuels atteints de gonorrhée souffrent également d'infections à Chlamydia. De 20 à 60 % des hommes qui présentent une UNG sont infectés[7], et de 40 à 50 % des hommes de moins de 35 ans qui souffrent d'épidydymite présentent également des infections à *C. trachomatis*[13].

Au Canada, la prévalence des infections à Chlamydia n'est pas connue, car celles-ci ne constituent pas des maladies à déclaration obligatoire. Cependant, entre 7 et 12 % des femmes qui recourent aux services de santé pour étudiants[14,15] et 11,4 % des femmes qui subissent un avortement thérapeutique[16] étaient infectées. Les femmes qui se présentent aux services de consultation prénatale et aux centres de planification familiale présentaient des taux d'infection de 11 et de 8 %, respectivement[17].

Facteurs de risque chez les femmes asymptomatiques

Diverses études[3,5,14,16,18] ont permis d'identifier des facteurs de risque chez les femmes, qui ont mené à une augmentation de l'indice de suspicion concernant les infections à Chlamydia. On devrait rechercher

---

* Les noms commerciaux ne sont utilisés qu'à des fins de référence.

Tableau 2
Groupes intéressés par le dépistage de Chlamydia

Femmes asymptomatiques	
Risque élevé	Présence d'écoulement cervical muco-purulent ou purulent *OU* De moins de 25 ans, et présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : • deux partenaires sexuels ou plus au cours de la dernière année • un nouveau partenaire sexuel au cours des 2 derniers mois • aucune contraception ou prophylaxie utilisée • saignement provoqué par l'écouvillon endocervical *OU* Malade ayant consulté une clinique de dépistage des MTS qui n'a pas reçu de traitement antibactérien *OU* Autres groupes (c'est-à-dire malades ayant fréquenté un centre de planification familiale ou un centre de détention juvénile) si la prévalence dépasse 7 %.
Origine de l'échantillon et méthode utilisée	Cavité du col utérin. Toute méthode
Recommandation	Épreuve • au moins une fois par année • avant l'insertion d'un stérilet • avant un avortement thérapeutique • au cours du premier trimestre de grossesse (première visite prénatale) • au cours du troisième trimestre, s'il y a toujours risque.
Faible risque	Le dépistage n'est pas indiqué.
Hommes hétérosexuels asymptomatiques	Les données dont on dispose à l'heure actuelle sont insuffisantes pour faire des recommandations à ce sujet.
Hommes homosexuels asymptomatiques	Le dépistage n'est pas indiqué.
Malades post-pubertaires symptomatiques	souffrant de syndrome associé à ***C. trachomatis*** par exemple : CMP, pelvi-péritonite, UNG ou épididymite (hommes de 35 ans ou moins)[a,b]
Origine des échantillons et méthodes utilisées	Cavité du col utérin ou urètre : toute méthode. Anus ou oeil : culture. Immunofluorescence directe, si la culture n'est pas possible.
Personne ayant fait l'objet d'abus sexuels	
Origine des échantillons	Cavité du col utérin, quand il s'agit d'une malade post-pubertaire. Vagin, s'il s'agit d'une malade pré-pubertaire. Urètre ou anus.
Méthode utilisée	Culture. Immunofluorescence directe, si la culture n'est pas possible[c].
Recommandation	Vérification à l'examen initial; répéter seulement s'il y a apparition de symptômes.
Contacts sexuels de personnes	Si le laboratoire a confirmé la présence d'une infection à Chlamydia ou gonococcique, ou d'un syndrome associé à ***C. trachomatis*** UNG, CMP, pelvipéritonite ou épididymite, par exemple (hommes de 35 ans ou moins)[b].
Origine des échantillons et méthodes utilisées	Cavité du col utérin ou urètre: toute méthode. Anus ou oeil: culture. Immunofluorescence directe, si la culture n'est pas possible. **Note** : l'examen du pharynx n'est pas indiqué à l'heure actuelle.

Tous les partenaires sexuels des malades présentant une infection à ***C. trachomatis*** doivent faire l'objet d'une recherche, d'un examen, d'analyses et de traitement pour une infection à ***C. trachomatis*** dans les 30[d] jours de l'apparition des symptômes ou du diagnostic du proposant. Ce groupe comprend les partenaires sexuels des malades ayant contracté des infections à Chlamydia au cours de rapports sexuels et les mères des nouveau-nés infectés (ainsi que les partenaires sexuels de ces dernières).

a) L'examen des malades symptomatiques a des visées de diagnostic plutôt que de dépistage.
b) Après l'examen, n'attendez pas les résultats de laboratoire; traitez immédiatement la personne à l'aide du médicament approprié.
c) Les résultats de l'immunofluorescence directe peuvent ne pas satisfaire aux exigences juridiques.
d) On a choisi de façon arbitraire une période de 30 jours. Aucun rapport ne concerne le moment optimal de la recherche des contacts en ce qui a trait aux infections à Chlamydia.

soigneusement ces facteurs de risque parmi les antécédents sexuels ou prénatals et au cours de l'examen médical. Parmi ces facteurs, on retrouve :

- inférieur à 25 ans
- aucune contraception orale ou prophylaxie
- malade ayant fréquenté une clinique de dépistage des MTS
- rapports sexuels avec deux partenaires ou plus au cours de l'année précédente
- rapports sexuels avec un nouveau partenaire dans les deux derniers mois
- partenaire souffrant ou ayant déjà souffert d'une UNG ou de gonorrhée
- présence d'un exsudat cervical muco-purulent
- saignement provoqué par le premier écouvillon endocervical ou par le test de Papanicolaou.

Si vous désirez évaluer le risque individuel, consultez le Tableau 2 : «Groupes intéressés par le dépistage de Chlamydia». À l'exception de la CMP, aucun facteur de risque n'est suffisant pour indiquer qui devrait être soumis au dépistage. Si vous considérez chacun des facteurs de risque avec les facteurs relatifs à la collectivité (la clinique de dépistage des MTS, le Centre de planification familiale, les services de laboratoire disponibles), il vous sera plus facile de prendre cette décision et d'obtenir le maximum du dépistage.

Chez les femmes qui présentent un faible risque de contracter une MTS[8,19], il n'est pas nécessaire d'effectuer un dépistage d'infection à Chlamydia au moment du test de Papanicolaou. Si les résultats du test indiquent la présence d'une «cervicite non spécifique», vous pourrez alors faire subir à la femme une épreuve de dépistage de Chlamydia.

Facteurs de risque chez les hommes asymptomatiques

Du fait que les facteurs de risque de ce groupe n'ont pas encore été identifiés, le dépistage n'est pas recommandé à l'heure actuelle.

Prélèvements

Le mode de transport utilisé, la méthode de transport (dans de la glace ou à la température ambiante) et le type d'écouvillon à utiliser seront fonction de la décision du médecin d'utiliser une culture de tissus ou une méthode de détection des anticorps. Les bâtonnets ouatés en bois ne devraient pas être utilisés, car ils peuvent modifier les résultats des épreuves.

Si le médecin décide d'utiliser une méthode de détection des anticorps, le matériel et les méthodes de transport utilisés seront déterminés par le nécessaire fourni par le service de laboratoire régional. Chaque nécessaire comprend des bâtonnets, et certains fabricants fournissent également un écouvillon destiné aux prélèvements endocervicaux, mais qui ne doit être utilisé **que chez les femmes qui ne sont pas enceintes.** Dans chaque nécessaire, on retrouve également des directives concernant la manipulation des écouvillons après les prélèvements.

Si le médecin décide plutôt de recourir à une culture de tissus, il doit consulter le personnel du laboratoire pour obtenir le matériel approprié.

Les principes régissant le prélèvement sont les mêmes pour toutes les épreuves pratiquées, et on doit les suivre rigoureusement si on désire obtenir des résultats justes.

1. Échantillons urétraux

Adultes et adolescents

Idéalement, aucune excrétion ne devrait avoir eu lieu depuis au moins une heure. En effet, l'excrétion pendant cette période peut gêner la détection des microorganismes.

Expliquez au malade ce que vous vous apprêtez à faire. Dites-lui que la plupart des personnes trouvent cette procédure déplaisante et qu'ils peuvent ressentir une dysurie la prochaine fois qu'ils urineront.

Vous devez obtenir un prélèvement intra-urétral, et la meilleure façon de l'obtenir est d'utiliser un petit écouvillon ou une tige métallique flexible.

Note: Certains recommandent d'humidifier l'écouvillon avec une solution saline non bactériostatique et stérile avant l'insertion afin de réduire le malaise du sujet.

Insérez doucement l'écouvillon (de 1 à 2 cm chez les femmes; 2 à 4 cm chez les hommes) dans l'urètre. Effectuez doucement une rotation dans le sens des aiguilles d'une montre en tenant l'écouvillon par la tige pendant trois à cinq secondes, puis retirez-le.

Lorsque vous avez effectué le prélèvement, placez l'écouvillon dans l'éprouvette appropriée destinée à un dosage enzymo-immunologique ou à une culture de tissus. En ce qui concerne l'immunofluorescence directe, vous pouvez préparer la lame qui vous est fournie en pressant l'écouvillon sur la cupule de celle-ci et en faisant tourner l'écouvillon dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Vous devriez alors être en mesure de voir l'échantillon dans la cupule. L'échantillon doit pouvoir sécher à l'air pendant 15 minutes, puis vous devez appliquer le fixatif fourni.

Enfants prépubères

Vous ne devriez pas procéder à un prélèvement intra-urétral chez les enfants prépubères. Vous pouvez en effet obtenir un échantillon adéquat à partir du méat urétral. Pressez l'écouvillon contre le méat pendant dix secondes, puis essayez de recueillir tout écoulement visible en faisant tourner doucement l'écouvillon. Transférez ensuite l'échantillon sur la lame destinée à l'immunofluorescence directe, dans l'éprouvette destinée au dosage enzymo-immunologique ou dans le milieu de culture.

2. Échantillons endocervicaux

Adultes et adolescentes

Lorsque vous désirez obtenir des échantillons endocervicaux, vous devez être en mesure de voir l'orifice externe du col de l'utérus. Les sécrétions vaginales et les glaires cervicales qui obtruent l'orifice devraient être retirées à l'aide d'une éponge.

*Note: Si vous voulez tirer des résultats optimaux du dépistage de **C. trachomatis**, vous devriez respecter l'ordre suivant de prélèvement d'échantillons cervicaux :*

*a) un échantillon destiné à une culture de **Neisseria gonorrhoeae**;*

b) un échantillon destiné à un test de Papanicolaou, s'il y a lieu; et

*c) un échantillon destiné au dépistage de **C. trachomatis**.*

Un bâtonnet ouaté à tige de plastique est utilisé lorsqu'on veut obtenir des échantillons destinés à une culture de tissus et à un dosage enzymo-immunologique et peut également être utilisé pour l'immunofluorescence directe. Insérez le bâtonnet doucement (de 1 à 2 cm) dans le canal endocervical et effectuez six rotations complètes. Laissez ensuite le bâtonnet en place pendant au moins trois secondes. Ensuite, retirez-le et placez-le dans l'éprouvette appropriée. En ce qui concerne l'immunofluorescence directe, pressez fermement le bâtonnet contre la lame de verre et effectuez une rotation de la tige du bâtonnet.

Si vous utilisez l'écouvillon (pour l'immunofluorescence directe), insérez-le doucement de 1 ou 2 cm dans le canal endocervical et faites-lui effectuer une rotation complète. Ensuite, laissez-le en place pendant au moins trois secondes. Retirez l'écouvillon et déposez-le sur la lame de verre en effectuant une rotation et un mouvement de va-et-vient.

Il vous sera plus facile de déceler la présence de *C. trachomatis* chez les femmes si vous utilisez un bâtonnet destiné aux prélèvements urétraux.

Note: N'utilisez pas d'écouvillon si la malade est enceinte.

Examinez toujours les lames afin de vous assurer de la présence de l'échantillon. Si tel n'est pas le cas, recommencez le prélèvement.

Filles prépubères

On ne doit pas prélever d'échantillons cervicaux chez les filles prépubères.

3. Prélèvements vaginaux

Nourrissons et enfants prépubères

Pour des raisons d'ordre juridique, l'isolement de *C. trachomatis* doit être réalisé à l'aide d'une culture.

Si l'orifice vaginal est ouvert, vous pouvez recueillir les sécrétions vaginales à l'aide d'écouvillons humidifiés d'une solution saline non bactériostatique et stérile sans avoir à vous servir d'un spéculum vaginal. S'il y a lieu, vous pouvez utiliser un spéculum auriculaire ou nasal afin de faciliter le processus.

Si l'orifice vaginal n'est pas ouvert, vous pouvez effectuer un lavage vaginal à l'aide d'une solution saline et d'une sonde souple Silastic®. La solution saline est ensuite aspirée, et vous pouvez recueillir les sécrétions en pressant l'écouvillon sur l'orifice vaginal ou à l'aide d'un compte-gouttes stérile. L'échantillon prélevé par aspiration est ensuite envoyé au laboratoire dans de la glace, et les écouvillons sont placés dans des éprouvettes contenant le milieu de transport et réfrigérés à une température de 4°C **(ne pas congeler).**

Il n'est pas indiqué d'effectuer des prélèvements endocervicaux dans ce groupe, car l'infection se limite à la vulve et au vagin.

Les prélèvements vaginaux ne sont d'aucune utilité chez les adultes et les adolescentes **(voir section 2, «Échantillons endocervicaux»).**

4. Échantillons rectaux

On peut obtenir ces échantillons par tâtonnement ou grâce à un anuscope. Ce dernier est préférable pour les sujets symptomatiques. Pour effectuer un prélèvement par tâtonnement, vous devez insérer l'écouvillon (de 2 à 3 cm) dans le canal anal en exerçant une pression latérale sur celui-ci de façon à éviter les matières fécales. Si vous vous apercevez que l'écouvillon a été contaminé par des matières fécales, vous devez en utiliser un autre.

Si vous vous servez de l'anuscope, vous pouvez voir le lieu du prélèvement et ainsi éviter tout contact des matières fécales.

Prélèvements inadéquats

Parmi les erreurs qui peuvent entraîner des résultats inexacts ou des «prélèvements inadéquats», on retrouve :

- prélèvements inadéquats de mucosités à partir de l'orifice du col de l'utérus
- temps de contact insuffisant du bâtonnet ouaté (ou de l'écouvillon) et de la cavité du col utérin ou de l'urètre
- utilisation de bâtonnets ouatés en bois pour les prélèvements destinés aux cultures
- prélèvement insuffisant ou quantité insuffisante d'échantillon déposée sur la lame
- trop courte période de séchage (au moins 15 minutes); si le fixatif est appliqué trop tôt, il délogera l'échantillon de la lame (dans le cas de l'immunofluorescence directe seulement).

Note: La présence de sang sur l'écouvillon n'affecte pas les résultats des épreuves.

Évaluation de la présence de *C. trachomatis* dans les cas d'agression ou d'abus sexuels

Dans les cas d'agression ou d'abus sexuels, on devrait procéder à des épreuves microbiologiques afin de vérifier la présence de *C. trachomatis* (et de *Neisseria gonorrhoeae*).

Tous les prélèvements visant à vérifier la présence **d'agents pathogènes génitaux** devraient s'effectuer au cours du même examen afin que le sujet ressente moins d'anxiété. Le facteur temps est important. Lorsque les prélèvements sont effectués trop tôt après l'agression (prélèvements destinés à des numérations de spermatozoïdes ou à l'identification des antigènes ABO, etc., par exemple), on peut obtenir

des résultats faussement négatifs. **On n'a pas encore déterminé la période idéale, mais il est recommandé que les prélèvements aient lieu 72 heures après le moment de l'agression.** En ce qui concerne *N. gonorrhoeae*, cette période semble raisonnable; il se peut qu'on doive attendre un peu plus avant de procéder au dépistage de *C. trachomatis*. Dans les cas d'agression ou d'abus répétés, les échantillons peuvent être recueillis à tout moment. Pour plus de renseignements, consultez les **Lignes directrices canadiennes à l'attention des dispensateurs de soins de santé pour l'examen des enfants soupçonnés d'avoir été victimes d'abus sexuels (1989)**, publication du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, 1989; 15/suppl. n° S3, p. 1-16).

Il est essentiel de procéder à l'identification des échantillons (nom de la personne et origine de l'échantillon), et l'origine des échantillons devrait être consignée dans le dossier du malade. Le laboratoire doit en outre être avisé de la possibilité d'utilisation des échantillons à des fins juridiques. Les méthodes d'isolement utilisées par le laboratoire devraient être documentées dans ces cas, et l'isolat, conservé pour d'autres études et analyses.

Questions touchant la santé publique et recherche des contacts

Plusieurs juridictions provinciales et territoriales ont ajouté les infections à Chlamydia, les UNG et les CMP à leur liste de maladies à déclaration obligatoire.

La déclaration de ces maladies vise deux objectifs principaux : 1) identifier, examiner et traiter tous les partenaires sexuels, et 2) pouvoir définir de façon précise les groupes à haut risque afin d'établir des programmes de prévention et de lutte contre la maladie.

On n'insistera jamais assez sur l'importance d'examiner et de traiter les partenaires sexuels d'une personne atteinte d'une infection à Chlamydia ou de syndromes y étant associés. Si on ne procède pas ainsi, on peut voir apparaître une réinfection du proposant ou des complications.

Les médecins doivent s'assurer que les partenaires sexuels de leurs malades ont été examinés et traités. Les autorités en matière de santé publique peuvent apporter conseil et assistance aux malades afin qu'ils puissent retracer leurs partenaires sexuels si on leur demande.

Traitement

Traitement des infections urétrales, endocervicales ou rectales chez les adultes et les adolescents:

Schémas thérapeutiques de choix

- Tétracycline : 500 mg par voie orale, quatre fois par jour pendant sept jours **ou**
- Doxycycline : 100 mg par voie orale, deux fois par jour pendant sept jours

Autres schémas (dans les cas où les tétracyclines sont contre-indiquées ou ne sont pas tolérées)

- Érythromycine : 500 mg par voie orale, quatre fois par jour pendant sept jours.

Renseignements supplémentaires

Les médecins et les autres dispensateurs de soins de santé qui ont besoin de renseignements et de détails supplémentaires concernant les traitements devraient consulter les **«Lignes directrices canadiennes pour le traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes (1988)»**, publication du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, 1988 (14/suppl. n° S2), p. 1-22.)

Suivi

Lorsqu'elles sont prises correctement, la tétracycline et l'érythromycine sont très efficaces (taux de guérison de 95 %). On n'a pas encore découvert de cas où *C. trachomatis* résistait à la tétracycline. Si le laboratoire dispose de moyens limités, il n'est pas nécessaire d'effectuer d'autres cultures après le traitement.

Si on procède à une immunofluorescence directe ou à un dosage enzymo-immunologique après la fin du traitement, on doit le faire suffisamment longtemps après celui-ci pour que les microorganismes morts puissent avoir été éliminés. On suggère d'attendre un cycle menstruel complet, pour la femme, et un mois, pour l'homme. Sinon, il est possible qu'on obtienne des résultats faussement positifs. La plupart des résultats «positifs» obtenus après le traitement chez les personnes asymptomatiques sont habituellement faussement positifs.

Lorsqu'une culture consécutive au traitement est positive, cela signifie probablement que le malade ne s'est pas conformé à son traitement, que ses partenaires sexuels n'ont pas été traités ou que le laboratoire a commis une erreur, et non que le microorganisme a résisté à l'antibiotique. Les malades chez qui les cultures sont réellement positives après le traitement devraient être traités de nouveau avec l'un des médicaments précités, de préférence la tétracycline.

Bibliographie

1. Westrom L, Mardh P-A. *Chlamydial salpingitis.* Br Med Bull 1983; 39 : 145-150.

2. Brunham RC, Binns B, McDowell J, Paraskevas M. ***Chlamydia trachomatis** infection in women with ectopic pregnancy.* Obstet Gynecol 1986; 67 : 722-726.

3. Henry-Suchet J, Ultzmann C, De Brux J, Ardoin P, Catalan F. *Microbiological study of chronic inflammation associated with tubal factor infertility: role of **Chlamydia trachomatis**.* Fertil Steril 1987; 47 : 274-277.

4. Santé et Bien-être social Canada, *Les Maladies transmises sexuellement au Canada 1986*, Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1988; 14:(suppl./n° 14SIE) : 1-22.

5. Brunham RC, Paavonen J, Stevens CE et coll. *Mucopurulent cervicitis the ignored counterpart in women of urethritis in men.* N Engl J Med 1984; 311 : 1-6.

6. Holmes KK, Handsfield HH, Wang SP et coll. *Etiology of nongonococcal urethritis.* N Engl J Med 1975; 292 : 1199-1205.

7. Bowie WR. Urethritis in males. In : Holmes KK et coll., éd. *Sexually transmitted diseases.* New York: McGraw-Hill Co. 1984 : 638.

8. Nettleman MD, Jones RB. *Cost-effectiveness of screening women at moderate risk for genital infections caused by **Chlamydia trachomatis**,* JAMA 1988; 260 : 207-213.

9. Bowie WR, Alexander ER, Holmes KK. *Etiologies of postgonococcal urethritis in homosexual and heterosexual men: roles of **Chlamydia trachomatis** et **Ureaplasma urealyticum**.* Sex Transm Dis 1978; 5 : 151-154.

10. Lycke E., Lowhagen G-B, Hallhagen G, Johannisson G, Ramstedt K. *The risk of transmission of genital **Chlamydia trachomatis** infection is less than that of genital **Neisseria gonorrhoeae** infection.* Sex Transm Dis 1980; 7 : 6-10.

11. Stamm WE, Guinan ME, Johnson C, Starcher T, Holmes KK, McCormack WM. *Effect of treatment regimens for **Neisseria gonorrhoeae** on simultaneous infection with **Chlamydia trachomatis**.* N Engl J Med 1984; 310 : 545-549.

12. Brunham RC, Kuo C-C, Stevens CE, Holmes KK. *Treatment of concomitant **Neisseria gonorrhoeae** and **Chlamydia trachomatis** infections in women: comparison of trimethoprim-sulfamethoxazole with ampicillin-probenecid.* Rev Infect Dis 1982; 4 : 491-499.

13. Berger RE, Alexander ER, Monda GD, Ansell J, McCormack G, Holmes KK. ***Chlamydia trachomatis** as a cause of acute "idiopathic" epididymitis.* N Engl J Med 1978; 298 : 301-304.

14. Bowie WR, Borrie-Hume CJ, Manzon LM, Fawcett A, Percival-Smith RKL, Jones HD. *Prevalence of **Chlamydia trachomatis** and **Neisseria gonorrhoeae** in two different populations of women.* Can Med Assoc J 1981; 124 : 1477-1479.

15. Noble MA, Barteluk RL, Farquhar DJ, Percival-Smith R. ***Chlamydia trachomatis** antigen in the cervix and its clinical correlates: prevalence in a student population.* Can Fam Phys 1988; 34 : 1687-1691.

16. Levallois P, Rioux JE, Cote L. *Chlamydial infection among females attending an abortion clinic: prevalence and risk factors.* Can Med Ass J 1987; 137 : 33-37.

17. Embil JA, Pereira LH. *Prevalence of **Chlamydia trachomatis** and genital mycoplasmas in asymptomatic women.* Can Med Assoc J 1985; 133 : 34-35.

18. Handsfield HH, Jasman LL, Roberts PL, Hanson VW, Kothenbeutel RL, Stamm WE. *Criteria for selective screening for **Chlamydia trachomatis** infection in women attending family planning clinics.* JAMA 1988; 255 : 1730-1734.

19. Phillips RS, Aronson MD, Tayor WC, Safran C. *Should tests for **Chlamydia trachomatis** cervical infection be done during routine gynecologic visits? An analysis of the costs of alternative strategies.* Ann Intern Med 1987; 107 : 188-194.

Tableau 2
Groupes intéressés par le dépistage de Chlamydia

Femmes asymptomatiques	
Risque élevé	Présence d'écoulement cervical muco-purulent ou purulent *OU* De moins de 25 ans, et présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : • deux partenaires sexuels ou plus au cours de la dernière année • un nouveau partenaire sexuel au cours des 2 derniers mois • aucune contraception ou prophylaxie utilisée • saignement provoqué par l'écouvillon endocervical *OU* Malade ayant consulté une clinique de dépistage des MTS qui n'a pas reçu de traitement antibactérien *OU* Autres groupes (c'est-à-dire malades ayant fréquenté un centre de planification familiale ou un centre de détention juvénile) si la prévalence dépasse 7 %.
Origine de l'échantillon et méthode utilisée	Cavité du col utérin. Toute méthode
Recommandation	Épreuve • au moins une fois par année • avant l'insertion d'un stérilet • avant un avortement thérapeutique • au cours du premier trimestre de grossesse (première visite prénatale) • au cours du troisième trimestre, s'il y a toujours risque.
Faible risque	Le dépistage n'est pas indiqué.
Hommes hétérosexuels asymptomatiques	Les données dont on dispose à l'heure actuelle sont insuffisantes pour faire des recommandations à ce sujet.
Hommes homosexuels asymptomatiques	Le dépistage n'est pas indiqué.
Malades post-pubertaires symptomatiques	souffrant de syndrome associé à ***C. trachomatis*** par exemple : CMP, pelvi-péritonite, UNG ou épididymite (hommes de 35 ans ou moins)[a,b]
Origine des échantillons et méthodes utilisées	Cavité du col utérin ou urètre : toute méthode. Anus ou oeil : culture. Immunofluorescence directe, si la culture n'est pas possible.
Personne ayant fait l'objet d'abus sexuels	
Origine des échantillons	Cavité du col utérin, quand il s'agit d'une malade post-pubertaire. Vagin, s'il s'agit d'une malade pré-pubertaire. Urètre ou anus.
Méthode utilisée	Culture. Immunofluorescence directe, si la culture n'est pas possible[c].
Recommandation	Vérification à l'examen initial; répéter seulement s'il y a apparition de symptômes.
Contacts sexuels de personnes	Si le laboratoire a confirmé la présence d'une infection à Chlamydia ou gonococcique, ou d'un syndrome associé à ***C. trachomatis*** UNG, CMP, pelvipéritonite ou épididymite, par exemple (hommes de 35 ans ou moins)[b].
Origine des échantillons et méthodes utilisées	Cavité du col utérin ou urètre: toute méthode. Anus ou oeil: culture. Immunofluorescence directe, si la culture n'est pas possible. **Note** : l'examen du pharynx n'est pas indiqué à l'heure actuelle.

Tous les partenaires sexuels des malades présentant une infection à ***C. trachomatis*** doivent faire l'objet d'une recherche, d'un examen, d'analyses et de traitement pour une infection à ***C. trachomatis*** dans les 30[d] jours de l'apparition des symptômes ou du diagnostic du proposant. Ce groupe comprend les partenaires sexuels des malades ayant contracté des infections à Chlamydia au cours de rapports sexuels et les mères des nouveau-nés infectés (ainsi que les partenaires sexuels de ces dernières).

a) L'examen des malades symptomatiques a des visées de diagnostic plutôt que de dépistage.
b) Après l'examen, n'attendez pas les résultats de laboratoire; traitez immédiatement la personne à l'aide du médicament approprié.
c) Les résultats de l'immunofluorescence directe peuvent ne pas satisfaire aux exigences juridiques.
d) On a choisi de façon arbitraire une période de 30 jours. Aucun rapport ne concerne le moment optimal de la recherche des contacts en ce qui a trait aux infections à Chlamydia.

DÉTACHER ET AFFICHER