

LES INFECTIONS A CHLAMYDIA TRACHOMATIS (*)

Le Chlamydia est un germe qui possède à la fois les propriétés d'une bactérie (il fabrique une endotoxine) et celles d'un virus (il pénètre dans la cellule pour y former une inclusion, une vacuole, dont le volume augmente à mesure que le germe se multiplie et jusqu'à rupture de la cellule hôte). Cette bactérie est gram-négative. Contrairement aux virus, elle est sensible aux antibiotiques.

Trois types de Chlamydia ont été identifiés jusqu'à présent : *C. trachomatis*, *C. psittaci* et *C. pneumoniae* (T.W.A.R.).

Seul *Chlamydia trachomatis* est à l'origine d'une maladie sexuellement transmissible (M.S.T.). Chez l'homme, il est responsable d'une infection de l'urètre, de la prostate, de l'anus ou du rectum dont les signes cliniques sont loin d'être spectaculaires. Pas plus qu'ils ne le seront chez la femme, qui présentera une infection du col de l'utérus, une vulvite, une vaginite, une salpingite - qui peut être à l'origine d'une stérilité par obstruction des trompes - ou une urétrite.

Le nouveau-né peut être infecté lors de son passage dans la filière vaginale et la fréquence de cette infection est très variable chez les 10 % de femmes enceintes infectées et qui ne présentent pas de signes cliniques de cette infection.

C. trachomatis sera à l'origine d'une conjonctivite purulente, 5 à 20 jours après la naissance. Mais le germe peut persister pendant plusieurs mois dans le nez et le pharynx du jeune nourrisson avant que ne surviennent les signes d'une affection respiratoire qui peut ressembler à une coqueluche.

C. trachomatis a été retrouvé 24 à 36 mois après la naissance, mais sans que l'on puisse affirmer que le nourrisson avait été contaminé à la naissance. En effet, il a été démontré que chez les nourrissons, une contamination "horizontale" - de nourrisson à nourrisson dans une crèche - pouvait survenir, par voie aérienne, dans une collectivité d'enfants.

Jusqu'à présent, il n'a pas été démontré que *C. trachomatis* ait pu contaminer les voies génitales d'une fillette à la naissance lors du passage dans la filière pelvienne. Il faudrait supposer que lors d'un accouchement, le siège se présentant en lieu de la tête, en premier, ait été en contact avec les sécrétions vaginales infectées. Si *C. trachomatis* est retrouvé dans les sécrétions vulvaires et/ou vaginales d'une fillette quel que soit son âge, il faut suspecter un contact entre l'extrémité de l'urètre d'un adolescent ou d'un adulte et les organes génitaux de cette fillette (sans qu'il y ait nécessairement éjaculation et émission de sperme).

La mise en évidence d'un germe à l'origine d'une maladie sexuellement transmissible dans les sécrétions vulvaires et/ou vaginales d'une fillette impubère constitue une preuve d'abus sexuel - indirecte sans doute, mais de grande valeur - pour autant que certaines conditions soient prises en considération et que les techniques microbiologiques utilisées soient fiables. *Chlamydia trachomatis* est un germe qui peut être à l'origine d'une telle maladie (voir ci-dessus).

La technique microbiologique de référence consiste à identifier *C. trachomatis* dans une culture de tissus : le germe vit essentiellement dans les cellules. Cette technique est particulièrement délicate, malaisée et coûteuse puisqu'il faut disposer d'un tissu en culture (McCoy cell culture); des anticorps monoclonaux spécifiques fluorescents permettent de repérer les germes au sein des cellules. Mais, jusqu'à présent, c'est la technique la plus fiable mais non la plus sensible : si le nombre de cellules prélevées et infectées au niveau de la vulve et/ou

(*) GEUBELLE Fernand, Professeur Honoraire de la Chaire de Pédiatrie de l'Université de Liège

du vagin est limité, le résultat peut être faussement négatif. Par contre, le risque de résultat faussement positif est minime, voire inexistant.

Une autre technique, moins complexe, consiste à mettre en évidence dans les sécrétions, le (ou les) antigène(s) spécifique(s) du *C. trachomatis*, à l'aide d'anticorps polyclonaux, les antigènes étant repérés soit par immunofluorescence directe, soit par immuno-essai enzymatique.

Déjà en 1989, la technique par immuno-essai enzymatique a été l'objet d'objections majeures (polder et al. 1989). Les résultats obtenus à l'aide de cette technique chez 65 fillettes prépubères ont été analysés. Chez 5 d'entre elles, *Chlamydia* a été identifié lors d'un premier prélèvement et chez 4, il n'a pas été retrouvé lors d'un second prélèvement des sécrétions vulvaires, alors que les cultures sont restées négatives, lors des deux prélèvements. Chez la fillette où *Chlamydia* a été retrouvé à plusieurs reprises et qui présentait une vulvo-vaginite, du streptocoque du groupe A a été identifié.

Ces auteurs ont pu démontrer que certaines souches de streptocoques du groupe A peuvent être à l'origine de réactions positives lors de l'immuno-essai. Des réactions croisées ont été observées avec d'autres germes tels que *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli* et des streptocoques du groupe B. Des germes présents dans les matières fécales (voir *E. coli*) sont également susceptibles d'être à l'origine de telles réactions croisées. Or, ils sont fréquemment présents dans la région pré-anale et sur l'ensemble du périnée. Pour peu que les prélèvements n'aient pas été effectués par des mains particulièrement expertes, de telles contaminations sont loin d'être rares.

D'autres techniques sont actuellement développées. Elles ont pour objectif d'identifier l'acide désoxyribonucléique (ADN) spécifique des plasmides de *Chlamydia trachomatis* ("polymerase chain reaction"). Cette technique est considérée par beaucoup comme étant très spécifique - pour autant qu'il n'y ait aucune contamination au cours des différentes étapes de l'analyse. Certains estiment même que cette technique est plus sensible que la culture de *Chlamydia*. Mais cet avis n'est pas partagé par tous. En pratique, il faut disposer d'une écouvillon de petite dimension (utilisé aussi pour les prélèvements urétraux chez l'adulte) qui doit être immédiatement plongé dans un milieu liquide spécial et dont disposent les laboratoires - encore rares à l'heure actuelle - qui utilisent cette technique. Un résultat positif mérite - à tout le moins - d'être confirmé par un second prélèvement.

En conclusion, les méthodes enzymatiques ne sont d'aucun intérêt dans la recherche d'une preuve d'un abus sexuel chez la fillette. la technique d'identification de l'ADN est plus fiable mais on peut affirmer qu'elle peut supplanter la culture du germe lui-même. On peut espérer que dans un proche avenir, il sera possible de détecter à l'aide d'une "sonde moléculaire" l'acide ribonucléique de *Chlamydia*.

La recherche de *C. trachomatis* peut être effectuée à l'aide des écouvillons adéquats (cités ci-dessus) chez l'abuseur suspecté. Mais, si celui-ci a eu des contacts sexuels avec des femmes - la fréquence de cette infection varie de 4 à 8 % chez celles qui ne présentent pas de signes cliniques (voir ci-dessus) - la présence de *Chlamydia* n'apporte aucune preuve de l'abus.

Un protocole d'examen clinique et d'examen paracliniques à réaliser chez une fillette suspecte d'avoir été victime d'abus sexuel sera prochainement proposé.