

Augmentation de cas de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) – mars 2014

Une augmentation de cas de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV), anorectite à *Chlamydia trachomatis* type L, est actuellement observée en Belgique, par le Centre National de Référence (CNR) des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP).

Entre 2010 et 2012, le CNR a enregistré 20 cas de LGV annuellement. En 2013, 45 cas ont été détectés et depuis le début de l'année 2014 jusqu'au 25 mars 2014, 23 cas ont déjà été confirmés.

L'enquête épidémiologique du WIV-ISP montre que les personnes infectées sont des hommes ayant des contacts sexuels avec des hommes (HSH) dont la majorité sont co-infectés par le VIH. En effet, la pathologie se transmet par pénétration anale non protégée chez les HSH, ce qui n'exclut pas le risque d'infection chez les femmes : quelques cas féminins en Europe et un cas en Belgique ont été rapportés.

Cette infection sexuellement transmissible se manifeste sous forme d'anorectites dont les lésions primaires passent de plus souvent inaperçues mais qui nécessitent un traitement immédiat.

Le CNR est actuellement le seul centre qui réalise le test de confirmation pour les LGV : la confirmation inclut le géotypage par PCR (sérotypage L), à la suite d'un tableau clinique suspect de LGV ou d'un partenaire sexuel avec la LGV et une PCR positive pour *Chlamydia trachomatis*. Ce test est effectué gratuitement.

Le nombre réel de LGV est probablement largement sous-estimé : il est donc **fortement recommandé d'envoyer les échantillons de patients avec suspicion de LGV au CNR**, afin d'avoir une couverture épidémiologique réelle des nombres des cas de LGV.

Les prélèvements se font par écouvillonnage des lésions (ulcérations), éventuellement sous anoscopie ou sous rectoscopie (anorectite) ou par ponction d'un ganglion (voir avec le CNR auparavant). Les prélèvements ano/rectaux peuvent également être réalisés par les patients eux-mêmes.

Des signes cliniques évocateurs :

- La durée de l'incubation peut varier entre 2 et 60 jours.
- La LGV évolue classiquement en 3 phases :
 1. Phase primaire (3 à 12 jours après l'inoculation) : apparition d'une ulcération peu profonde, indolore, pouvant faire penser à une lésion herpétiforme, se situant dans la région génitale ou anale et souvent profonde (rectum, urètre, col utérus).
 2. Phase secondaire (2 à 6 semaines après la lésion primaire) : se présente soit avec une douleur et une inflammation des ganglions inguinaux ou péri-rectaux

évoluant vers la fistulisation ; soit par une anorectite aiguë avec ténesme, douleurs et écoulement mucopurulent, parfois hémorragique. L'aspect rectoscopique de rectite ulcérée peut orienter à tort vers le diagnostic de maladie de Crohn ou d'herpes. Des signes généraux peuvent accompagner cette 2^{ème} phase comme la fièvre, des frissons et des myalgies.

3. Phase tertiaire : développement au niveau rectal de fistules, d'abcès, d'ulcères, de fibrose,...

Traitement :

Le traitement est plus long que celui des infections à Chlamydia dues à d'autres sérotypes et doit être débuté dès que les prélèvements biologiques ont été réalisés. Il s'agit d'une bithérapie et 2 possibilités existent :

- une dose de ceftriaxone 1g IM avec de la doxycycline 100mg 2x/jour pendant 21 jours
- Ou
- une dose de ceftriaxone 1g IM avec 1g d'azithromycine à J1, J8 et J15 (3g au total).

Conduite à tenir

- Savoir y penser devant des lésions anales ou rectales chez un patient HSH.
- Prélever sur milieu de transport adéquat pour PCR et génotypage.
- Rechercher une autre IST associée comme une gonococcie anorectale, une syphilis et/ou une infection à Herpes Simplex Virus.
- Proposer une sérologie VIH, syphilis, hépatite A, hépatite B, hépatite C
- Proposer une vaccination pour l'hépatite A et/ou hépatite B si nécessaire.
- Traiter pour LGV et gonorrhée sans attendre les résultats.
- Suivre le patient sur la régression des signes cliniques.
- Contrôler éventuellement par PCR au moins 3 semaines après l'arrêt du traitement.
- Traiter les partenaires ayant eu des contacts sexuels dans les 60 jours qui ont précédé le début des manifestations cliniques pour interrompre la chaîne de contamination

Source : le site santé du ministère des affaires sociales et de la santé, France. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/maladie-de-nicolas-favre-ou-lymphogranulomatose-venereenne-anorectite-a-chlamydia-trachomatis.html>

Contact :

CNR : Tania Crucitti, tcrucitti@itg.be

WIV-ISP : Ruth Verbrugge, ruth.verbrugge@wiv-isp.be

Lien vers le CNR:

https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab/sti_treponema_pallidum_chlamydia_trachomatis_neisseria_gonorrhoeae/default.aspx

Références

(1) Verbrugge R, Crucitti T et al. Surveillance des infections sexuellement transmissibles dans la population générale en Belgique et les régions, données de 2012. Institut de Santé Publique, octobre 2013, Bruxelles, Belgique.

- (2) Arsove P, Cunha BA et al. Lymphogranuloma Venereum Clinical Presentation
<http://emedicine.medscape.com/article/220869-clinical#showall> (consulté le 26/03/2014)
- (3) Arsove P, Cunha BA et al. Lymphogranuloma Venereum.
<http://emedicine.medscape.com/article/220869-overview#showall> (consulté le 26/03/2014)
- (4) Arsove P, Cunha BA et al. Lymphogranuloma Venereum Treatment & Management.
<http://emedicine.medscape.com/article/220869-treatment> (consulté le 26/03/2014)
- (5) Kelley Struble K, Cunha BA et al. Chlamydial Genitourinary Infections Treatment & Management.
<http://emedicine.medscape.com/article/214823-treatment#a1156> (consulté le 26/03/2014).
- (6) JC de Vries H, Zingoni A, White JA, Kreuter A. 2013 European guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. March 2013. International Union against Sexually Transmission Infection (IUSTI). <http://www.iusti.org/>
- (7) Zenilman JM, Hynes NA. Lymphogranuloma venereum.
<http://www.uptodate.com/contents/lymphogranuloma-venereum?topicK> (consulté le 27/03/2014).