

Lymphogranulome vénérien (LGV)

Auteur: **Janice Mann**, MD, Head, Knowledge Development and Research, Sexual Health and STI Section, Community Acquired Infections Division, Public Health Agency of Canada;

Co-Auteur: **Rhonda Kropp**, BScN, MPH, Senior Public Health Analyst, Sexual Health and STI Section, Community Acquired Infections Division, Public Health Agency of Canada.

Étiologie

- Causé par les sérotypes L1, L2, L3 de *Chlamydia trachomatis*.
- Le LGV peut se transmettre par contact sexuel vaginal, anal ou oral.

Épidémiologie

- Infection transmise sexuellement généralement peu fréquente au Canada.
- Endémique dans certaines régions de l’Afrique, de l’Asie, de l’Amérique du Sud et des Caraïbes¹; considéré comme responsable de 2 à 10 % des ulcères génitaux dans certaines régions de l’Inde et de l’Afrique⁹.
- Relativement rare dans les pays industrialisés; dans la plupart des cas, se contractait jusqu’à récemment dans des régions où cette infection est endémique.
- Cependant, on a commencé à signaler des cas touchant des hommes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes (HARSAH) aux Pays-Bas en 2003², puis en Belgique³, en France⁷, en Allemagne, en Suède³, au R.-U.⁴, aux É.-U.^{5,6} et au Canada¹⁵.
- Le LGV n’est pas à déclaration obligatoire à l’échelle nationale aux É.-U. ou au Canada. À la lumière des alertes émises, des cas de LGV ont commencé à être signalés aux É.-U.^{5,6} et au Canada¹⁵.
- Des flambées récentes signalées parmi des HARSAH ont été associées avec d’autres ITS concomitantes comme le VIH, l’hépatite C et la participation à des rapports sexuels occasionnels comme les soirées « cuir » et des pratiques à risques élevés comme la pénétration anale du poing^{2,3}.
- Le LGV peut augmenter les risques de contraction ou de transmission du VIH, d’autres ITS et d’autres pathogènes à diffusion hématogène.
- Dans la déclaration obligatoire de *Chlamydia trachomatis*, on ne fait pas de distinction entre les sérotypes causant le LGV et les sérotypes causant des infections autres que le LGV. On ne connaît donc pas l’incidence du LGV à l’échelle nationale; toutefois, un système de surveillance accrue à l’échelle nationale a été mis en place en février 2005 par l’Agence de santé publique du Canada en partenariat avec les services de santé provinciaux et territoriaux.

Prévention

- Utilisation de préservatifs ou d’autres méthodes à adjuvants⁸ lors de rapports sexuels vaginaux, anaux et oraux.



- Inoculation extragénitale possible¹, donc les contacts sexuels oraux non protégés ne sont pas plus sûrs pour la prévention du LGV.
- Limiter au minimum ou éviter les activités sexuelles susceptibles de causer des lésions des muqueuses (p. ex. : pénétration anale du poing) qui pourraient favoriser la transmission¹⁶; éviter de partager des accessoires sexuels et les nettoyer avant usage.
- Consultez le chapitre intitulé *Soins primaires*.

Manifestations

- Contrairement à d'autres sérotypes du *Chlamydia* (A-K), les souches de LGV sont plus invasives et touchent plus fréquemment le tissu lymphoïde².
- Se divise généralement en trois stades¹ :
 - LGV primaire
 - période d'incubation de 3 à 30 jours;
 - petite papule non douloureuse (1 à 6 mm) au site d'inoculation (vulve, vagin, pénis, rectum, cavité orale, parfois au niveau du col utérin) s'ulcérant parfois;
 - guérison spontanée; LGV peut passer inaperçu chez 50 % des gens¹.
 - LGV secondaire
 - commence dans les 2 à 6 semaines suivant la lésion primaire⁹;
 - souvent accompagné de symptômes systémiques notables comme une fièvre de faible intensité, des frissons, un malaise, des myalgies, des arthralgies; parfois accompagné d'arthrite, d'une pneumonite ou d'une hépatite/périhépatite; observation rare de lésions cardiaques, de méningite aseptique et de lésions oculaires inflammatoires⁹;
 - présence possible d'abcès et d'écoulements d'une fistule (< 1/3 des patients);
 - touche les ganglions lymphatiques ou l'anus et le rectum.
 - LGV secondaire présentant une lymphadénopathie
 - le LGV secondaire inguinal ou fémoral est la forme la plus courante; il se caractérise par une lymphadénopathie inguinale ou fémorale douloureuse (unilatérale dans la moitié aux 2/3 des cas) – les ganglions sont alors appelés bubons;
 - « signe du sillon » – ganglions inguinaux et fémoraux de part et d'autre du ligament inguinal (a déjà été considéré comme pathognomonique du LGV);
 - une autre lymphadénopathie peut survenir selon le site d'inoculation (p. ex. lymphadénopathie cervicale consécutive à l'inoculation lors de rapports sexuels oraux).
 - LGV secondaire présentant des symptômes anorectaux
 - caractérisé par une rectite hémorragique aiguë;

- symptômes de la rectocolite
- pertes de mucus ou sanguines purulentes de l'an^{2,8,11,15}us et constipation sont des symptômes fréquents
- LGV tertiaire (LGV chronique dans 10 à 20 % des cas non traités)
 - plus fréquent chez les femmes;
 - lésions chroniques inflammatoires entraînant des cicatrices :
 - obstruction lymphatique causant un éléphantiasis génital^{1,9,13};
 - sténoses génitales et rectales, fistules;
 - risque de destruction importante des parties génitales (*esthiomène*).

Diagnostic

Le diagnostic du LGV n'est pas toujours évident à établir. Les symptômes et signes du LGV s'apparentent beaucoup à d'autres ITS, à d'autres infections, aux réactions aux médicaments et à des tumeurs malignes. Le diagnostic s'appuie souvent sur l'anamnèse et le tableau clinique et est soutenu par des analyses de laboratoire, *même si*, au Canada, des tests de confirmation du LGV peuvent facilement être obtenus de certains laboratoires (consultez la section intitulée *Analyses de laboratoire*, ci-dessous). Aux fins de surveillance, seuls les cas établis comme positifs par les analyses de confirmation sont considérés comme des cas confirmés de LGV¹⁵. Néanmoins, on peut opter pour des critères cliniques, épidémiologiques et d'analyses moins stricts dans le traitement clinique des personnes atteintes et de leurs partenaires.

- *Interventions diagnostiques*
 - Anuscopie — sigmoïdoscopie — rectoscopie
 - caractéristiques similaires à celle de la colite ulcéreuse;
 - rectite granulaire ou ulcéreuse.
 - Aspiration des bubons
 - les bubons causés par le LGV contiennent généralement de petites quantités de liquide laiteux;
 - leur aspiration peut nécessiter une injection de 2 à 5 ml de solution saline stérile;
 - il faut aspirer les bubons à travers une peau saine.
- *Analyses de laboratoire*

Des examens de routine pour *C. trachomatis* peuvent donner lieu à une culture positive chez les patients atteints de LGV, mais ils ne comprennent généralement pas de typage permettant de distinguer les sérotypes causant le LGV des sérotypes causant des infections autres que le LGV. Pour diagnostiquer avec certitude le LGV, il faut procéder à des analyses (de confirmation) afin de déterminer les sérotypes en cause à l'aide du séquençage de l'ADN ou de l'analyse des polymorphismes de taille des fragments de restriction (RFLP). La plupart des laboratoires n'effectuent pas

systématiquement le sérotypage, aussi faut-il leur demander de procéder à ces analyses spécifiques.

La disponibilité et le type d'analyses de dépistage du LGV varient selon le laboratoire. Certains laboratoires locaux sont en mesure de procéder aux analyses de confirmation du LGV, mais d'autres doivent recourir aux services du Laboratoire national de microbiologie (LNM) par l'entremise de leur laboratoire provincial. Veuillez vous informer auprès de votre laboratoire local de la façon dont on y prélève et transporte les échantillons. Le cas échéant, si l'on soupçonne un LGV, on devrait soumettre un prélèvement par écouvillonnage et des prélèvements de sérums aux fins d'analyses de laboratoire. Les tests sérologiques et de confirmation (séquençage de l'ADN et analyse RFLP) sont disponibles au LNM.

Type d'analyse	Analyses spécifiques	Distinction entre sérotypes causant le LGV et sérotypes causant des infections autres que le LGV
Analyses de dépistage du <i>Chlamydia trachomatis</i> (non spécifiques aux sérotypes causant le LGV)		
Culture	Culture de dépistage de <i>C. trachomatis</i>	Non Les échantillons positifs peuvent être envoyés aux fins d'une analyse RFLP ou d'un séquençage de l'ADN afin de déterminer les sérotypes causant le LGV.
Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)	Amplification en chaîne par polymérase (ACP), réaction en chaîne par ligase (LCR), amplification par transcription (TMA) et amplification par déplacement de séquence (SDA)	Non Les échantillons positifs peuvent être envoyés aux fins d'une analyse RFLP ou d'un séquençage de l'ADN afin de déterminer les sérotypes causant le LGV.
Sérologie	Les modalités d'analyses varient selon le laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> • Test de la micro-immunofluorescence (MIF) pour <i>C. trachomatis</i> : titre élevé (titre $\geq 1:256$) • Réaction de fixation du complément (RFC) pour Chlamydia : positif (titre $\geq 1:64$) <ul style="list-style-type: none"> ○ Le test de la MIF est plus spécifique que la RFC pour le diagnostic du LGV ○ La RFC peut poser des problèmes de réaction croisée 	Non À cause de la nature invasive du LGV, les titres sérologiques sont généralement plus élevés en présence d'une infection à <i>C. trachomatis</i> de sérotype causant le LGV que ceux d'un sérotype causant des infections autres que le LGV. Les titres élevés peuvent laisser envisager une infection à LGV mais ils ne sont pas définitifs; les titres peu élevés n'éliminent pas la possibilité d'une infection à LGV actuelle ou passée.

Tests spécifiques au LGV (de confirmation)

Séquençage de l'ADN	Identifie formellement les sérotypes causant le LGV	Oui Les échantillons présentant des résultats positifs de <i>C. trachomatis</i> avec TAAN ou en culture peuvent être envoyés pour subir un séquençage de l'ADN*.
Polymorphisme de taille des fragments de restriction (RFLP)	Identifie formellement les sérotypes causant le LGV	Oui Les échantillons présentant des résultats positifs de <i>C. trachomatis</i> avec TAAN ou en culture peuvent être envoyés pour subir une analyse RFLP*.

*Remarque : Aux laboratoires qui expédient des échantillons au LNM pour des analyses de confirmation (séquençage de l'ADN ou analyse RFLP) : c'est l'échantillon original qui doit être testé par ACP pour le dépistage du gène *omp1* — pour le séquençage, c'est ce produit de l'ACP qu'il faut envoyer.

- *Prélèvement d'échantillons*

Le tableau suivant décrit les types d'échantillons à recueillir pour les analyses de laboratoire décrites ci-dessus aux fins de diagnostic du LGV selon les stades de l'infection.

Stade de l'infection	Type d'échantillon	Analyses	Commentaires
Primaire	Écouvillonnage d'une lésion	Culture ou TAAN	Étant donné la nature invasive du LGV ne s'est pas encore manifestée au stade primaire de l'infection, il est peu probable que les tests sérologiques soient utiles.
Secondaire et tertiaire	Aspirat de bubon	Culture ou TAAN	L'identification de <i>C. trachomatis</i> dans l'aspirat de bubons laisse envisager un LGV, même avant ou sans l'identification des sérotypes causant le LGV.
	Écouvillonnage rectal, vaginal, oropharyngé ou urétral	Culture ou TAAN	Au Canada, les TAAN ne sont pas officiellement approuvés avec les écouvillonnages rectaux ou oropharyngés. Il est conseillé de refaire les analyses afin de confirmer un résultat positif.
	Urine Sérologie	TAAN Test de la micro-immunofluorescence (MIF) Réaction de fixation du	Voir le tableau des <i>Analyses de laboratoire</i> ci-dessus pour obtenir de plus amples

Recommandations d'entreposage et de livraison des échantillons envoyés au LNM :

- écouvillonnages secs : entreposer et livrer congelés;
- écouvillonnages entreposés dans des milieux de transport pour dépistage de la chlamydia : conserver congelés à -80°C si on prévoit une culture, ou à -20°C dans le cas contraire;
- échantillons d'urine : entreposer et livrer congelés (consultez le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*, pour obtenir de plus amples renseignements sur le prélèvement et la livraison des échantillons).

Prise en charge

- Traitement avec le schéma posologique approprié (consultez la section intitulée *Traitement*).
- L'aspiration des bubons peut soulager les symptômes mais l'incision, le drainage ou l'excision des ganglions n'est pas utile et pourrait retarder la guérison.

Traitement

Les cas soupçonnés devraient être traités de façon empirique pour le LGV en l'attente des résultats d'analyses.

- Premier choix :
 - Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 f.p.j. pendant 21 jours [B-II]
- Autre:
 - Érythromycine, 500 mg par voie orale, 4 f.p.j. pendant 21 jours* [C-III]
- Traitement possible :
 - Azithromycine, 1 g par voie orale, une fois/semaine pendant 3 semaines** [C-III]

*La posologie de l'érythromycine s'applique à l'érythromycine base. On peut lui substituer des doses similaires d'autres préparations (À L'EXCEPTION de la formulation d'estolate d'érythromycine contre-indiquée en cas de grossesse) — pendant une grossesse prescrire l'érythromycine (mais PAS la formulation d'estolate).

**Certains experts estiment que l'azithromycine est efficace dans le traitement du LGV, mais il n'y a pas assez de données cliniques pour le confirmer.

Traitement des partenaires

Il faut communiquer avec les partenaires sexuels asymptomatiques des 60 derniers jours précédant l'apparition des symptômes ou la date du diagnostic, les tester et les traiter de façon empirique (peu importe qu'il y ait ou non de signes/symptômes) de la façon suivante :

- Azithromycine 1 g *per os* en dose unique [C-III] OU
- Doxycycline 100 mg *per os* 2 f.p.j. pendant 7 jours [C-III]

Si les résultats des analyses confirment une infection au LGV, traiter selon les recommandations ci-dessus.

Prises en considération d'autres ITS

- À cause des taux de co-infections, les tests de dépistage du VIH, de la syphilis, du HSV, de la gonorrhée, de l'hépatite B et de l'hépatite C sont recommandés chez les patients atteints du LGV (veuillez consulter les chapitres respectifs portant sur ces infections pour plus de renseignements sur les analyses appropriées).
- Envisager également des tests de dépistage du chancre mou et de la donovanose (granulome inguinal) chez les patients atteints du LGV, particulièrement s'ils ont voyagé dans des régions où ces infections sont endémiques.
- Proposer la vaccination contre l'hépatite B aux patients qui ne sont pas immunisés contre ce virus (consultez le chapitre intitulé *Hépatite B*, pour plus de renseignements).
- Profiter de l'occasion pour prodiguer des conseils en matière de rapports sexuels à risques réduits.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Un système de surveillance accrue a été mis en place par l'Agence de santé publique du Canada en partenariat avec les provinces et les territoires en février 2005.
 - Les cas de LGV doivent être signalés par les organismes locaux de santé publique aux organismes régionaux et provinciaux/territoriaux concernés. Ces derniers ont consenti à signaler les cas de LGV à la Section de la santé sexuelle et des ITS de l'Agence de santé publique du Canada.
 - Le tableau suivant présente les définitions des cas selon le système de surveillance accrue en vigueur depuis août 2005¹⁵ :

Cas probable Résultat positif suite à culture, TAAN ou analyse sérologique de *C. trachomatis* associé à la présence d'une rectite OU lymphadénopathie inguinale ou fémorale OU partenaire sexuel(le) atteint(e) du LGV.

Cas confirmé Présence des sérotypes L1, L2 ou L3 de *C. trachomatis* confirmée par séquençage de l'ADN ou analyse RFLP.

- Communiquer avec les partenaires sexuels asymptomatiques des 60 derniers jours précédant l'apparition des symptômes ou la date du diagnostic, les tester et les traiter (consultez la section intitulée *Traitement*).

Suivi

Les patients ayant reçu un diagnostic de LGV devraient être suivis jusqu'à l'obtention d'un résultat négatif de dépistage de *Chlamydia* (test de contrôle) et jusqu'à leur rétablissement clinique². Les tests sérologiques sont inutiles pour surveiller la réponse au traitement parce que les anticorps peuvent rester élever malgré le succès du traitement.

- Un test de contrôle devrait être effectué de 3 à 4 semaines après la fin du traitement complet afin d'éviter tout faux résultat positif causé par la présence d'organismes non viables (surtout si on a utilisé un TAAN).
- Une intervention chirurgicale pourrait être requise pour soigner les lésions génitales et rectales dues au LGV tertiaire.

Considérations spéciales

- Si l'on se fonde sur les données limitées disponibles, le VIH semble avoir peu d'effets sur la présentation clinique du LGV, même si quelques rares cas de présentations atypiques de la maladie ont été signalés chez des patients séropositifs¹⁰.
- L'infection risque d'être de plus longue durée chez les patients séropositifs (10).
- Pendant la grossesse, utiliser de l'érythromycine (PAS les formulations d'estolate) pour le traitement du LGV.

Références

1. Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect* 2002;78:90-92.
2. Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Götz HM *et al.* Resurgence of Lymphogranuloma Venereum in Western Europe: An Outbreak of *Chlamydia trachomatis* Serovar L2 Proctitis in The Netherlands among Men Who Have Sex with Men. *Clin Infect Dis* 2004;39:996-1003.
3. Lymphogranuloma Venereum Among Men Who Have Sex with Men – Netherlands, 2003-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53(42):985-988.
4. Health Protection Agency. Enhanced surveillance for lymphogranuloma venereum (LGV) in England. *Commun Dis Rep CDR Weekly* [publication en série sur Internet]. 2004 [consulté le 8 avril 2005];14(41):News. Consultation du site Web à l'adresse suivante : <http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2004/cdr4104.pdf>
5. ProMED-mail. Lymphogranuloma Venereum – É.-U. (Californie). ProMED-mail 2004 [consulté le 2 fév. 2005]; 22 déc. :20041222.3376. Consultation du site Web à l'adresse suivante : <http://www.promedmail.org>
6. ProMED-mail. Lymphogranuloma Venereum – É.-U. (Texas). ProMED-mail 2004 [consulté le 2 fév. 2005]; 24 déc. : 20041224.3397. Consultation du site Web à l'adresse suivante : <http://www.promedmail.org>
7. Institut de veille sanitaire. Emergence de la Lymphogranulomatose vénérienne rectale en France : cas estimés au 31 mars 2004. Synthèse réalisée le 1^{er} juin 2004 [consulté le 11 mars 2005]. Consultation du site Web à l'adresse suivante :

http://www.invs.sante.fr/presse/2004/le_point_sur/lgv_160604/

8. Weir E. Lymphogranuloma venereum in the differential diagnosis of proctitis. *CMAJ* 2005;172(2):185.
9. Roest RW, van der Meijden WI. European guideline for the management of tropical genitor-ulcerative diseases. *Int J STD AIDS* 2001;12(suppl 3):78-83.
10. Czulsta A, Yen-Moore A, Van der Straten M *et al.* An overview of sexually transmitted diseases. Part III. Sexually transmitted diseases in HIV-infected patients. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:409-436.
11. Goens JL, Schwartz RA, DeWolf K. Mucocutaneous Manifestations of Chancroid, Lymphogranuloma Venereum and Granuloma Inguinale. *Am Fam Physician* 1994;49:415-425.
12. Lynch CM, Felder TL, Schwandt RA *et al.* Lymphogranuloma Venereum presenting as a Rectovaginal Fistula. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1999;7:199-201.
13. Aggarwal K, Jain VK, Gupta S. Bilateral groove sign with penoscrotal elephantiasis. *Sex Transm Infect* 2002;78:458.
14. French P, Ison CA, Macdonald N. Lymphogranuloma venereum in the United Kingdom. *Sex Transm Infect* 2005;81:97-98.
15. Kropp RY, Wong T, on behalf of the Canadian LGV Working Group. Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada. *CMAJ* 2005;172(13):1674-1676.
16. [Gotz HM](#), [van Doornum G](#), [Niesters HG](#), [den Hollander JG](#), [Thio HB](#), [de Zwart O](#). A cluster of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men - results from contact tracing and public health implications. *AIDS* 2005;19(9):969-974.