



LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE (LGV)

Ce chapitre des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement Édition 2006 a été révisé et mis à jour en date d'Octobre 2007. Le tableau ci-dessous résume les importants changements apportés au chapitre et met en référence les pages correspondant à la copie courante en papier des lignes directrices.

<u>Section</u>	<u>Page</u>	<u>Formulation courante</u>	<u>Mise à jour/Clarification</u>
Diagnostic sous <i>Interventions diagnostiques</i>	253	Besoin de renforcer / clarifier l'énoncé visant l'utilisation de test(s) sérologique(s) pour le diagnostic de la LGV	Addition d'une nouvelle troisième puce sous <i>Interventions diagnostiques</i> À cause des problèmes de réactions croisées qui rendent l'interprétation des résultats des tests sérologiques difficile, la sérologie ne devrait pas être utilisée comme test de détection en l'absence d'une culture ou d'un TAAN

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE (LGV)

Étiologie

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

Épidémiologie

- Infection transmissible sexuellement généralement peu fréquemment rapportée au Canada.
- Endémique dans certaines régions de l'Afrique, de l'Asie, de l'Amérique du Sud et des Caraïbes¹; considérée comme la cause de 2 à 10 % des ulcères génitaux dans certaines régions de l'Inde et de l'Afrique².
- Relativement rare dans les pays industrialisés; jusqu'à récemment, la plupart des personnes atteintes avaient contracté l'infection dans des régions où celle-ci est endémique.
- Cependant, on a commencé à signaler des flambées touchant des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) aux Pays-Bas en 2003³, avec des cas signalés en Belgique⁴, en France⁵, en Allemagne, en Suède⁴, au R.-U.⁶, aux É.-U.^{7,8} et au Canada⁹.
- La LGV n'est pas à déclaration obligatoire à l'échelle nationale aux États-Unis ni au Canada. À la lumière des alertes émises, des cas de LGV ont commencé à être signalés aux É.-U.^{7,8} et au Canada⁹.
- Des flambées récentes signalées parmi des HARSAH ont été associées à d'autres ITS concomitantes comme le VIH, l'hépatite C et à la participation à des relations sexuelles occasionnelles telle que lors de soirées « cuir » et à des pratiques à risques élevés comme la pénétration anale du poing ou « fisting »^{3,4}.
- La LGV peut augmenter les risques de contracter ou de transmettre le VIH, d'autres ITS et d'autres pathogènes à diffusion hémotogène.
- Dans la déclaration obligatoire de la *Chlamydia trachomatis*, on ne fait pas de distinction entre les sérotypes causant la LGV et les sérotypes causant des infections autres que la LGV. Par conséquent, l'incidence de la LGV à l'échelle nationale est inconnue; toutefois, un système de surveillance nationale accrue a été mis en place en février 2005 par l'Agence de santé publique du Canada en partenariat avec les départements de santé publique provinciaux et territoriaux.

Prévention

- Utilisation de condoms ou d'autres méthodes barrières¹⁰ lors de relations sexuelles vaginales, anales et oro-génitales.
- L'inoculation extragénitale est possible¹, donc le contact sexuel oral non protégé n'est pas une pratique sexuelle sécuritaire pour la prévention de la LGV.
- Réduire au minimum ou éviter les activités sexuelles susceptibles de causer des lésions des muqueuses (p. ex., le « fisting ») qui pourraient favoriser la transmission¹¹. Éviter de partager des jouets sexuels et les nettoyer avant de les utiliser.
- Voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».

Manifestations

- Contrairement à d'autres sérotypes de *Chlamydia trachomatis* (A-K), les souches de la LGV sont plus invasives et touchent de préférence le tissu lymphoïde³.
- Se divise généralement en trois stades (voir le Tableau 1)¹ :

Tableau 1. Manifestations

LGV primaire	<ul style="list-style-type: none"> • 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; • l'infection se résout spontanément et peut passer inaperçue chez 50 % des personnes atteintes¹.
LGV secondaire	<ul style="list-style-type: none"> • commence dans les 2 à 6 semaines suivant la lésion primaire²; • souvent accompagnée de symptômes systémiques significatifs comme une fièvre de faible grade, des frissons, des malaises, des myalgies, des arthralgies; parfois accompagnée d'arthrite, d'une pneumonite ou d'une hépatite/périhépatite; rarement associé à des lésions cardiaques, une méningite aseptique et des lésions oculaires inflammatoires²; • présence d'abcès et d'écoulement d'une fistule sont possibles (moins du tiers des patients); • touche les ganglions lymphatiques et/ou l'anus et le rectum.
LGV secondaire causant une adénopathie	<ul style="list-style-type: none"> • la LGV secondaire inguinale ou fémorale est la forme la plus courante; elle se caractérise par une adénopathie inguinale et (ou) fémorale douloureuse (unilatérale dans une proportion allant de la moitié aux deux tiers des cas) appelés bubons; • « signe du sillon », qui se traduit par des ganglions inguinaux et fémoraux de part et d'autre du ligament inguinal (a déjà été considéré comme pathognomonique de la LGV); • d'autre adénopathie peut survenir dépendant du site d'inoculation (p. ex., adénopathie cervicale consécutive à l'inoculation lors de relations sexuelles orales).

Tableau 1. Manifestations (suite)

LGV secondaire causant des symptômes ano-rectaux	<ul style="list-style-type: none"> • caractérisée par une rectite hémorragique aiguë; • symptômes de la rectocolite; • les écoulements muqueux, purulents ou sanguins de l'anus et la constipation sont des symptômes fréquents^{3,9,10,12}.
LGV tertiaire (LGV chronique dans 10 à 20 % des cas non traités)	<ul style="list-style-type: none"> • plus fréquente chez les femmes; • lésions chroniques inflammatoires qui entraînent des cicatrices : <ul style="list-style-type: none"> - obstruction lymphatique causant un éléphantiasis génital^{1,2,13}, - sténoses et fistules génitaux et rectaux; • risque de destruction étendue des parties génitales (esthiomène).

Diagnostic

Le diagnostic de la LGV n'est pas toujours facile à établir. Les symptômes et signes de la LGV s'apparentent beaucoup à d'autres ITS, à d'autres infections, à des réactions aux médicaments et à des tumeurs malignes. Le diagnostic s'appuie souvent sur les antécédents du patient et le tableau clinique, et est soutenu par des analyses de laboratoire, malgré le fait qu'au Canada, des tests de confirmation de la LGV soient facilement disponibles dans certains laboratoires (voir la section « 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 LGV⁹. Néanmoins, on peut toutefois utiliser des critères cliniques, épidémiologiques et d'analyses de laboratoire moins stricts dans la prise en charge clinique des cas et de leurs partenaires.

Interventions diagnostiques

- Anuscopie/ sigmoïdoscopie/ rectoscopie :
 - caractéristiques similaires à celles de la colite ulcéreuse;
 - rectite granulaire ou ulcéreuse.
- Aspiration des bubons :
 - les bubons causés par la LGV contiennent généralement de petites quantités de liquide laiteux;
 - leur aspiration peut nécessiter une injection de 2 à 5 ml de solution saline stérile;
 - les bubons devraient être aspirés à travers une peau saine.
- À cause des problèmes de réactions croisées avec les tests sérologiques qui compliquent l'interprétation des résultats, la sérologie ne devrait pas être utilisée comme test de détection en l'absence d'une culture ou d'un TAAN.

Analyses de laboratoire

- Des analyses de routine pour *C. trachomatis* peuvent être positives chez les patients atteints de la LGV, mais elles ne comprennent généralement pas de typage permettant de distinguer les sérotypes LGV des sérotypes non-LGV. Pour poser un diagnostic de certitude de

la LGV, il faut procéder à des analyses (de confirmation) spécifiques des sérotypes par méthode du séquençage de l'ADN ou par polymorphisme de restriction (RFLP). La plupart des laboratoires n'effectuent pas systématiquement le sérotypage, aussi faut-il leur demander de procéder à ces analyses particulières.

- La disponibilité et le type d'analyses pour la LGV varient selon le laboratoire. Certains laboratoires locaux sont en mesure de procéder aux analyses de confirmation de la LGV, mais d'autres doivent recourir aux services du Laboratoire national de microbiologie (LNM) par l'entremise de leur laboratoire provincial. Veuillez vérifier auprès de votre laboratoire local afin de connaître la façon de procéder pour le prélèvement et le transport des échantillons. Si une LGV est soupçonnée, on devrait soumettre à la fois des prélèvements par écouvillonnage et de sérum pour des analyses de laboratoire. Le LNM offre les tests sérologiques et de confirmation (séquençage de l'ADN et analyse RFLP).

Tableau 2. Analyses de laboratoire

Type d'analyse	Spécifications des analyses	Différentiation entre les sérotypes LGV et non-LGV
Tests de détection pour <i>Chlamydia trachomatis</i> (non spécifiques aux sérotypes LGV)		
Culture	Culture de <i>C. trachomatis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Non • Les échantillons positifs peuvent être envoyés pour une analyse RFLP ou un séquençage de l'ADN afin de déceler les sérotypes LGV.
TAAN	PCR, TMA et SDA	<ul style="list-style-type: none"> • Non • Les échantillons positifs peuvent être envoyés pour une analyse RFLP ou un séquençage de l'ADN afin de déceler les sérotypes LGV.
Sérologie	Les modalités d'analyses varient selon le laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> • Test de la MIF pour <i>C. trachomatis</i> : titre élevé (titre \geq 1:256) • Test de la FC pour <i>C. trachomatis</i> : positif (titre \geq 1:64) <ul style="list-style-type: none"> - La MIF est plus spécifique que la FC pour le diagnostic de la LGV - La FC peut poser des problèmes de réaction croisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Non • À cause de la nature invasive de la LGV, les titres sérologiques sont généralement significativement plus élevés en présence d'une infection à <i>C. trachomatis</i> de sérotype LGV que de sérotype non-LGV. • Les titres élevés peuvent être évocateurs d'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.

FC = test de la fixation du complément

SDA = amplification par déplacement de séquence

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

MIF = test de la micro immunofluorescence

PCR = réaction de polymérase en chaîne

Tableau 2. Analyses de laboratoire (suite)

Type d'analyse	Spécifications des analyses	Différentiation entre les sérotypes LGV et non-LGV
Tests spécifiques à la LGV (de confirmation)		
Séquençage de l'ADN	Identifie définitivement les sérotypes LGV	<ul style="list-style-type: none"> • 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*.
RFLP	Identifie définitivement les sérotypes LGV	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Les échantillons présentant des résultats positifs de <i>C. trachomatis</i> avec TAAN ou en culture peuvent être envoyés pour subir une analyse par RFLP*.

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

RFLP = polymorphisme de restriction

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

*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 devrait être envoyé au LNM. Cet échantillon sera testé par PCR pour le dépistage du gène *omp1* — pour le séquençage, c'est ce produit de PCR qu'il faut envoyer.

Prélèvement d'échantillons

- Le tableau 3 décrit les types d'échantillons à recueillir pour les analyses de laboratoire décrites ci-dessus pour le diagnostic de la LGV selon les stades de l'infection.
- Recommandations d'entreposage et de livraison des échantillons envoyés au LNM :
 - écouvillonnages secs : entreposés et livrés congelés;
 - écouvillonnages entreposés dans des milieux de transport pour *Chlamydia trachomatis* : conserver congelés à -80 °C si on prévoit une culture, ou à -20 °C dans le cas contraire;
 - les échantillons d'urine doivent être entreposés et livrés congelés;
 - voir le chapitre intitulé « Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement », pour plus de renseignements sur le prélèvement et la livraison des échantillons.

Tableau 3. Prélèvement d'échantillons

Stade de l'infection	Type d'échantillon	Analyses	Commentaires
Primaire	Écouvillonnage de la lésion	Culture ou TAAN	Étant donné que la nature invasive de la LGV ne s'est pas encore manifestée au stade primaire de l'infection, les tests sérologiques risquent d'être peu utiles.
Secondaire et tertiaire	Aspirat de bubon	Culture ou TAAN	L'identification de <i>C. trachomatis</i> dans l'aspirat de bubons est très évocateur d'une LGV, même avant ou sans l'identification des sérotypes LGV.
	Écouvillonnage rectal, vaginal, oropharyngé ou urétral	Culture ou TAAN	Au Canada, les TAAN ne sont pas officiellement approuvés pour les écouvillonnages rectaux ou oropharyngés. Il est conseillé de répéter les analyses afin de confirmer un résultat positif.
	Urine	TAAN	
	Sérologie	Test de la MIF Test de la FC	Voir le Tableau 2

FC = test de la fixation du complément
 LGV = lymphogranulomatose vénérienne
 MIF = test de la micro immunofluorescence
 TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Prise en charge

- Traitement avec un schéma antibiotique approprié (voir la section ci-dessous « Traitement »).
- L'aspiration des bubons peut soulager les symptômes, toutefois 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 la LGV dans l'attente des résultats d'analyses.

Tableau 4. Traitement de la lymphogranulomatose vénérienne

Traitement privilégié	<ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j. pendant 21 jours [B-II]
Autre traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Érythromycine, 500 mg, p.o., 4 f.p.j. pendant 21 jours* [C-III]
Traitement possible	<ul style="list-style-type: none"> • Azithromycine, 1 g, p.o., une fois par 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, qui est 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 de la LGV, mais il n'y a pas suffisamment de données cliniques pour le confirmer.

Traitement des partenaires

- Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et recevoir le traitement empirique (peu importe qu'il y ait ou non la présence de signes et symptômes) de la façon suivante :

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

- Si les résultats des analyses confirment une infection à la LGV, traiter selon les recommandations ci-dessus pour le traitement des cas.

Prise en considération d'autres ITS

- À cause des taux de coinfection, les tests de dépistage du VIH, de la syphilis, du VHS, de la gonorrhée, de l'hépatite B et de l'hépatite C sont recommandés pour les patients atteints de la LGV (voir les chapitres respectifs portant sur ces infections pour plus de renseignements sur les analyses appropriées).
- Envisager également des tests de détection du chancre mou et de la donovanose (granulome inguinal), particulièrement si les patients ont voyagé dans des régions où ces infections sont endémiques.
- Proposer l'immunisation contre l'hépatite B aux patients qui ne sont pas immuns (voir le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B », pour plus de renseignements).
- Profiter de l'occasion pour donner des conseils sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- L'Agence de santé publique du Canada, en partenariat avec les provinces et les territoires, a mis en place un système de surveillance nationale accrue en février 2005.

- Les cas de LGV devraient être signalés par les autorités locales de santé publique aux autorités régionales, provinciales ou territoriales appropriées. Celles-ci 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 5 ci-bas présente les définitions des cas selon le système de surveillance accrue en vigueur depuis août 2005⁹.

Tableau 5. Définition des cas

Cas probable	Résultat positif d'une culture, d'un TAAN ou d'une analyse sérologique pour <i>C. trachomatis</i> et la présence d'une rectite, OU adénopathie inguinale ou fémorale, OU partenaire sexuel(le) infecté(e) par la LGV.
Cas confirmé	Présence des sérotypes L1, L2 ou L3 de <i>C. trachomatis</i> confirmée par séquençage de l'ADN ou analyse RFLP.

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

RFLP = polymorphisme de restriction

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

- Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de détection et recevoir un traitement quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements (voir la section « Traitement »).

Suivi

- Les patients devraient être suivis jusqu'à l'obtention d'un résultat de test négatif de *Chlamydia trachomatis* (test de contrôle) et leur rétablissement clinique³. Les tests sérologiques ne devraient pas être utilisés pour surveiller la réponse au traitement, car la durée de la réponse des anticorps n'a pas été définie.
 - Un test de contrôle devrait être effectué 3 à 4 semaines après la fin du traitement efficace afin d'éviter tout résultat faussement positif dû à la présence d'organismes non viables (surtout si on a utilisé un TAAN).
- La réparation chirurgicale des dommages génitaux et rectaux dus à la LGV tertiaire pourrait être requise.

Considérations spéciales

- Si l'on se fonde sur les données limitées disponibles, le VIH semble avoir peu d'effets sur la présentation clinique de la LGV, même si quelques rares cas de présentations atypiques de la maladie ont été signalés chez des patients séropositifs¹⁴.
- L'infection risque d'être de plus longue durée chez les patients séropositifs¹⁴.
- Pendant la grossesse, utiliser de l'érythromycine (PAS les formulations d'estolate) pour le traitement de la LGV.

Références

1. MABEY, D. et R.W. PEELING. « Lymphogranuloma venereum », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, 2002, p. 90-92.
2. ROEST, R.W., W.I. VAN DER MEIJDEN; EUROPEAN BRANCH OF THE INTERNATIONAL UNION AGAINST SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION AND THE EUROPEAN OFFICE OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. « European guideline for the management of tropical genitor-ulcerative diseases. » *International Journal of STD and AIDS*, vol. 12, suppl. 3, 2001, p. 78–83.
3. NIEUWENHUIS, R.F., J.M. OSSEWAARDE, H.M. GÖTZ et coll. « 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 », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, 2004, p. 996-1003.
4. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Lymphogranuloma Venereum Among Men Who Have Sex with Men – Netherlands, 2003-2004. » *MMWR : Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 53, 2004, p. 985-988.
5. INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. « Émergence de la Lymphogranulomatose vénérienne rectale en France : cas estimés au 31 mars 2004 », synthèse réalisée le 1^{er} juin 2004, *Institut de veille sanitaire*, [en ligne]. [http://www.invs.sante.fr/presse/2004/le_point_sur/lgv_160604/], (14 février 2006).
6. HEALTH PROTECTION AGENCY. « Initial results of enhanced surveillance for lymphogranuloma venereum (LGV) in England. » *Communicable Disease Report CDR Weekly*, vol. 15, 2005, [en ligne]. [<http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2004/cdr4104.pdf>], (14 février 2006).
7. Lymphogranuloma Venereum – É.-U. (Californie). ProMED-mail, 22 déc. 2004; Nombre d'archives: 20041222.3376. [<http://www.promedmail.org>], (14 février 2006).
8. Lymphogranuloma Venereum – É.-U. (Texas). ProMED-mail, 24 déc. 2004; Nombre d'archives: 20041224.3397. [<http://www.promedmail.org>], (14 février 2006).
9. KROPP, R.Y. et T. WONG. « Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada », The Canadian LGV Working Group, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, 2005, p. 1674-1676.
10. WEIR, E. « Lymphogranuloma venereum in the differential diagnosis of proctitis », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, 2005, p. 185.
11. GOTZ, H.M., G. VAN DOORNUM, H.G. NIESTERS, J.G. DEN HOLLANDER, H.B. THIO et O. DE ZWART. « A cluster of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men: Results from contact tracing and public health implications », *AIDS*, vol. 19, 2005, p. 969-974.
12. GOENS, J.L., R.A. SCHWARTZ et K. DEWOLF. « Mucocutaneous manifestations of chancroid, lymphogranuloma venereum and granuloma inguinale », *American Family Physician*, vol. 49, 1994, p. 415-425.
13. AGGARWAL, K., V.K. JAIN et S. GUPTA. « Bilateral groove sign with penoscrotal elephantiasis », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, 2002, p. 458.
14. CZLUSTA, A., A. YEN-MOORE, M. VAN DER STRATEN et coll. « An overview of sexually transmitted diseases. III. Sexually transmitted diseases in HIV-infected patients », *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 43, 2000, p. 409-436.