

Surveillance des infections sexuellement transmissibles en Angleterre et au Pays de Galles

Gwenda Hughes¹, Thomas Paine², Daniel Thomas²

¹ Public Health Laboratory Service (PHLS) Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC), Colindale, Londres, Royaume-Uni

² PHLS CDSC (Pays de Galles), Cardiff, Royaume-Uni

La surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) en Angleterre et au Pays de Galles s'est basée, dans le passé, principalement sur des données statistiques agrégées soumises par toutes les cliniques de médecine génito-urinaire au Centre de surveillance des maladies transmissibles, ainsi que par les différents systèmes de déclaration des laboratoires. Bien que ces systèmes fournissent des données de surveillance comparativement fiables, ils ne produisent pas d'informations suffisantes sur les facteurs de risque pour cibler correctement les programmes de prévention et de contrôle de ces infections. Ces dernières années, l'augmentation considérable des IST, l'émergence de nombreuses épidémies de IST, et les changements des profils de résistance gonococciques ont entraîné la mise en place de méthodes de surveillance plus sophistiquées. Cet article décrit les systèmes actuels de surveillance des IST en Angleterre et au Pays de Galles, y compris les systèmes récemment instaurés ou en cours de développement, afin de répondre à la nécessité d'obtenir des données de surveillance plus détaillées sur les IST.

Introduction

La surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) doit fournir des données pertinentes, exactes et actualisées afin d'alimenter les activités de contrôle et de prévention. Des systèmes efficaces doivent permettre une évaluation quantitative de la fréquence et de la distribution des cas d'infections aiguës, de leurs séquelles et des structures médicales où les cas sont diagnostiqués et traités. La surveillance des IST doit également être capable de détecter des variations d'incidence parmi les groupes les plus à risque tels que les hommes homosexuels, les adolescents, les femmes en âge de procréer, les émigrés de fraîche date, et les personnes souffrant d'épisodes multiples de IST, afin de permettre le développement de stratégies d'intervention ciblées.

En Angleterre et au Pays de Galles, les données de surveillance des IST sont régulièrement analysées par le Centre de surveillance des maladies transmissibles (Communicable Disease Surveillance Centre) et sont retransmises en routine aux responsables de la promotion de la santé sexuelle : gouvernement, autorités sanitaires, services d'éducation et cliniciens. Cependant, de nombreux systèmes actuels de surveillance ne fournissent pas les données nécessaires sur les facteurs de risque, ont une couverture insuffisante et ne sont pas assez actualisés. Néanmoins, depuis le premier article paru sur ce thème dans *Eurosurveillance* en 1998, plusieurs nouvelles initiatives ont été introduites (1). Bien que les statistiques en routine portant sur les diagnostics effectués dans les cliniques génito-urinaires (GUM clinics - formulaires de déclaration KC60) restent le pilier de la surveillance des IST en Angleterre et au Pays de Galles, un programme de recueil de données étendues est actuellement mis en place dans ces centres des régions de Londres et du sud-est de l'Angleterre. Ce programme pilote permettra la mise en place du nouveau système à l'échelle nationale. Une nouvelle initiative portant sur la surveillance de la prévalence et des facteurs de risques associés à la résistance aux antibiotiques des infections gonococciques a également été introduite, elle complète la surveillance de la résistance aux antibiotiques menée par le Laboratoire de référence des infections génito-urinaires (Genitourinary Infection Reference Laboratory, GUIRL). Ces dernières années en Angleterre, l'émergence des épidémies de IST, en particulier la syphilis, a stimulé le développement d'un plan de contrôle, ➤

Surveillance of sexually transmitted infections in England and Wales

Gwenda Hughes¹, Thomas Paine¹, Daniel Thomas²

¹ Public Health Laboratory Service (PHLS) Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC), Colindale, London, UK

² PHLS CDSC (Wales), Cardiff, UK

Surveillance of sexually transmitted infections (STIs) in England and Wales has, in the past, relied principally on aggregated statistical data submitted by all genitourinary medicine clinics to the Communicable Disease Surveillance Centre, supplemented by various laboratory reporting systems. Although these systems provide comparatively robust surveillance data, they do not provide sufficient information on risk factors to target STI control and prevention programmes appropriately. Over recent years, substantial rises in STIs, the emergence of numerous outbreaks of STIs, and changes in gonococcal resistance patterns have necessitated the introduction of more sophisticated surveillance mechanisms. This article describes current STI surveillance systems in England and Wales, including new systems that have recently been introduced or are currently being developed to meet the need for enhanced STI surveillance data.

Introduction

Surveillance of sexually transmitted infections (STIs) should provide relevant, accurate, and timely data to inform control and prevention initiatives. Effective systems should enable the quantitative assessment of the frequency and distribution of acute infections, their sequelae, and the clinical settings in which patients with STIs are diagnosed and treated. Further, they should be able to detect changes in incidence in those at greatest risk of infection, such as homosexual men, adolescents, women of childbearing age, recent immigrants, and people who suffer multiple episodes of STIs so that targeted intervention strategies can be developed.

In England and Wales, STI surveillance data are analysed regularly by the Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC) and fed back routinely to those responsible for sexual health promotion such as the government, health authorities, education departments, and clinicians. Many current surveillance systems do, however, not provide necessary information on risk factors, have poor coverage, and are not sufficiently timely. Nevertheless, since the first article on STI surveillance in England and Wales in *Eurosurveillance* appeared in 1998 (1), several new initiatives have been introduced that are starting to address these issues. Although routine statistics on diagnoses made in genitourinary medicine (GUM) clinics (KC60 statistical returns) remain the mainstay of STI surveillance in England and Wales, a programme to collect enhanced data from GUM clinics in the London and south east regions of England is currently being implemented as a pilot for introducing such a system at the national level. A new initiative for monitoring the prevalence and risk factors associated with antimicrobial resistant gonococcal infections, which complements the antimicrobial susceptibility surveillance undertaken by the Genitourinary Infection Reference Laboratory (GUIRL), has also recently been introduced. In England over the past few years, the emergence of outbreaks of STIs, particularly syphilis, has stimulated the development of an STI outbreak control plan, which will provide important surveillance data on these outbreaks. ➤

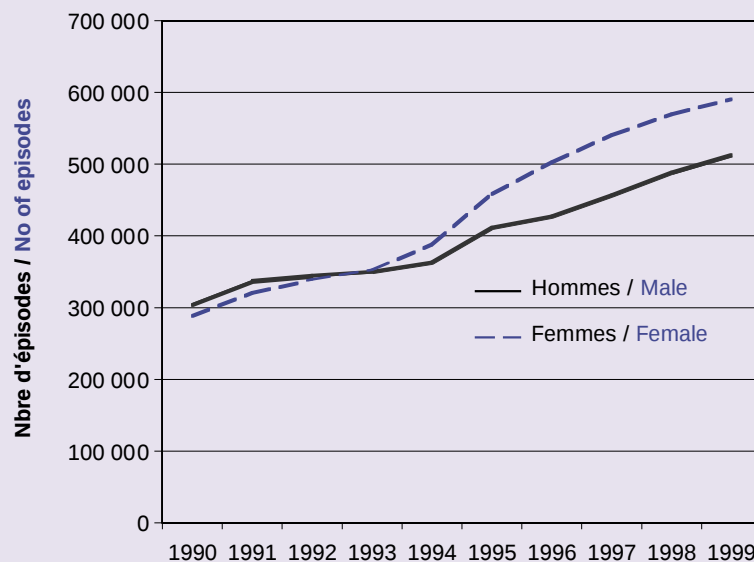
Tableau 1 / Table 1
Codes KC60 / KC60 codes

Syphilis infectieuse secondaire et primaire	Primary and secondary infectious syphilis
Syphilis précoce latente	Early latent syphilis
Autres syphilis	Other acquired syphilis
Syphilis congénitale < à 2 ans	Congenital syphilis, < 2 years
Syphilis congénitale > à 2 ans	Congenital syphilis, > 2 years
Traitement de syphilis suspecte	Epidemiological treatment of suspected syphilis
Gonorrhée sans complications	Uncomplicated gonorrhoea
Ophthalmie du nouveau-né gonococcique	Gonococcal ophthalmia neonatorum
Traitement de gonorrhée suspecte	Epidemiological treatment of suspected gonorrhoea
Complications gonococciques	Gonococcal complications
Herpès simplex anogénital – premier épisode	Anogenital herpes simplex – first attack
Herpès simplex anogénital – récursive	Anogenital herpes simplex – recurrence
Condylomes – premier épisode	Anogenital warts – first attack
Condylomes – récursive	Anogenital warts – recurrence
Condylomes – cas re-déclarés	Anogenital warts – reregistered cases
Molluscum contagiosum	Molluscum contagiosum
Hépatite B à antigène positif	Antigen positive viral hepatitis B
Autre hépatite virale	Other viral hepatitis
Chancres mou / Lymphogranulomatose vénérienne / Granulome inguinal	Chancroid / LGV / Donovanosis
Infection à Chlamydia sans complications	Uncomplicated chlamydial infection
Infection à Chlamydia avec complications	Complicated chlamydial infection
Conjonctivite gonococcique du nouveau-né	Chlamydial ophthalmia neonatorum
Traitement de Chlamydia suspecte	Epidemiological treatment of suspected chlamydia
Urétrite non gonococcique non spécifique sans complications chez les hommes	Uncomplicated non-gonococcal, non-specific urethritis in males
Traitement de l'infection génitale non spécifique	Epidemiological treatment of non-specific genital infection
Infection non gonococcique non spécifique avec complications	Complicated non-gonococcal, non-specific infection
Trichomonase	Trichomoniasis
Vaginose bactérienne anaérobie et infection chez l'homme	Anaerobic/bacterial vaginosis and male infection
Autres vaginoses / vaginites / balanites	Other vaginosis / vaginitis / balanitis
Candidose anogénitale	Anogenital candidosis
Traitement de C6 et C7	Epidemiological treatment of C6 and C7
Gale / pédiculose du pubis	Scabies / Pediculosis pubis
Infection des voies urinaires	Urinary tract infection
Autres conditions nécessitant un traitement dans une GUM	Other conditions requiring treatment at GUM clinic
Autres épisodes sans traitement nécessaire	Other episodes not requiring treatment
Autres conditions mentionnées ailleurs (jusqu'en 1994)	Other conditions referred elsewhere (up to 1994)
Infection à VIH asymptomatique – première présentation	Asymptomatic HIV infection – first presentation
Infection à VIH asymptomatique – présentation ultérieure	Asymptomatic HIV infection – subsequent presentation
Infection à VIH avec symptômes (hors Sida) – première présentation	HIV infection with symptoms, not AIDS – first presentation
Infection à VIH avec symptômes, (hors Sida) – présentation ultérieure	HIV infection with symptoms, not AIDS – subsequent presentation
Sida – première présentation	AIDS – first presentation
Sida – présentation ultérieure	AIDS – subsequent presentation
Recommandations de recherche d'anticorps VIH - avec test	HIV antibody counselling - with testing
Recommandations de recherche d'anticorps VIH - sans test	HIV antibody counselling - without testing
Vaccination contre l'hépatite B	Hepatitis B vaccination
Planning familial	Family planning
Cytologie cervicale	Cervical cytology
Cytologie cervicale – anomalie mineure	Cervical cytology – minor abnormality
Cytologie cervicale – anomalie majeure	Cervical cytology – major abnormality

► qui permettra de fournir des données de surveillance importantes sur ces épidémies. Nous décrivons dans cet article les systèmes actuels de surveillance des IST en Angleterre et au Pays de Galles en terme de détail, qualité et couverture des données produites. Nous présentons certaines des données pour illustrer les tendances récentes en Angleterre et au Pays de Galles, mais ne traitons pas des systèmes de surveillance dédiés spécialement à la surveillance de l'infection à VIH. ►

Figure 1

Nouveaux épisodes observés dans les cliniques génito-urinaires, Angleterre et Pays de Galles, 1990-1999 / All new episodes seen in GUM clinics, England and Wales, 1990 to 1999



► In this article, we describe current surveillance systems for STIs in England and Wales in terms of the detail, quality, and coverage of the surveillance data they produce. We present some of these data to illustrate recent trends in STIs in England and Wales. We are, however, excluding those surveillance systems specifically designed to monitor HIV infection.

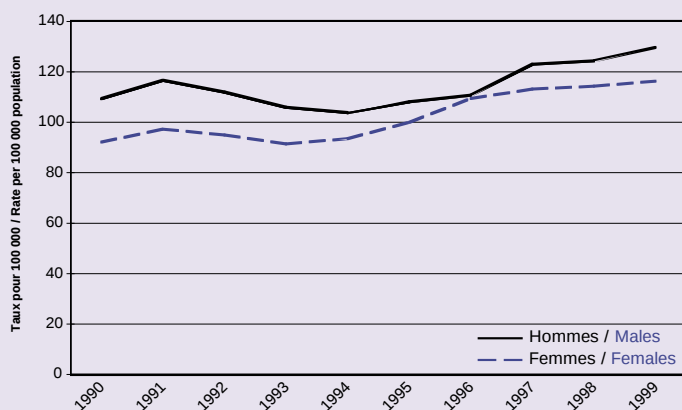
Current surveillance systems in England and Wales

The following surveillance systems collect data on sexually transmitted infections in England and Wales : ►

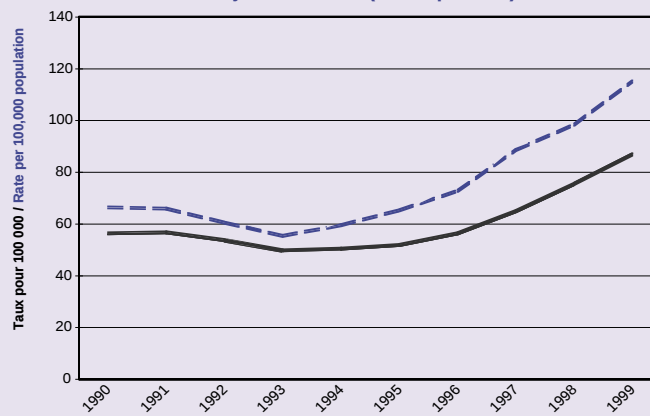
Figure 2

Taux de IST sélectionnées rapportées dans les GUM, Angleterre et Pays de Galles, 1990 à 1999 / Rates of selected STIs seen in GUM clinics, England and Wales, 1990 to 1999

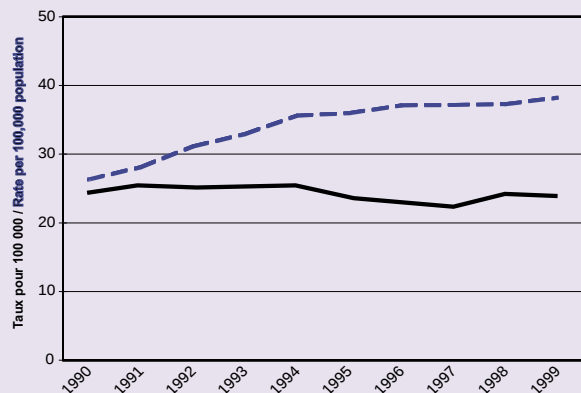
a. Condylomes (premier épisode) / Genital warts (first attack)



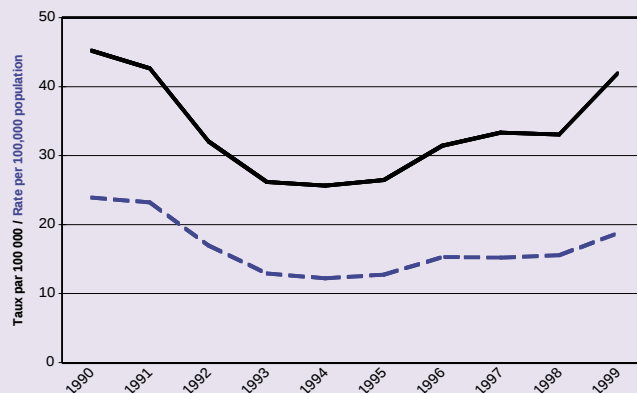
b. Chlamydiae génitale (sans complication) / Genital chlamydial infection (uncomplicated)



c. Virus d'herpès génital (premier épisode) / Genital herpes simplex virus (first attack)



d. Gonorrhée (sans complication) / Gonorrhoea (uncomplicated)



Les systèmes de surveillance actuels

Les systèmes de surveillance suivants recueillent les données sur les infections sexuellement transmissibles en Angleterre et au Pays de Galles :

1. Rapports statistiques (KC60) des cliniques génito-urinaires transmis au PHLS Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC).

2. Projet pilote de surveillance améliorée des IST à Londres et dans la région du sud-est de l'Angleterre mené par le CDSC.

3. Déclarations des IST envoyées au CDSC par les laboratoires.

4. Surveillance de la résistance aux antibiotiques des souches de gonocoques par le GUIRL (Laboratoire de Référence des Infections vénériennes du PHLS, Genitourinary Infection Reference Laboratory).

5. Surveillance de la prévalence, et des facteurs de risque associés à la résistance aux antibiotiques des souches de gonocoques par le programme de surveillance

Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme (GRASP).

6. Surveillance étendue des infections génitales à chlamydia par le programme pilote de dépistage des chlamydias génitales.

7. Surveillance de la syphilis infectieuse et congénitale (*Treponema pallidum*) par déclaration de laboratoire renforcée (par cinq laboratoires du PHLS disposant de techniques de référence).

8. Surveillance étendue des épidémies de IST par la mise en place du plan de contrôle des épidémies de IST.

1. Les formulaires KC60

En Angleterre et au Pays de Galles, toutes les cliniques génito-urinaires doivent obligatoirement compléter et envoyer au CDSC un for-

1. Statistical returns (KC60) from GUM clinics made to CDSC.

2. Enhanced surveillance of STIs pilot project in London and south east England undertaken by CDSC.

3. Laboratory reports of STIs sent to CDSC.

4. Surveillance of antimicrobial resistant gonococcal strains by the GUIRL.

5. Surveillance of the prevalence of, and risk factors associated with, antimicrobial resistant gonococcal strains through the Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme (GRASP).

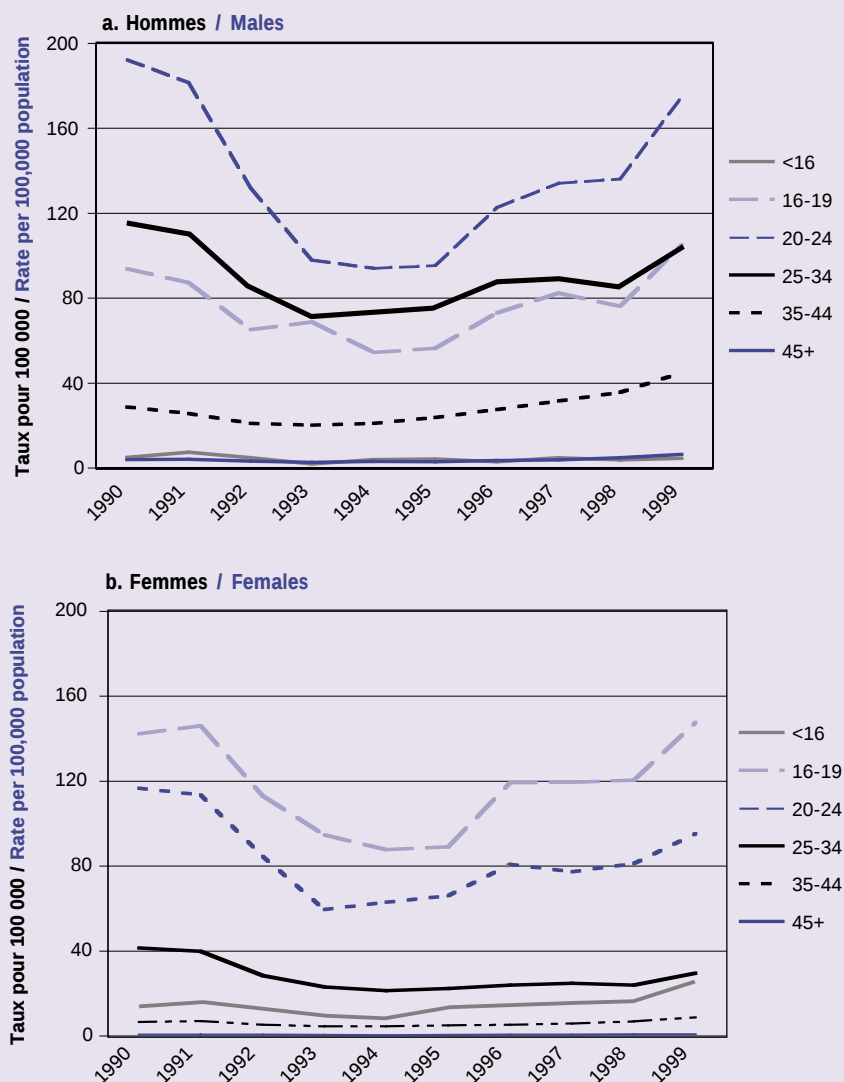
6. Enhanced surveillance of genital chlamydial infection through the genital chlamydia screening pilot.

7. Infectious and congenital syphilis (*Treponema pallidum*) surveillance through enhanced laboratory reporting (by five PHLS laboratories with reference facilities).

8. Enhanced surveillance of STI outbreaks through implementation of an STI outbreak control plan.

Figure 3

Taux de gonorrhées sans complication observées dans les GUM par groupes d'âges, Angleterre et Pays de Galles, 1990 à 1999 / Rates of uncomplicated gonorrhoea seen in GUM clinics by age group, England and Wales, 1990 to 1999



1. KC60 returns

All GUM clinics in England and Wales have a statutory obligation to complete an aggregate statistical return (known as form KC60) of all attendances in the previous quarter and send it to CDSC. Data from clinics in England are sent to CDSC (Colindale) in London and from clinics in Wales to CDSC (Wales) in Cardiff. Each diagnosis at a clinic is assigned a KC60 code, which defines the condition or conditions with which the patient presented (table 1). It is usual practice for GUM clinics to seek laboratory confirmation of a diagnosis, where appropriate, although the type of microbiological test done may vary (for example, genital chlamydial infection may be diagnosed by enzyme assay or by ligase chain reaction). Data collected on form

mulaire (appelé KC60) indiquant toutes les consultations du trimestre précédent. Les données provenant des cliniques situées en Angleterre sont transmises au CDSC (Colindale) à Londres, celles du Pays de Galles sont envoyées au CDSC (Pays de Galles) à Cardiff. Chaque diagnostic effectué dans une clinique est répertorié en fonction du code KC60 qui définit la ou les infections que le patient présentait (tableau 1). Les cliniques génito-urinaires recherchent habituellement une confirmation du diagnostic par le laboratoire si nécessaire, bien que les tests microbiologiques effectués varient (par exemple, la chlamydiae génitale peut être diagnostiquée par test immunoenzymatique ou ligation en chaîne (ligase chain reaction)). Les données recueillies par le formulaire KC60 incluent l'identification de la clinique, le type d'infection (code KC60), le sexe, le nombre de cas masculins dont l'infection a été acquise par des relations homosexuelles (pour certaines infections uniquement), et le groupe d'âge (pour certaines infections uniquement).

Les analyses réalisées à partir de ces formulaires sont publiées chaque trimestre dans le Communicable Disease Report (CDR) (2-4). Une compilation des données statistiques provenant de cliniques de tout le territoire et portant sur les 10 dernières années a également été publiée récemment (5). Les figures 1 et 2 présentent le nombre total des nouveaux épisodes observés et les pourcentages des diagnostics de quatre principales IST en Angleterre et au Pays de Galles au cours de 10 dernières années. Le nombre total des nouveaux épisodes a presque doublé en 10 ans, avec une hausse soutenue des diagnostics de IST aiguës les plus sévères depuis 1995. Pour la plupart des IST, les taux les plus élevés et les augmentations les plus fortes ont été observés chez les femmes âgées de 16 à 19 ans et chez les hommes de 20 à 24 ans (figure 3, pour la gonorrhée). Ces hausses reflètent probablement l'augmentation des comportements sexuels à risque, mais elles peuvent également s'expliquer par un dépistage croissant résultant d'une sensibilisation plus grande du public et des professionnels de santé vis à vis des chlamydias génitales (5).

Les formulaires statistiques KC60 sont essentiels à la surveillance des IST en Angleterre et au Pays de Galles, car ils sont renvoyés par toutes les cliniques génito-urinaires (une obligation depuis 1916 (6)), englobent un large éventail d'infections et fournissent des tendances fiables pour de nombreuses IST (mais pas toutes). Malheureusement seules les données agrégées sont recueillies, ce qui limite la qualité des informations collectées. Ainsi, les formulaires KC60 donnent peu de renseignements sur les facteurs de risque et ne peuvent être utilisés pour décrire les caractéristiques des patients souffrant de IST aiguës et répétées, et ceux qui souffrent de plusieurs IST concomitantes, c'est à dire les plus exposés. Enfin ces questionnaires ne couvrent pas les cas d'IST vus en dehors des cliniques.

2. Projet pilote de surveillance étendue des IST à Londres et dans la région sud-est de l'Angleterre

Afin de surveiller les changements chez les personnes les plus à risque de contracter une IST, il est nécessaire d'obtenir des données ►

KC60 include GUM clinic, condition (KC60 code), sex, number of male cases that were homosexually acquired (selected conditions only), and age group (selected conditions only).

Analyses based on KC60 statistical returns are published quarterly in the *Communicable Disease Report (CDR)* (2-4), and a report compiling statistical data from GUM clinics throughout the United Kingdom (UK) over the past 10 years has also been published recently (5). The total number of all new epi-

sodes seen and rates of diagnoses of four important STIs in England and Wales over the past 10 years are presented (figures 1 and 2). The total number of new episodes has almost doubled over the past 10 years, and there has been a sustained rise in diagnoses of most acute STIs since 1995. For most STIs, the highest rates and the largest rises

have been among women aged 16–19 and men aged 20–24 (figure 3, showing gonorrhoea). These rises probably reflect increasing unsafe sexual behaviour (5). But the rise in genital chlamydial infection may also be explained by increased testing in the wake of heightened public and professional awareness of this infection (5).

KC60 statistical returns are fundamental to STI surveillance in England and Wales because they are returned by all GUM clinics (a statutory obligation since 1916 (6)), cover a wide range of conditions, and provide robust trend data for many (but not all) STIs. Unfortunately, only aggregated data are collected, which severely restricts the amount of data items that can be collected. Consequently, KC60 statistics have little information on risk factors and cannot be used to describe the characteristics of those repeatedly acquiring acute STIs, or those who present with more than one STI at any point in time – those typically at highest risk. Furthermore, they provide no information on cases of STIs seen outside GUM clinics.

2. Enhanced surveillance of STIs pilot project in London and south east England

In order to be able to monitor changes in those at greatest risk of acquiring STIs, data at the individual patient level are required so that sufficient details on risk factors can be collected. Such a surveillance system is now being piloted in London and the south east of England, by unifying and expanding two distinct systems that have been operating concurrently.

The data items collected by the pilot project are shown in table 2. The patients' clinic numbers are collected to allow matching of multiple records per patient, but GUM clinics do not provide any additional information that would allow the patient to be identified (CDSC does not have access to patient case notes). The data provided do not constitute personal data as defined in the UK. Data Protection Act 1998 (7), which is based on the European directive on patient protection (8). CDSC is unable to identify individuals from the data provided by the clinic. As such, a recent ►

Tableau 2 / Table 2	
Eléments recueillis par le projet pilote de surveillance améliorée des IST / Data items collected by enhanced STI surveillance pilot project	
Identifiant de la clinique	Clinic identifier
Numéro du patient	Patient number
Sexe	Sex
Date de naissance	Date of birth
Code postal du lieu de résidence	Postal code of residence
Autorité sanitaire du lieu de résidence	Health authority of residence
Origine ethnique	Ethnic origin
Date de la première consultation dans une GUM	Date of first attendance at GUM clinic
Code diagnostic (KC60)	Diagnosis code (KC60)
Mode d'acquisition (hétérosexuellement ou homosexuellement)	Mode of acquisition (heterosexually or homosexually)
Date de diagnostic	Date of diagnosis
Date(s) de consultation	Date/s of attendance
Catégorie de consultation	Attendance category

individuelles pour en tirer des informations suffisantes sur les facteurs de risque. Un système pilote de surveillance est actuellement instauré à Londres et dans le sud-est de l'Angleterre, en fusionnant et en étenant deux systèmes distincts, jusque là concurrents.

Le tableau 2 présente les données recueillies par ce projet pilote. Le nombre de patients dans les cliniques est recensé pour permettre l'appariement des dossiers multiples par patient. Mais les cliniques génito-urinaires ne fournissent aucune information permettant d'identifier le patient (le CDSC n'a pas accès aux dossiers médicaux). Les données recueillies ne correspondent pas à des données personnelles, comme l'exige le décret UK Data Protection Act 1998 (7), basé sur la directive européenne sur la protection des patients (8). Il est impossible au CDSC d'identifier les patients d'après les seules informations fournies par les cliniques. C'est ainsi qu'une décision de justice récente a précisé que l'utilisation de ces données à des fins de santé publique ne nuisait pas à leur confidentialité (9).

Le projet fournira des informations pour suivre les groupes à risque présentant les taux les plus élevés d'infection, des infections associées, et des ré-infections. En particulier, il permettra d'analyser les différences d'incidence et de distribution des IST par groupe ethnique et lieu de résidence. La surveillance par ethnie a été mise en place par le Service National de Santé (NHS) depuis 1995 au Royaume-Uni. Elle est perçue comme une variable importante dans la compréhension des variations sur l'issue de la maladie et l'état de santé, et comme une donnée essentielle pour cibler les actions de santé publique. Au Royaume-Uni, les catégories ethniques sont étroitement corrélées aux caractéristiques socio-culturelles des sous-groupes de population (10), et des études antérieures ont montré des différences dans les comportements sexuels et les modes de vie des groupes ethniques britanniques (11). Ces disparités existent quelles que soient les différences socio-économiques et révèlent l'impact majeur de la culture sur le comportement sexuel.

S'il réussit à améliorer la surveillance des IST à Londres et dans le sud-est de l'Angleterre, ce projet pilote ou une version modifiée sera probablement étendu au reste de l'Angleterre et éventuellement au Pays de Galles. L'extension des séries de données à inclure (nombre de partenaires sexuels, antécédents de IST, source de référence) est actuellement en cours de révision.

3. Déclarations universelles de laboratoires

Tous les laboratoires de microbiologie en Angleterre et au Pays de Galles sont invités à déclarer au CDSC les infections génitales à herpès simplex, la syphilis, les infections gonococciques, et les chlamydias génitales. Ce centre reçoit aussi des rapports ponctuels sur d'autres IST et des données supplémentaires sur la syphilis sont fournies par le programme de déclaration des laboratoires de référence. Tous les laboratoires de santé publique (57 au total), 195 laboratoires du Service National de Santé et 11 laboratoires privés produisent régulièrement des rapports, de même que tous ceux du Pays de Galles. Ces déclarations comportent en routine les données sur le laboratoire, l'identification du patient, la date de naissance et le sexe, le germe en cause, la date de début de la maladie, le(s) type(s) et date(s) de prélèvement, le(s) méthode(s) d'identification, les tableaux cliniques et la sensibilité aux antibiotiques. Chaque déclaration fait référence au diagnostic d'un germe chez chaque patient. La déclaration par les laboratoires a récemment été complétée pour inclure des données fiables sur la source de référence et les déclarations électroniques. Ces données sont publiées chaque trimestre dans le *CDR* avec les statistiques KC60 (2, 3, 12, 13).

Les déclarations des IST par les laboratoires fournissent des informations sur les diagnostics réalisés dans d'autres structures médicales que les GUM clinics et sur le typage des germes (distinction entre l'herpès génital simplex de type 1 ou 2). La qualité des données

► UK judicial ruling has indicated that there is no breach of confidentiality in using these data for public health purposes (9).

The project will provide information for monitoring those risk groups experiencing the highest rates of infection, concurrent infection, and reinfection. In particular, it will allow analyses of differences in the incidence and distribution of STIs by ethnic group and area of residence. Ethnicity monitoring has been implemented throughout the National Health Service (NHS) in the UK since 1995 and is considered to be an important variable in understanding variations in disease outcome and health status. It is also seen as vital for targeting public health interventions. In the UK, the ethnicity categories are closely correlated to sociocultural characteristics of the population subgroups (10), and previous studies have shown variations in sexual attitudes and lifestyles of Britain's ethnic groups (11). These variations occur irrespective of socioeconomic difference and point to strong cultural influences on sexual behaviour.

If this pilot project proves to be successful in enhancing STI surveillance in London and south east England, then it is anticipated that it, or a modified version, will eventually be rolled out to cover the rest of England and potentially Wales. Expansion of the data set to include other variables such as number of sexual partners, previous history of STIs, and source of referral is currently being reviewed.

3. Universal laboratory reporting

All microbiology laboratories in England and Wales are invited to report genital herpes simplex, syphilis, gonococcal, and genital chlamydial infections to CDSC on a voluntary basis. Occasional reports of other STIs are also received, and additional data on syphilis infections are reported separately through a reference laboratory reporting scheme. Regular reports are received from all 57 public health laboratories, 195 NHS laboratories, and 11 private laboratories. All of the public health and NHS laboratories in Wales report. Data on laboratory, patient identification, date of birth, sex, organism, date of onset, specimen type(s) and date(s), identification method(s), clinical features, and antimicrobial susceptibilities are routinely collected on these reports. Each report refers to a diagnosis of an organism in an individual patient. Laboratory reporting has recently been augmented to include reliable information on source of referral and to streamline electronic reporting. Laboratory data are published quarterly in the *CDR* along with KC60 data (2, 3, 12, 13).

Laboratory reports of STIs provide information on the diagnosis of STIs in settings other than GUM clinics and on organism typing, such as distinguishing genital herpes simplex types 1 and 2. The quality of data is, however, variable, and not all laboratories report. This is a particular problem in London, where a significant proportion of STI diagnoses in England and Wales are seen. This poor coverage, together with their lack of data on risk factors, precludes the use of laboratory reports to measure rates of infection in groups with a particular behavioural risk and compromises analyses of trends over time. Duplicate reporting is an additional problem, for example, when a patient's specimen is sent for testing from a general practice surgery and again from a GUM clinic after referral.

► est variable, et tous les laboratoires ne déclarent pas. Cela constitue un problème particulier à Londres, où l'on observe une proportion importante des diagnostics de IST observés en Angleterre et au Pays de Galles. Cette faible couverture, associée au manque de données sur les facteurs de risque, exclut l'utilisation des déclarations de laboratoires pour évaluer les taux d'infection dans les groupes ayant un comportement sexuel à risque particulier, et compromet l'analyse des tendances au cours du temps. Les doublons représentent également un autre problème, quand par exemple, le prélèvement d'un patient d'un cabinet de médecine générale est envoyé pour analyse, puis après transmission à un spécialiste, ré-envoyé par une clinique GUM.

4. Déclaration des gonocoques résistants aux antibiotiques par les laboratoires

Le GUIRL est un outil de référence qui produira à terme une variété de services. À l'heure actuelle, ses principales fonctions de surveillance consistent à caractériser la sensibilité des souches de *Neisseria gonorrhoeae* aux antibiotiques, à analyser les isolats du GRASP et à contribuer au programme de surveillance de la syphilis. Le laboratoire conserve en culture un large éventail de souches de *N. gonorrhoeae* et fournit au CDSC les données de surveillance : nom du laboratoire, site de l'infection, sexe du patient, comportement sexuel, pays de naissance du patient, origine ►

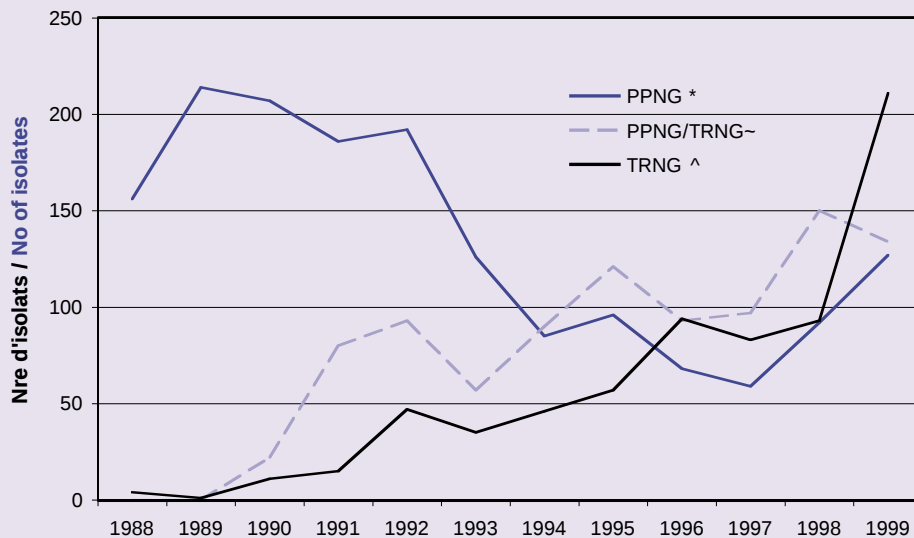
4. Laboratory reporting of antibiotic resistant gonococci

The GUIRL is a reference facility that will ultimately provide a wide range of services. Currently, its main surveillance functions

are the characterisation of the antibiotic resistance status of strains of *Neisseria gonorrhoeae*, receiving GRASP isolates for testing and input to the augmented syphilis surveillance scheme. The laboratory maintains a large culture collection of strains of *N. gonorrhoeae* and provides monitoring data, including laboratory, site of infection, sex of patient, sexual orientation, country of birth, ethnicity of patient, geographical area where infection was acquired, and type of antibiotic resistance, to CDSC. Tests on gonococci include agar dilution sensitivity testing, plasmid identification, and auxotype and antigenic typing. A culture collection of *Chlamydia trachomatis* is also being assembled. Data collected through this facility are published annually in the CDR, usually with KC60 and routine laboratory data on uncomplicated gonorrhoea (13). Between 1997 and 1999 the number of gonococcal isolates exhibiting plasmid mediated penicillin resistance (PPNG) more than doubled (figure 4a). Further, throughout the 1990s there has been an increasing trend in the number of PPNG isolates with additional high level plasmid mediated ►

Figure 4a

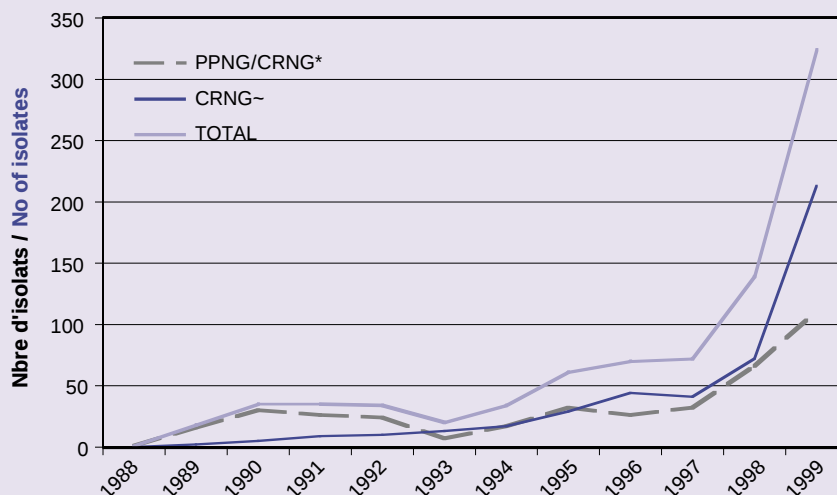
Évolution de la résistance plasmidique aux antibiotiques chez *N. Gonorrhoeae*, Angleterre et Pays de Galles, 1998 à 1999 / Trends in plasmid-mediated antimicrobial resistant *N. gonorrhoeae*, England and Wales 1988 to 1999



*PPNG *N. gonorrhoeae* produisant de la pénicillinase / Penicillinase-producing *N. gonorrhoeae*
 ~PPNG/TRNG *N. gonorrhoeae* résistant à la pénicillinase et hautement résistant à la tétracycline / Penicillinase-producing and high level tetracycline resistant *N. gonorrhoeae*
 ^TRNG *N. gonorrhoeae* hautement résistant à la tétracycline (plasmide) / High-level tetracycline resistant *N. gonorrhoeae* (plasmid)

Figure 4b

Évolution des souches de *N. Gonorrhoeae* de sensibilité réduite à la ciprofloxacine, Angleterre et Pays de Galles, 1998 à 1999 / Trends in *N. Gonorrhoeae* strains with reduced susceptibility to ciprofloxacin, England and Wales 1998 to 1999



* PPNG/CRNG *N. gonorrhoeae* produisant de la pénicillinase et de sensibilité réduite à la ciprofloxacine / Penicillinase producing *N. gonorrhoeae* with decreased susceptibility to ciprofloxacin
 ~ CRNG *N. gonorrhoeae* de sensibilité réduite à la ciprofloxacine : MIC-0,05mg/l / *N. gonorrhoeae* with decreased susceptibility to ciprofloxacin: MIC-0.05mg/l

► ethnique, zone géographique où l'infection a été acquise, et type de résistance aux antibiotiques. Les analyses sur les gonocoques comprennent le test de sensibilité par dilution d'agar, l'identification du plasmide, l'auxotype et le typage antigénique. Une collection de cultures de *Chlamydia trachomatis* est également en cours. Les données recueillies par ce biais sont publiées chaque année dans le CDR, de même que les formulaires KC60 et les données de laboratoires en routine sur la gonorrhée sans complication (13). Entre 1997 et 1999, le nombre de souches gonocoques isolées révélant une résistance plasmidique à la pénicilline (PPNG) a plus que doublé (figure 4a). De plus, au cours des années 1990, on a observé une augmentation du nombre de souches PPNG hautement résistantes à la tétracycline (PPNG/TRNG) (résistance plasmidique élevée). Le nombre de souches à sensibilité réduite à la ciprofloxacine (CRNG) augmentent de manière régulière depuis 1993 (figure 4b).

Le GUIRL recueille un nombre important de données sur les patients ayant contracté des gonococcies résistantes aux antibiotiques, ce qui permet de caractériser des profils détaillés de facteurs de risque de ces patients. De telles informations n'étant malheureusement pas disponibles pour les souches sensibles, il est impossible d'évaluer la proportion des patients atteints de gonococcies résistantes en Angleterre et au Pays de Galles.

5. Programme de surveillance des gonococcies résistantes aux antibiotiques (GRASP)

En juin 2000, le CDSC, le GUIRL, et l'Imperial College (Londres) ont lancé un nouveau programme de surveillance sentinelle pour contrôler les gonococcies résistantes aux antibiotiques en Angleterre et au Pays de Galles – the Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme (GRASP). L'initiative entreprise en collaboration avec la Société Médicale pour l'étude des maladies vénériennes (Medical Society for the Study of Venereal Diseases) et le Laboratoire de référence écossais pour *N. gonorrhoeae* (Scottish *N. gonorrhoeae* reference laboratory), est financée par le Service de la Santé britannique. Les objectifs clés sont de déterminer la prévalence et la distribution géographique de la résistance aux antibiotiques de *N. gonorrhoeae*, d'identifier les associations cliniques et épidémiologiques pertinentes, et d'informer sur les recommandations efficaces et rentables de prescriptions d'antibiotiques pour *N. gonorrhoeae*. Chaque année, entre juin et août (inclus), le GRASP recueille les données microbiologiques et cliniques sur toutes les souches de gonocoques résistantes et sensibles isolées par les laboratoires sélectionnés, qui couvrent toutes les régions sanitaires d'Angleterre et du Pays de Galles. Les données du GRASP sont basées sur les patients et contiennent toute une gamme de variables démographiques, cliniques et comportementales obtenues en routine à partir des formulaires KC60 et des déclarations de laboratoire universelles. Cela fournit des informations plus détaillées sur les facteurs de risque d'acquisition de la gonorrhée et permet une meilleure compréhension de la maladie et des profils de résistance chez les groupes à risque, tels que les hommes homosexuels et bisexuels, et les minorités ethniques. De plus, en prenant tous les isolats soumis aux laboratoires sélectionnés entre juin et août chaque année, le GRASP peut fournir une évaluation directe et fiable de la prévalence de la résistance aux antibiotiques en Angleterre et au Pays de Galles, contrairement aux déclarations des laboratoires portant sur les gonococcies résistantes aux antibiotiques. Les données obtenues par le GRASP peuvent également contribuer à définir les cibles des mesures de prévention au niveau des programmes de contrôle des maladies ou pour déterminer des indicateurs de l'issue de la maladie, pour évaluer l'efficacité des interventions dans le domaine de la santé sexuelle.

6. Dépistage pilote de chlamydiae génitale

Un dépistage pilote de chlamydiae opportuniste financé par le Département de la Santé a été mené dans deux régions de l'Angleterre (Portsmouth et Wirral) depuis septembre 1999. Pendant

► résistance à tétracycline (PPNG/ TRNG). Strains with reduced susceptibility to ciprofloxacin (CRNG) have risen steadily since 1993 (figure 4b).

GUIRL collects a substantial body of data on individual patients with antibiotic resistant gonococcal infections, allowing detailed risk factor profiles of such patients to be characterised. Unfortunately, such information is not available for sensitive strains, so it is impossible to assess to what extent patients with resistant strains represent all patients with gonorrhoea in England and Wales.

5. Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme (GRASP)

In June 2000, CDSC, GUIRL, and Imperial College (London) launched a new national sentinel surveillance programme to monitor gonococcal antimicrobial resistance in England and Wales – the Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme (GRASP). The initiative was undertaken in collaboration with the Medical Society for the Study of Venereal Diseases and the Scottish *N. gonorrhoeae* reference laboratory and is funded by the UK Department of Health. Key objectives are to determine the prevalence and geographic distribution of *N. gonorrhoeae* antimicrobial resistance, to identify relevant clinical and epidemiological associations, and to inform rational and cost effective antimicrobial prescribing policies for *N. gonorrhoeae*.

Each year between June and August (inclusive), GRASP collects laboratory and clinical data on all resistant and sensitive gonococcal isolates from selected laboratories, which represent all health regions in England and Wales. GRASP data are patient based and contain a wider range of demographic, clinical, and behavioural variables than is routinely obtained from KC60 and universal laboratory reporting. This provides more detailed information on risk factors for acquiring gonorrhoea and enables a better understanding of disease and resistance patterns among risk groups such as homosexual and bisexual men and ethnic minorities. Furthermore, by taking all isolates submitted to selected laboratories between June and August each year, GRASP can, unlike the laboratory reporting of antibiotic resistant gonococci, provide a direct and robust estimate of the prevalence of antimicrobial resistance in England and Wales. Data obtained from GRASP may also help to define prevention targets for disease control programmes or outcome indicators for evaluating the effectiveness of sexual health interventions.

6. Genital chlamydia screening pilot

A pilot of opportunistic chlamydia screening, funded by the Department of Health, was conducted in two areas of England (Portsmouth and the Wirral) over the year beginning September 1999. During the pilot, chlamydia testing was offered to all sexually active women (and some men) aged 16 to 24 years attending various healthcare settings including general practice, family planning clinics, sexual health centres, GUM clinics, and clinics for termination of pregnancy. All chlamydia testing was done by using a ligase chain reaction test on urine samples.

The aim of the pilot was to assess the feasibility of introducing opportunistic chlamydia screening at the national level. The pilot will, however, also provide data on the prevalence of, and risk factors associated with, genital chlamydia in the general population (aged 16 to 24 years) – information that is currently not available. Data and results from the chlamydia pilot will be published later this year.

la période initiale, des tests de dépistage ont été proposés à toutes les femmes sexuellement actives (ainsi qu'à certains hommes), âgées de 16 à 24 ans et consultant dans différents centres de santé : cabinets de médecine générale, centres de planning familial, centres de santé sexuelle, cliniques génito-urinaires et cliniques pratiquant les avortements. Tous les tests pour les chlamydia ont été réalisés en utilisant une ligation en chaîne sur les prélèvements d'urine. L'objectif de la phase pilote était d'évaluer la faisabilité du dépistage de chlamydia opportuniste au niveau national. Cette phase fournira également des données sur la prévalence et les facteurs de risque associés à cette infection dans la population générale (de 16 à 24 ans), informations actuellement non disponibles. Les données et les résultats seront publiés plus tard cette année.

7. Surveillance de la syphilis

En Angleterre et au Pays de Galles, il existe cinq laboratoires de santé publique qui réalisent la sérologie de référence pour dépister le tréponème. Ils recueillent des données sur l'origine de la déclaration, le type de syphilis, les informations personnelles et démographiques, et les détails géographiques liés au patient. Les analyses sont réalisées

d'après les recommandations publiées sur les principes et la pratique du diagnostic sérologique de la syphilis (14). Ce système de surveillance aide à identifier les facteurs de risque associés aux infections syphilitiques importantes en santé publique. On estime cependant que seulement 1/6^e des cas de syphilis primaire et secondaire sont rapportés par les laboratoires de référence en raison du faible taux d'échantillons transmis par les laboratoires primaires aux laboratoires de référence du PHLS (15). Les déclarations de syphilis de 1994 à 2000, par zone probable d'acquisition, sont présentées dans la figure 5. Ces données montrent que chez les hommes, un nombre croissant de cas de syphilis sont acquis au Royaume-Uni, ce qui reflète l'augmentation des épidémies localisées, en particulier chez les hommes homosexuels (16-21). ➤

7. Surveillance for syphilis infections

There are five public health laboratories that perform reference treponemal serology in England and Wales, and these collect data on source of report, type of syphilis, and the patient's personal, demographic, and geographical details.

Testing is done according to published guidelines on the principles and practice of serological diagnosis of syphilis (14). As such, this surveillance system helps identify risk factors associated with syphilis infections of public health importance. It is estimated, however, that only about a sixth of primary and secondary infectious syphilis cases are reported through reference laboratories, owing to poor referral of specimens from primary laboratories to the PHLS reference laboratories (15). Reports of infectious syphilis from 1994 to 2000, by probable region of acquisition, are presented in figure 5. These data indicate that, among men, an increasing proportion of syphilis cases are being acquired within the UK, reflecting the increasing

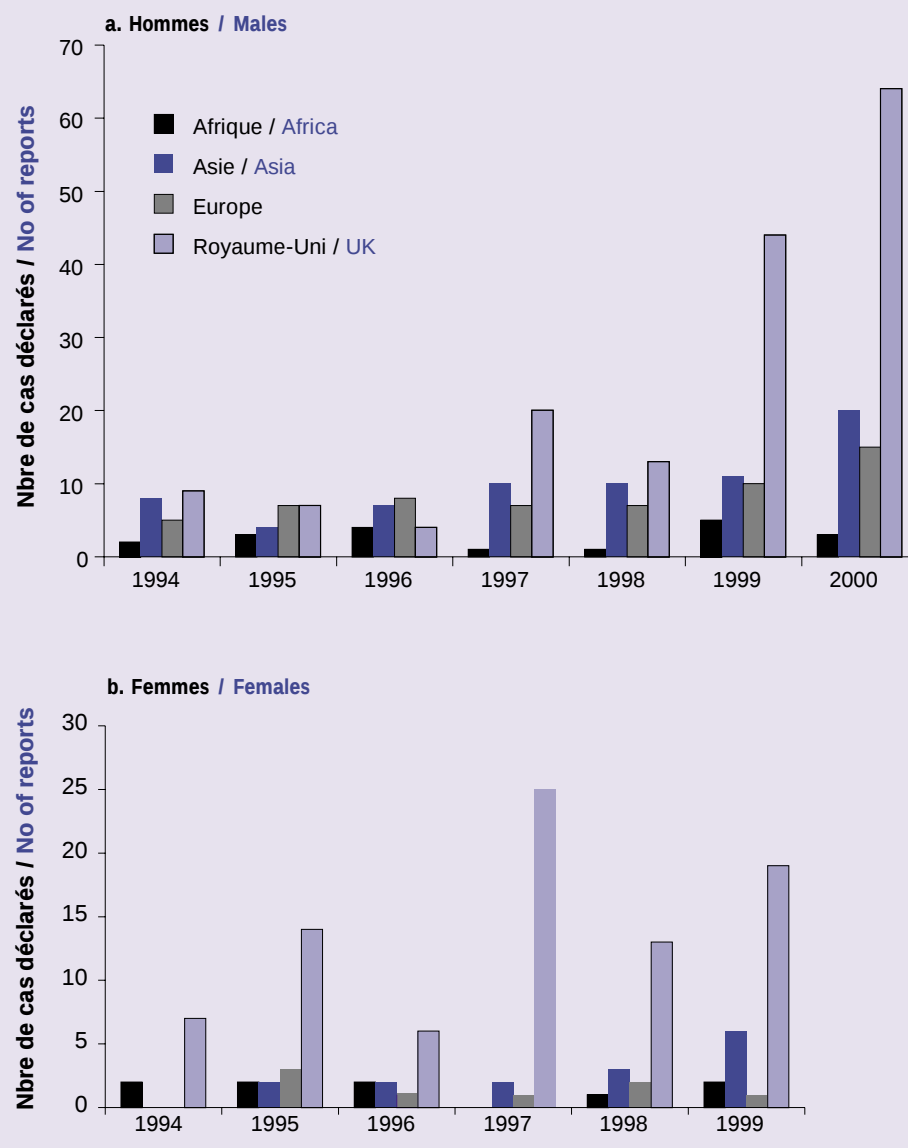
number of localised outbreaks, particularly in homosexual men (16-21).

8. Enhanced surveillance of STI outbreaks

Since 1997, reports of outbreaks of STIs, particularly syphilis, have become increasingly common in England (16-24). The outbreaks have been associated with transmission among heterosexuals as well as homosexual and bisexual men, and have characteristically involved individuals with high rates of sexual partner change, and / or comparatively limited contact with curative health services. CDSC (Colindale), in association with specialist groups in genitourinary medicine ➤

Figure 5

Surveillance de la syphilis par laboratoire de référence renforcée en Angleterre et Pays de Galles : répartition par zone probable de contamination, 1994 à 2000 / Enhanced reference laboratory syphilis surveillance in England and Wales: Infectious syphilis by probable region of acquisition, 1994 to 2000



8. Surveillance étendue des épidémies de IST

Depuis 1997, les déclarations d'épidémies de IST, en particulier la syphilis, sont de plus en plus fréquentes en Angleterre (16-24). Ces épidémies ont été associées à la transmission chez les hétérosexuels ainsi que chez les hommes homosexuels et bisexuels. Elles impliquent des personnes ayant un nombre élevé de partenaires sexuels, et/ou des personnes ayant des contacts limités avec des services de soins. Le CDSC (Colindale), en association avec des groupes spécialisés dans la médecine génito-urinaire et le contrôle des maladies transmissibles, coordonne à l'heure actuelle une nouvelle approche stratégique pour localiser, surveiller et traiter les épidémies de IST (25). Un plan de réponse épidémique est en cours de développement, il soulignera les principes sous-jacents d'une investigation épidémique, et proposera un cadre de travail dans lequel chaque département de santé opérera pour une gestion efficace des épidémies de IST. Un kit d'outils de surveillance des IST fournira des ressources clés (par exemple, questionnaires, protocoles, et supports de promotion de la santé). Ce plan de contrôle facilitera la production systématique et rapide de données de surveillance étendue sur les facteurs de risque associés, qui seront indispensables à l'élaboration des stratégies d'intervention à l'avenir.

Perspectives en termes de surveillance et de recherche

L'augmentation brutale du nombre de diagnostics de IST et l'émergence d'épidémies de IST, ces cinq dernières années en Angleterre et au Pays de Galles ont montré le besoin d'une surveillance efficace. Plusieurs nouveaux systèmes de surveillance développés récemment pour résoudre ce problème ont déjà été décrits. En particulier, l'introduction de la surveillance portant sur les patients traités dans les cliniques génito-urinaires à Londres et au sud-est de l'Angleterre fournira des informations plus détaillées sur les groupes à risque et facteurs de risque associés aux IST. Le CDSC du Pays de Galles mène parallèlement une étude sur la gestion des IST en médecine générale afin de compléter l'interprétation de ces données. D'autres initiatives incluent le programme du PHLS qui donne priorité à l'amélioration de la surveillance des chlamydias génitales, en vue de la possible introduction d'un programme national de dépistage. Dans le cadre de ce programme, le CDSC coordonne une enquête sur l'incidence et les taux de ré-infection à chlamydia, et contribue au développement de nouvelles méthodes pour surveiller les séquelles graves des chlamydias, en particulier la maladie inflammatoire pelvienne. Un travail préparatoire a été entrepris en collaboration avec le Laboratoire de référence des papillomavirus humain (PVH) à Cambridge pour mener des études épidémiologiques sur l'infection génitale humaine à PVH. Cette étude vise à documenter la surveillance de cette infection. Suite aux développements récents des tests anti-HSV 1 et 2 du Central Public Health Laboratory, le CDSC travaille actuellement sur de nouvelles possibilités d'investigation et de surveillance de l'épidémiologie du HSV-2 chez différents sous-groupes de population en Angleterre et au pays de Galles. ■

and communicable disease control, is coordinating a new strategic approach for local identification, surveillance and management of STI outbreaks (25). An STI outbreak plan is being developed, which will outline the underlying principles of outbreak investigation and proposes an organisational framework within which district health authorities should operate for effective management of STI outbreaks. An STI surveillance toolkit will bring together some of the key resources (for example, questionnaires, protocols, and health promotion resources) required for STI outbreak control. The use of this control plan will facilitate the systematic and timely provision of enhanced surveillance data on the associated risk factors, which are required to inform future intervention strategies.

Future surveillance and research developments

The sharp rise in the number of STI diagnoses and the emergence of STI outbreaks in England and Wales over the past five years have highlighted the need for effective STI surveillance. Several new surveillance systems that have recently been developed to meet this need have already been described. In particular, the introduction of patient based surveillance of GUM clinic attenders in London and south east England, will provide more detailed information on the risk groups and factors associated with STI acquisition. CDSC Wales is concurrently conducting a study investigating the management of STI in general practice in order to aid interpretation of GUM clinic surveillance data.

Further initiatives include the PHLS programme on infection with genital *Chlamydia trachomatis*, which has prioritised the enhancement of genital chlamydial infection surveillance in England and Wales in preparation for the possible introduction of a national screening programme. As part of this programme, CDSC is coordinating a study investigating the incidence and reinfection rates of chlamydia infection, and contributing to the development of new methods for monitoring the serious sequelae of chlamydial infection, particularly pelvic inflammatory disease.

Preparatory work has been under way in collaboration with the human papillomavirus (HPV) reference laboratory in Cambridge to undertake epidemiological studies of genital human HPV infection, which may inform the development of surveillance for this infection. Following the recent development of the anti-HSV-1 and 2 tests by the Central Public Health Laboratory, CDSC is developing new possibilities for investigating and monitoring the epidemiology of HSV-2 in various population subgroups in England and Wales. ■

Remerciements / Acknowledgements

Nous souhaitons remercier, pour leur aide dans la préparation de cet article : /

[We would like to thank for their help in the preparation of this article:](#)

Mike Catchpole, Marian Collins, Michael Davis, Kevin Fenton, Theresa Lamagni, Jeanne Pimenta, Ian Simms, and Kate Soldan of CDSC, and Alan Herring and Andrew Turner of GUHRL

References

1. Hughes G, Catchpole M. Surveillance of sexually transmitted infections in England and Wales. *Eurosurveillance* 1998;**3**(6):61-5.
2. CDSC. Sexually transmitted disease quarterly report: anogenital warts and anogenital herpes simplex virus infection in England and Wales. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 2000;**10**(26):230-2.
3. CDSC. Sexually transmitted diseases quarterly report: genital chlamydial infection, ectopic pregnancy, and syphilis in England and Wales. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 2000;**10**(13):116-8.
4. CDSC. Sexually transmitted infections quarterly report: bacterial vaginosis, *Trichomonas vaginalis* and candidiasis in England and Wales. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 2000;**10**(39):350-2.
5. PHLS, Department of Health, Social, Services and Public Safety, and the Scottish IS(D)S Collaborative Group. *Trends in sexually transmitted infections in the United Kingdom, 1990 to 1999*. London: Public Health Laboratory Service. 2000.
6. Royal Commission on Venereal Disease. *Final report of the commissioners*. 1st ed. London: HMSO; 1916.
7. Data Protection Act 1998. <www.hms.gov.uk/acts/acts1998/19980029.htm>
8. Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data. *Official Journal of the European Communities* No L 1995 Nov 23;38:31-55.
9. R v Department Of Health, ex parte Source Informatics Ltd and (1) Association Of the British Pharmaceutical Industry (2) General Medical Council (3) Medical Research Council (4) National Pharmaceutical Association Ltd (Interveners) (2000). *Times Law Report*, 18 Jan.
10. Fenton K, Johnson A, Nicoll A. Race, ethnicity and sexual health. *BMJ* 1998;**314**:1703-4.
11. Elam G, Fenton KA, Johnson AM, Nazroo J, Ritchie J. *Exploring ethnicity and sexual health*. London: National Centre for Social Research, 1999.
12. CDSC. Sexually transmitted diseases quarterly report: sexually transmitted diseases in England and Wales acquired through sexual intercourse with men. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 1999;**9**(18):156-7.
13. CDSC. Sexually transmitted diseases quarterly report: gonorrhoea in England and Wales. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 1999;**9**(31):270-2.
14. Egglestone SI, Turner AJL. Serological diagnosis of syphilis. *Commun Dis Publ Health* 2000;**3**(3):158-62.
15. Ratcliffe L, Nicoll A, Carrington D, Wong H, Egglestone S, Lightfoot N, et al. Reference laboratory surveillance for syphilis in England and Wales, 1994 to 1996. *Commun Dis Publ Health* 1998;**1**:14-21.
16. CDSC. An outbreak of infectious syphilis in Bristol. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 1997;**7**(33):291.
17. CDSC. Enhanced surveillance for heterosexually acquired syphilis in London and the former North East Thames region. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 1999;**9**(31):269.
18. CDSC. Increased transmission of syphilis in men who have sex with men reported from Brighton and Hove. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 2000;**10**(20):177,180.
19. CDSC. Increased transmission of syphilis in Brighton and Greater Manchester among men who have sex with men. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 2000;**10**(43):383-6.
20. CDSC. Outbreak of heterosexually acquired syphilis in Cambridgeshire. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 2000;**10**(45):401-4.
21. CDSC. Increased transmission of syphilis in Manchester. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 2000;**10**(10):89.
22. CDSC. Increase in gonorrhoea cases in Grimsby. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 1998;**8**(34):297.
23. CDSC. Heterosexually acquired HIV infection in Doncaster. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 1998;**8**:273.
24. Oldham NHS Trust. Sexually transmitted diseases in Oldham. Oldham NHS Trust Press Release 2000; 29 February 2000.
25. CDSC. Management of clusters of sexually transmitted infection. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 2000;**10**:409-12.

RAPPORT DE SURVEILLANCE

SURVEILLANCE REPORT

Tendances des infections à *Chlamydia trachomatis* et perspectives de dépistage national au Royaume-Uni

Jeanne Pimenta, Kevin A Fenton

Public Health Laboratory Service Communicable Disease Surveillance Centre, London, England

Une étude pilote a été menée pour déterminer la faisabilité d'un programme de dépistage national des chlamydias génitales au Royaume-Uni. Les résultats préliminaires indiquent un fort taux d'acceptation (70 % des candidates) et une bonne couverture de la population ciblée (40 % sur une période de six mois). Plusieurs autres enquêtes se poursuivent pour préciser les procédures de dépistage et les méthodes de notification des partenaires les plus appropriés, ainsi que le rapport coût-efficacité d'un programme national.

Au Royaume-Uni (RU), les infections sexuellement transmissibles (IST) sont une source fréquente de morbidité, et les stratégies gouvernementales ont fait de la santé sexuelle un domaine prioritaire en terme de promotion sanitaire (1, 2). L'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'IST bactérienne la plus fréquente au Royaume-Uni (3). Ses conséquences à long terme sont particulièrement préjudiciables aux femmes, car on sait qu'elle est à l'origine de la maladie inflammatoire pelvienne, de grossesse ectopique et de stérilité tubaire (4). On estime que ces complications coûtent au Service de santé britannique au moins 100 millions de livres chaque année (4). Cependant, l'infection étant largement asymptomatique, un grand nombre de cas ne sont pas diagnostiqués, augmentant ainsi le défi que représente la prévention primaire. Cet article décrit brièvement l'épidémiologie actuelle de l'infection génitale à chlamydia au Royaume-Uni et souligne le nombre d'études portant sur une politique et une pratique de dépistage au sein de la population en Grande-Bretagne. ➤

Recent trends in *Chlamydia trachomatis* in the United Kingdom and the potential for national screening

Jeanne Pimenta, Kevin A Fenton

Public Health Laboratory Service Communicable Disease Surveillance Centre, London, England

A pilot study has been carried up in the United Kingdom to assess the feasibility of a national screening programme of genital chlamydial infections. The preliminary results show a high acceptance rate (70% of the candidates) and a significant coverage of the target population (40% over a six months period). Several other studies are ongoing in order to specify the more appropriate screening processes and partner notification strategies, as well as the cost effectiveness of a national programme.

In the United Kingdom (UK), sexually transmitted infections (STIs) are a common source of infectious disease morbidity, and recent government strategies have prioritised sexual health as an area for health improvement (1, 2). *Chlamydia trachomatis* infection is the most common bacterial STI in the UK (3), and the long term consequences of infection are especially detrimental for women, in whom it is a well established cause of pelvic inflammatory disease (PID), ectopic pregnancy, and tubal infertility (4). It is estimated that these complications cost the UK health service at least £100 million annually (4). Because the infection is largely asymptomatic, however, a large proportion of cases remain undiagnosed, thereby increasing the challenge to primary prevention. This article briefly reviews the current epidemiology of genital chlamydial infection in the UK and outlines a number of ongoing research studies relevant to population based screening policy and practice in Britain. ➤