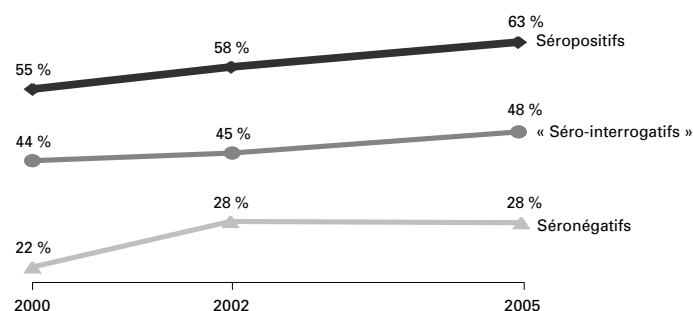


résultats du BG 2005 montrent une consommation de produits psychoactifs globale importante. Cependant, la consommation de certains produits comme l'ecstasy, la cocaïne, sont moins souvent déclarés ici que dans les études internationales [8]. Et tout particulièrement la consommation de crystal semble être pour l'instant confidentielle (2 % vs. 21 % à Londres et de 10 à 40 % aux États-Unis selon le type d'étude [5]). En revanche, la consommation de GHB est plus importante que dans d'autres pays (6 % vs. 2,5 % au Royaume-Uni et de 1,6 à 4,8 % aux États-Unis selon les études [8]) ; ceci est cohérent avec les remontées de terrain des différentes associations et les informations fournies par le réseau d'information Trend [9].

Les comportements à risque des répondants au BG sont toujours importants puisque 35 % ont eu au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels. Ces rapports anaux non protégés sont principalement le fait d'hommes séropositifs ou « séro-interrogatifs ». Si l'on met en perspective ces résultats avec ceux des enquêtes précédentes², on observe, après une augmentation particulièrement importante des pénétrations anales non protégées entre 2000 et 2002 (33 % vs. 37 %, $p < 10^{-4}$), une stabilisation à 36 %. Cette stabilisation des comportements sexuels à risque est également rapportée par des enquêtes réalisées en 2005 à Londres [10] et à Sydney [11]. Cependant, des différences de tendances selon le statut sérologique des répondants au BG 2005 émergent ; alors que les comportements à risque se stabilisent voire diminuent pour les répondants séronégatifs ou « séro-interrogatifs » (figure 1), la non protection des rapports anaux parmi les séropositifs continue à augmenter significativement contrairement à Londres et à Sydney. Une analyse spécifique de ces évolutions fera l'objet d'un article complémentaire.

Figure 1

Proportion des répondants ayant eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, par année d'enquête et par statut sérologique VIH, Ile-de-France, 2000-2002-2005



L'ensemble de ces résultats et les changements observés doivent permettre la mise en œuvre de messages de prévention s'adressant plus spécifiquement aux hommes séropositifs sous l'angle plus large que le VIH, de la santé globale. La consommation de produits psychoactifs devra être également abordée de manière plus systématique.

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous ceux qui ont permis la réalisation de cette enquête : le Sneg, l'association Aides Ile-de-France, les chefs d'établissements commerciaux et leurs salariés et tous ceux qui ont rempli le questionnaire.

RÉFÉRENCE

- [1] Adam P. Baromètre gay 2000 : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. Bull Epidémiol Hebd 2002; 18:77-9.
- [2] Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'Enquête presse gay 2000. InVS: 2001.
- [3] Velter A, Michel A, Semaille C. Baromètre gay 2002. InVS: 2005. Enquêtes-études.
- [4] Velter A, Bouyssou-Michel A, Arnaud A et Semaille C. Premiers résultats de l'Enquête presse gay 2004. http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg_resultats/premiers_resultats_epg.pdf. [Accès le 09 mai 2005].
- [5] Elford J. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. Curr Opin Infect Dis 2006 Feb; 19(1):26-32.
- [6] Weatherburn P, Reid D, Hickson F, Hammond G, Stephens M. Risk and reflexion. Findings from the United Kingdom Gay Men's Sex Survey 2004. London: Sigma Research. 2005.
- [7] Beck F, Legleye S, Spilkas S. Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France: Escapad 2003. OFDT.
- [8] Ruf M, Lovitt C, Imrie J. Recreational drug use sexual risk practice among men who have sex with men in the United Kingdom. Sex. Transm. Inf. 2006; 82:95-97.
- [9] Halfen S, Grémy I. Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2004 – Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend). ORS IDF, 2005 Avr.
- [10] Elford J, Bolding G, Sheerr L, Hart Graham. High-risk sexual behaviour among London gay men: no longer increasing. AIDS 2005; 16:2171-4.
- [11] Hull P, Rawstone P, Prestage G, Crawford J and al. Sydney Gay Community Periodic Survey February 1996 to February 2005. NCHSR, UNSW; 2005 Aug.

² La comparaison des trois enquêtes a été réalisée en sélectionnant uniquement les lieux commerciaux parisiens présents lors du BG 2000-2002-2005.

Émergence de la lymphogranulomatose vénérienne rectale en France, 2004-2005

Magid Herida (magid.herida@ecd.eu.int)¹, Bertille de Barbeyrac², Nicolas Lemarchand³, Catherine Scieux⁴, Patrice Sednaoui⁵, Georges Kreplak⁶, Maïthe Clerc², Frédéric Juguet⁷, Marc Bendenoun⁸, Michel Janier⁴, Nicolas Dupin⁹, Caroline Semaille¹

¹Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ²Centre national de référence des infections à Chlamydiae, Bordeaux

³Hôpital Léopold Bellan, Paris ⁴Hôpital Saint-Louis, Paris ⁵Institut Alfred Fournier, Paris

⁶Centre biologique du Chemin Vert, Paris ⁷Cabinet médical, Bordeaux ⁸Cabinet médical, Paris ⁹Hôpital Tarnier-Cochin, Paris

INTRODUCTION

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une infection sexuellement transmissible (IST) causée par *Chlamydiae trachomatis* (CT) serovar L1, L2 ou L3. Fréquente en zone tropicale, cette infection se manifeste le plus souvent sous la forme d'une adénite inguinale satellite du chancre initial qui peut passer inaperçu. Elle se traduit parfois par une rectite aiguë, en particulier chez les patients masculins ayant des rapports sexuels avec des hommes [1]. En décembre 2003, une alerte européenne émanant du Réseau européen de surveillance des IST (ESSTI) faisait état de 15 cas groupés de LGV rectale dues à CT serovar L2 et qui avaient été diagnostiquées durant l'été 2003 dans la ville de Rotterdam. Ces LGV affectaient exclusivement des patients masculins ayant des rapports sexuels avec des hommes dont 13 étaient séropositifs pour le VIH. Ces patients signalaient avoir eu des rapports sexuels non protégés

avec différents partenaires anonymes dans différents pays européens dont la France [2]. En mars 2004, une première investigation conduite par l'Institut de veille sanitaire en collaboration avec trois laboratoires de microbiologie parisiens et le Centre national de référence (CNR) des infections à *Chlamydiae* (Université Bordeaux II) a retrouvé rétrospectivement des cas de LGV rectale en France. Parmi 44 échantillons rectaux positifs à CT isolés chez des patients masculins dans l'un des quatre laboratoires participants, 38 (86 %) ont été identifiés comme appartenant au type L2 confirmant le diagnostic de LGV rectale. L'enquête épidémiologique menée auprès des médecins ayant prescrit la recherche de CT chez ces patients a permis de retracer l'histoire clinique de 14 de ces 38 cas. Le profil des patients était similaire à celui des patients néerlandais. Tous ces patients masculins avaient eu des rapports sexuels avec des hommes, 8 (57 %) étaient infectés par le VIH et 9 (64 %) avaient

une autre IST au moment du diagnostic. Ils étaient tous symptomatiques avec des signes de rectite aiguë parfois sévère. Par ailleurs, le délai moyen entre le début des signes cliniques et le diagnostic de rectite à chlamydiae avait été très long (50 jours) indiquant que ce diagnostic n'avait pas été évoqué immédiatement [3]. Devant l'émergence de cette IST touchant essentiellement des homosexuels urbains, une large campagne d'information des professionnels de santé les plus concernés (proctologues, infectiologues, dermatologues) a été entreprise et des actions de prévention, en coopération avec les associations, ont été menées dans les lieux de rencontre communautaire. Afin de suivre l'évolution de cette émergence et de caractériser les populations atteintes, un système de surveillance prospectif et sentinelle de la LGV rectale en France a été instauré en avril 2004.

MÉTHODES

Seuls les cas certains de LGV ont été comptabilisés dans le système de surveillance. Les cas inclus étaient les patients masculins présentant des signes de rectite symptomatique dont la recherche de CT par PCR était positive et dont le serovar défini par le CNR des infections à Chlamydiae appartenait au type L1, L2 ou L3.

Identification du genovar de la bactérie

Le diagnostic de certitude de la LGV reposait sur la mise en évidence des serovars L1, L2 ou L3 définis par la réactivité d'anticorps monoclonaux contre des antigènes de la protéine majeure de membrane externe ou MOMP. Cette recherche de serovar longue et coûteuse a été abandonnée au profit de l'identification du genovar qui correspond au serovar. Le CNR des infections à Chlamydiae a mis au point une technique d'identification de ce genovar en analysant par méthode de PCR-RFLP la séquence omp1 du gène de la MOMP [4]. Par ailleurs, un nouveau variant néerlandais atteint de LGV rectale. Ce nouveau variant se différencie par mutation d'une base du gène omp1 de la MOMP [5].

Circuit de la surveillance

Les centres volontaires comprenaient 2 dispensaires anti-vénériens parisiens associés à un laboratoire de microbiologie, une consultation hospitalière de proctologie, deux laboratoires de microbiologie à Paris et le CNR des infections à chlamydiae à Bordeaux. Tous les échantillons rectaux positifs à CT par PCR dans l'un des centres participants étaient envoyés au CNR pour génotypage. Il était demandé, par ailleurs, à chaque centre participant des données épidémiologiques simples : âge du patient, statut VIH, date des signes cliniques et date du prélèvement. L'ensemble des données microbiologiques et épidémiologiques étaient centralisées anonymement à l'InVS pour analyse.

Surveillance sentinelle renforcée

En janvier 2005, il a été demandé au clinicien de fournir pour chaque cas de LGV des données épidémiologiques plus détaillées. Il était aussi proposé au patient, s'il le désirait, un auto-questionnaire comportemental qui comprenait des questions sur les pratiques sexuelles à l'origine de la LGV.

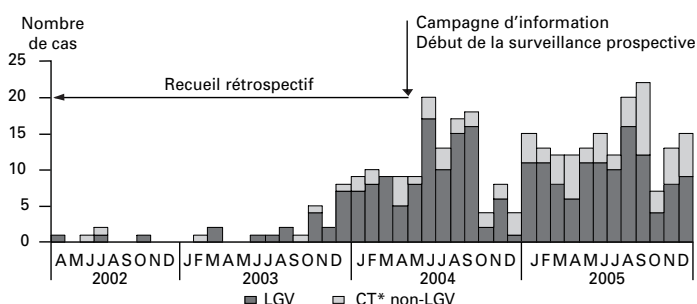
Il a été demandé par ailleurs aux structures impliquées dans les réseaux de surveillance de la syphilis et des gonocoques situées dans les régions hors Ile-de-France d'intégrer le réseau de surveillance de la LGV.

RÉSULTATS

Depuis mars 2004, 328 souches rectales de CT ont été génotypées et 244 (74 %) appartenaient au type L2 confirmant le diagnostic de LGV (figure 1).

Figure 1

Évolution mensuelle du nombre de LGV rectales et de rectites à chlamydiae non-LGV déclarées au réseau de surveillance, France 2004-2005



Le diagnostic était rétrospectif pour 46 cas dont la souche de CT avait été isolée entre avril 2002 et mars 2004. En 2004, 104 cas de LGV rectales ont été déclarés par les centres participants. En 2005, 118 cas ont été déclarés par 11 centres participants. Les six nouveaux centres participants en 2005 ont déclaré 7 cas. Parmi les 244 souches de LGV identifiées, 174 ont été séquencées et toutes présentaient la mutation définissant le nouveau variant L2b. L'âge médian des patients était de 39 ans (rang : 34-44). Le statut VIH est renseigné pour 96 patients, parmi eux 82 (85 %) étaient séropositifs vis-à-vis du VIH. Les cas de LGV rectales ont été principalement diagnostiqués en Ile-de-France (92 %) et à Bordeaux (7 %).

Les souches de CT qui n'appartenaient pas aux types L1, L2, L3 (CT non-LGV) représentaient 26 % des souches de CT génotypées et appartiennent principalement aux genovars de type Da (9,5 %) et G (9,2 %). En 2004, les souches de CT non-LGV représentaient, 20 % des souches génotypées. En 2005, cette proportion a augmenté significativement à 30 % ($\chi^2 = 4,4$; $p = 0,03$). Les patients atteints de CT non-LGV étaient plus jeunes (âge médian = 34 ans) et étaient significativement moins infectés par le VIH (60 %) que les patients atteints de LGV.

Surveillance renforcée

Parmi les 118 cas de LGV identifiées en 2005, 26 (22 %) questionnaires épidémiologiques ont été complétés. Parmi ces patients d'âge moyen de 35 ans (24-56), 22 (77 %) étaient séropositifs pour le VIH et 9 (35 %) avaient une autre IST au moment du diagnostic de LGV. A l'exception d'un patient dépisté car son partenaire était infecté, tous les patients étaient symptomatiques avec des syndromes rectaux associant écoulement anal, ulcération anale ou des rectorragies. L'anuscopie pratiquée sur 19 sujets objectivait chez tous les patients des signes de rectite dont 4 étaient ulcérées.

Au plan comportemental, 17 patients ont complété le questionnaire. Tous pensaient avoir été contaminés par la LGV en France. Le nombre moyen déclaré de partenaires dans les 15 jours précédant le diagnostic était de 4 (1-8). Les lieux de rencontre de leurs partenaires étaient les bars (47 %), les sites internet et les saunas cités respectivement par 29 % des répondants. Parmi ces 17 personnes, 11 (64 %) avaient une idée de la personne les ayant contaminés qui était pour 82 % des cas un partenaire anonyme ou occasionnel. Parmi les pratiques à l'origine de la contamination sont cités par ces 11 patients, un rapport anal réceptif non protégé (10 réponses) ou un rapport anal insertif non protégé (3 réponses). L'introduction anale du poing du partenaire, celle d'objet ou la pratique de lavement anal ont été citées 1 fois chacune.

Autres formes cliniques de la LGV

D'autres formes cliniques de la LGV ont été déclarées au système de surveillance mais qui n'ont pas été comptabilisées comme cas. Il s'agit de 2 ulcères génitaux dus à une CT de type L2 dont l'un était associé à une urétrite à chlamydiae de type Da. Il a été également déclaré 2 formes inguinales de LGV et une urétrite à chlamydiae de type L2b isolée sans ulcération génitale ni adénopathie satellite. Enfin, une souche de chlamydiae de genovar L2 a été isolée au niveau du pharynx d'un patient par ailleurs atteint de LGV rectale.

DISCUSSION

Le nombre de cas de LGV rectales comptabilisés par le réseau de surveillance est probablement sous-estimé. Seuls les cas confirmés par génotypage sont pris en compte d'une part et d'autre part la surveillance est basée sur un réseau sentinelle incluant six centres dont cinq parisiens. Par ailleurs, la surveillance renforcée en 2005 n'a pas apporté les résultats escomptés. L'apport de nouvelles structures participantes reste marginal (7 diagnostics de LGV en 2005).

L'exploitation des données issues du questionnaire épidémiologique instauré en janvier 2005 est difficile en raison de la faible proportion de questionnaires retournés (22 %). De ce fait, il est difficile d'émettre des hypothèses sur la transmission de cette IST. Il avait été évoqué précédemment [6-7] que certaines pratiques sexuelles comme l'introduction anale du poing ou d'objets favorisaient la LGV rectale. Le faible taux de retour des questionnaires comportementaux ne nous permet pas d'infirmes ou de confirmer ces hypothèses.

Cependant, alors que cette infection était rarement décrite en France, 2 cas dans une série dans les années 80 [8], l'allure de la courbe épidémique indique une émergence depuis 2004 et une persistance de cette infection en 2005 avec un nombre comparable de cas si l'on considère les centres ayant participé les deux années. L'apparition d'un nouveau variant L2 primitivement retrouvé chez des patients aux Pays-Bas et retrouvé sur toutes les souches L2 séquencées en France confirme la dissémination d'une population particulière de souches de CT.

Les nouveaux centres impliqués en 2005 qui sont situés hors Ile-de-France ont déclaré très peu de cas, ce qui confirme la concentration importante des cas de LGV rectale en Ile-de-France. Par ailleurs, le nombre plus important de CT non-LGV en 2005 est lié probablement à un biais de surveillance (mise en place du système en 2004, diagnostic plus facilement évoqué en 2005).

Depuis l'alerte européenne de décembre 2003, l'émergence de LGV a rapidement diffusé sur l'ensemble du continent européen [6] et dans les grandes villes des États-Unis [7]. Les cas de LGV se caractérisent principalement par des formes rectales, des formes inguinales ont été également rapportées. La LGV affecte principalement des patients masculins ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont le plus souvent infectés par le VIH. Une étude a comparé des patients atteints de LGV rectale et des sujets infectés par des souches de CT non-LGV et a montré que le statut VIH positif était fortement associé à la LGV comparativement aux rectites à CT non LGV (OR : 5,7 [2,6-12,8]) [9].

Le diagnostic précoce de cette infection est nécessaire afin d'éviter des complications des LGV non traitées et afin d'interrompre la chaîne de transmission. Caractérisée le plus souvent par des lésions ulcérées, cette IST représente un risque supplémentaire de transmission du VIH. Le dépistage et la recherche de LGV chez tout patient masculin présentant des signes de rectite est donc indiqué, ce d'autant que les patients atteints de LGV rectale sont souvent co-infectés par d'autres germes.

Avec la résurgence de la syphilis en 2000 [10], l'augmentation de la résistance des gonocoques à la ciprofloxacine [11] et l'émergence récente de la LGV, les campagnes de prévention rappelant la nécessité des rapports sexuels protégés demeurent indispensables en particulier auprès de la communauté homosexuelle. Par ailleurs, l'épidémiologie des IST en Europe est très similaire d'un pays à l'autre, en particulier dans les grandes villes comme Paris, Londres, Amsterdam ou Berlin où vit une importante communauté homosexuelle. Il convient de souligner le rôle positif dans l'alerte du système européen de surveillance des IST lors de l'émergence de la LGV. Au-delà de cette surveillance européenne des IST, il apparaît maintenant nécessaire de réfléchir à la mise en place de politiques publiques communes de prévention des IST.

Enfin, la prévalence élevée d'IST parfois asymptomatiques, les co-infections et les risques inhérents à certaines infections comme les HPV nécessitent de réfléchir à la mise en place du dépistage systématique de certaines IST (syphilis, HPV, HSV, gonococcie) dans la prise en charge clinique des patients séropositifs pour le VIH.

RÉFÉRENCES

- [1] Perrine PL, Stamm WE. Lymphogranuloma venereum. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, Lemon SM, Stamm WE, Piot P et al. Sexually transmitted diseases. McGraw-Hill, New-York 1999: 423-32.
- [2] Gotz HM, Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Thio B, Van der Meijden WJ, Dees J, et al. Preliminary report of an outbreak of lymphogranuloma venereum in homosexual men in the Netherlands, with implications for other countries in Western Europe. *Eurosurveillance Weekly* 2004; 8(4): 22/01/2004 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp>).
- [3] Herida M, Sednaoui P, Couturier E et al. Rectal Lymphogranuloma venereum, France. *Emerg Infect Dis* 2005; 11:505-6.
- [4] Rodriguez P, Vekris A, de Barbeyrac B, Dutilh B, Bonnet J, Bebear C. Typing of Chlamydia trachomatis by restriction endonuclease analysis of the amplified major outer membrane protein gene. *J Clin Microbiol.* 1991 Jun; 29(6):1132-6.
- [5] Spaargaren J, Fennema HS, Morré SA, de Vries JC, Coutinho RA. New Lymphogranuloma venereum Chlamydia trachomatis variant, Amsterdam. *Emerg Infect Dis* 2005; 11(7):1091-3.
- [6] Van de Laar M, Fenton KA, Ison CA, on behalf of the ESSTI network. Update on the European lymphogranuloma venereum epidemic among men who have sex with men. *Eurosurveillance weekly* 2005; 10 (6):10/06/2005 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050602.asp>).
- [7] Blank S, Schillinger J, Harbatkin D. Lymphogranuloma venereum in the industrialised world. *Lancet* 2005; 365:1607-8.
- [8] Scieux C, Barnes A, Bianchi I et al: Lymphogranuloma venereum: 27 cases in Paris. *JID* 1989; 160(4):662-8.
- [9] Van der Bij AK, Spaargaren J, Morré SA et al: Diagnostic and clinical implications of anorectal lymphogranuloma venereum in men who have sex with men: A retrospective case-control study. *Clin Infect Dis* 2006; 42:186-94.
- [10] Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of the sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect* 2004; 80(4):255-63.
- [11] Herida M, Martin IM, Descenclos JC et al. Increase of Neisseria gonorrhoeae ciprofloxacin resistance in France in 2001-2003. *Sex Transm Dis* 2006; 33(1):6-7.

Surveillance de la syphilis en France, 2002-2004 : divergences d'évolution entre l'Ile-de-France et les autres régions

Alice Bouyssou-Michel (a.michel@invs.sante.fr)¹, Magid Herida¹, Michel Janier², Nicolas Dupin³, Bruno Halioua⁴
Brigitte Milpied⁵, Isabelle Alcaraz⁶, Caroline Semaille¹

¹Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ²Hôpital Saint-Louis, Paris ³Hôpital Tarnier-Cochin, Paris
⁴Institut Alfred Fournier, Paris ⁵Centre Hospitalier Universitaire, Nantes ⁶Centre Hospitalier Dron, Tourcoing

INTRODUCTION

Fin 2000, l'Institut de veille sanitaire (InVS), a été alerté par un dispensaire anti-vénérien (DAV) à Paris sur une recrudescence de cas de syphilis. Les investigations menées par l'InVS ont permis de documenter la résurgence de cette infection sexuellement transmissible (IST) en Ile-de-France et ont conduit à la mise en place d'un système de surveillance volontaire de la syphilis. L'objectif de cette surveillance est de suivre les tendances et de décrire les caractéristiques cliniques et comportementales des patients atteints de cette IST [1]. L'augmentation rapide du nombre de cas déclarés entre 2000 et 2002 principalement chez les homosexuels masculins, a conduit les autorités sanitaires et les associations à mener des campagnes de prévention auprès des homosexuels avec en particulier, une large campagne d'incitation au dépistage de la syphilis en 2002 à Paris [2].

MÉTHODES

La méthode a déjà été décrite précédemment [1]. Pour mémoire, la surveillance de la syphilis repose sur la participation volontaire de cliniciens exerçant dans différents sites (DAV, consultations hospitalières, ou médecine de ville). La définition de cas inclut tous les stades de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente précoce inférieure à un an) chez les adultes. Après consentement du patient, le clinicien renseigne les données cliniques et biologiques ; un questionnaire comportemental est

complété par le patient sur la base du volontariat. L'ensemble des questionnaires est renvoyé à l'InVS pour l'analyse des données. Les ventes d'Extencilline® dans les pharmacies de ville* et la pharmacie centrale de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), sont également collectées, à titre d'indicateur complémentaire.

RÉSULTATS

Les sites

Entre 2000 et 2004, 89 sites ont participé à la surveillance. Le nombre de sites participants a diminué en Ile-de-France de 16 sites en 2002 à 8 sites en 2004. Ces derniers (7 DAV et un réseau de médecins libéraux) ont participé aux 3 années de la surveillance. Dans les autres régions, 72 sites ont déclaré des cas de syphilis, respectivement 28 en 2002, 44 en 2003 et 40 en 2004 ; parmi eux, 11 sites ont déclaré au moins un cas chaque année. Les consultations hospitalières représentent plus de la moitié des structures participantes en province ; les sites participants sont situés principalement à Dijon, Grenoble, Lille-Tourcoing, Lyon, Marseille, Montpellier, Nantes, Nice et Toulon.

Nombre de cas déclarés (tableau 1)

Sur la période 2002-2004, 1 267 cas de syphilis ont été déclarés, dont 417 en 2002, 448 en 2003 et 402 en 2004. On observe pour

*Données fournies par le GERS.