

mars 2008 devrait en permettre une amélioration importante. Le recul est toutefois à ce jour insuffisant pour faire une évaluation valide. Les données de remboursement des vaccins ont permis d'estimer que 60% des enfants nés en 2008 ont reçu au moins une dose de vaccin hexavalent avant l'âge de 6 mois. Enfin, la proposition depuis le calendrier vaccinal de 2009 d'un schéma vaccinal alternatif à 2 doses chez les 11-15 ans devrait aussi avoir un impact positif sur la couverture des préadolescents, avant leur entrée dans une vie sexuelle active.

Par ailleurs, il est nécessaire que la population générale ait une meilleure connaissance de son statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B. Il est nécessaire d'améliorer le dépistage ciblé vers les personnes à risque afin de permettre une prise en charge précoce, proposer un traitement si nécessaire, et de favoriser l'application de mesures de prévention autour des cas d'hépatite B aiguë et de portage chronique.

Ainsi, le Plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012³ prévoit, dans la poursuite des actions engagées depuis 2005, de renforcer les actions de prévention ciblées selon les populations concernées : personnes exposées aux risques sexuels, usagers de drogues consultant dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, personnes originaires de pays de moyenne et forte endémie, professionnels de santé, femmes enceintes et nouveau-nés issus de mères infectées par le VHB, population carcérale. Le renforcement du dépistage, suivi d'une prise en charge médicale adaptée, est

indispensable pour réduire la morbi-mortalité des hépatites B. Ces recommandations sont également reprises de façon ciblée dans le Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014⁴.

Conclusion

Afin de lutter efficacement contre l'infection par le VHB, deux actions majeures de santé publique doivent être promues en France : augmenter la couverture vaccinale et améliorer les pratiques de dépistage de l'hépatite B avec recherche de l'Ag HBs chez les personnes susceptibles d'avoir été exposées à ce virus, pour une prise en charge précoce et la mise en place de mesures de prévention (incluant dépistage des proches et vaccination contre l'hépatite B).

Références

- [1] Viral Hepatitis B. In: Heymann DL Eds. Control of communicable diseases manual. Washington DC: APHA;2008:284-93.
- [2] Mast E, Mahoney FJ, Kane M, Margolis H. Hepatitis B vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA Eds. Vaccines. Philadelphia: Saunders, 2004:299-337.
- [3] Van Houdt R, Bruisten SM, Koedijk FD, Dukers NH, Op de Coul EL, Mostert MC, et al. Molecular epidemiology of acute hepatitis B in the Netherlands in 2004: nationwide survey. J Med Virol. 2007;79(7):895-901.
- [4] Shapiro CN. Epidemiology of hepatitis B. Pediatr Infect Dis J. 1993;12(5):433-7.
- [5] Davis LG, Weber DJ, Lemon SM. Horizontal transmission of hepatitis B virus. Lancet. 1989;1(8643):889-93.
- [6] EASL International consensus conference on hepatitis B. 13-14 September 2002, Geneva, Switzerland. J Hepatol. 2003;39:53-525.
- [7] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Prévalence des hépatites B et C

⁴ Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

en France en 2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006:112 p.

[8] Larsen C, PIALOUX G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, et al. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. Bull Epidemiol Hebd. 2005;(23):109-12.

[9] Péquignot F, Hillon P, Antona D, Ganne N, Zarski JP, Méchain M, et al. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(27):237-40.

[10] Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2010 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(14-15):121-72.

[11] Antona D, Letort MJ, Lévy-Bruhl D. Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B en France, 2004-2007. Bull Epidemiol Hebd. 2009;(20-21):196-9.

[12] Flahault A, Dreau H, Farran N, Carrat F, Chauvin P, Massari V, et al. Épidémiologie des maladies transmissibles en médecine générale - Bilan du réseau "Sentinelles" en 1996. Bull Epidemiol Hebd. 1997;(33):149-51.

[13] RNSP, Cellules interrégionales d'épidémiologie, SPSFE. Evaluation de la couverture du programme de vaccination hépatite B dans les collèges. Bull Epidemiol Hebd. 1997;(51):225-7.

[14] Fonteneau L, Guthmann JP, Collet M, Vilain A, Herbert JB, Lévy-Bruhl D. Couvertures vaccinales chez l'enfant estimées à partir des certificats de santé du 24^{ème} mois, France, 2004-2007. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(31-32):330-3.

[15] Antona D, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D, Guignon N, De Peretti C, Niel X, et al. Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004. Bull Epidemiol Hebd. 2007;(6):45-9.

[16] Alter MJ. Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide. J Hepatol. 2003;39:564-59.

[17] Mele A, Tosti ME, Mariano A, Pizutti R, Ferro A, Zotti C, et al. Acute hepatitis B 14 years after the implementation of universal vaccination in Italy: areas of improvement and emerging challenges. Clin Infect Dis. 2008;46(6):868-75.

[18] CDC. Surveillance of acute viral hepatitis - United States, 2006. MMWR Surveill Summ. 2008;57(SS-2):1-24.

Évolution du nombre de lymphogranulomatoses vénériennes rectales et d'infections rectales à *Chlamydia trachomatis* à souches non L en France, 2002- 2009

Maïthé Clerc^{1,2}, Anne Gallay³, Laure Imounga^{1,2}, Chloé Le Roy^{1,2}, Olivia Peuchant^{1,2}, Cécile Bébéar^{1,2}, Véronique Goulet³, Bertille de Barbeyrac (bertille.de.barbeyrac@u-bordeaux2.fr)^{1,2}

1/ Université de Bordeaux, USC Infections humaines à mycoplasmes et *chlamydiae* ; Centre national de référence des infections à *chlamydiae*, Bordeaux, France
2/ INRA, USC Infections humaines à mycoplasmes et *chlamydiae* ; Centre national de référence des infections à *chlamydiae*, Bordeaux, France
3/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction – La surveillance de la lymphogranulomatose vénérienne rectale (LGV) permet de décrire l'évolution du nombre de cas depuis son émergence en 2003 jusqu'à fin 2009 en France.

Méthodes – La surveillance s'appuie sur un réseau de laboratoires. Le génotypage des échantillons rectaux positifs pour *Chlamydia trachomatis* permet de différencier les cas de LGV dus à des souches de génovar L, des cas d'infection rectale à souches de génovar non L (D-K). L'âge du patient et le statut VIH sont les seules données disponibles.

Résultats – Le nombre de LGV augmente en 2007 (170 cas) et 2008 (191 cas) par rapport à 2005 (117 cas) et 2006 (140 cas) et diminue en 2009 avec 160 cas. Le diagnostic est réalisé chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), séropositifs pour le VIH dans 90% des cas. Une LGV rectale chez une femme et quelques cas de LGV non rectales ont pu être mis en évidence.

Trends of rectal lymphogranuloma venereum and rectal infection with non LGV *Chlamydia trachomatis* strains in France, 2002- 2009

Introduction – Following the emergence of rectal lymphogranuloma venereum (LGV) in 2003, the implementation of the surveillance system enables to describe trends and characteristics of cases reported in France up to 2009.

Methods – Surveillance is based on a laboratory network. The genotyping of rectal samples positive for *C. trachomatis* allows the differentiation between LGV cases (L1, L2 and L3) and rectal infection caused by non LGV strains (D-K). Patients' age and their HIV status are the only data available.

Results – The number of LGV increased in 2007 (170 cases) and 2008 (191 cases) compared to 2005 (117 cases) and 2006 (140 cases), and

Conclusion – Il faut rester prudent sur l'interprétation de la décroissance observée en 2009. En effet, les données 2010 ne montrent pas un recul de l'infection au sein de la communauté homosexuelle masculine et, de plus, montrent que l'épidémie jusque là restreinte aux HSH VIH+, semble s'étendre aux HSH VIH-. Le suivi en 2011 permettra de confirmer ou non cette progression. Enfin, l'observation d'un cas féminin montre que le passage dans la population hétérosexuelle est possible même s'il reste pour l'instant exceptionnel.

Mots clés / Key words

Chlamydia trachomatis, lymphogranulomatose vénérienne rectale, infection rectale / *Chlamydia trachomatis*, rectal lymphogranuloma venereum, rectal infection

Introduction

Après les premiers cas rapportés fin 2003 à Rotterdam, l'épidémie de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale à *Chlamydia trachomatis* s'est répandue dans toute l'Europe et une surveillance des cas a progressivement été instaurée, d'abord aux Pays-Bas, puis au Royaume-Uni et en Allemagne. Il est dorénavant possible de suivre la situation de cette affection dans au moins neuf pays européens [1]. La France et le Royaume-Uni rassemblent le plus grand nombre de cas, qui continue d'augmenter. La mise en place de la surveillance a commencé en France dès 2004.

L'agent causal est *C. trachomatis* de sérovar L (L1, L2 ou L3). Endémique dans certaines régions d'Asie, d'Afrique et d'Amérique du Sud dans sa forme génitale, cette infection se manifeste le plus souvent sous la forme d'une adénite inguinale, satellite du chancre initial qui passe généralement inaperçu. L'épidémie actuelle, attribuée presque exclusivement au sérovar L2b, se caractérise par des symptômes de rectites sévères et touche principalement des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), souvent co-infectés par d'autres agents d'infections sexuellement transmissibles (IST) comme le VIH, l'hépatite B et la syphilis. Le diagnostic bactériologique de LGV n'est pas aisé, car il nécessite le typage de la souche par des techniques de biologie moléculaire utilisées seulement dans quelques laboratoires, dont le Centre national de référence (CNR) des *chlamydiae* en France. L'objectif de cet article est de présenter les données épidémiologiques sur la LGV rectale en France jusqu'à fin 2009 et de décrire le nouveau système de surveillance qui a démarré en 2010. Jusqu'en 2009, les données cliniques et comportementales n'étaient pas disponibles.

Méthodes

Des laboratoires volontaires envoient au CNR tous leurs échantillons rectaux pour lesquels la recherche de *C. trachomatis* est positive par PCR. Le génotypage des échantillons effectué au CNR permet de distinguer les cas de LGV (type L1, L2 ou L3) des cas d'infections rectales à *C. trachomatis* de type non L (type D à K). Jusqu'à fin 2009, le typage des souches dans les échantillons rectaux était regroupé par trimestre. Quelques échantillons d'une origine autre qu'ano-rectale appartenant à des HSH ont également été typés.

Les laboratoires impliqués dans cette surveillance sont essentiellement :

– trois laboratoires parisiens : un laboratoire d'analyse de biologie médicale (LABM) situé dans le quartier du Marais, l'Institut Fournier et le laboratoire de l'Hôpital Saint-Louis, travaillant soit avec un Centre d'information de diagnostic et de dépistage des IST (Ciddist), soit avec des consultations de dermatologie ou des consultations spécialisées dans la prise en charge du sida. Le CNR procède à un ramassage trimestriel des échantillons rectaux positifs provenant de ces trois laboratoires, qui ont été choisis pour leur implication forte dans le diagnostic des IST et leur grand nombre d'échantillons ano-rectaux analysés ;

– des laboratoires en régions qui envoient leurs échantillons ponctuellement ;

– le laboratoire Cerba qui reçoit des échantillons de toute la France métropolitaine et hors métropole. En 2009, tous les échantillons ano-rectaux positifs du Cerba sont parvenus au CNR.

Aucune méthode de génotypage n'étant disponible, toutes les méthodes utilisées par le CNR sont mises au point dans le laboratoire du CNR, soit expérimentalement soit d'après les données de la littérature. Deux méthodes sont utilisées : l'une précise mais longue de PCR-RFLP du gène *omp1* [2] qui permet de typer le sérovar ; l'autre rapide de PCR en temps réel, qui permet de préciser uniquement si la souche est de sérovar L ou non [3]. L'identification du variant L2b se fait par séquençage du domaine variable 2 du gène *omp*. Il a été réalisé sur un tiers des souches environ [4].

Afin de surveiller la dissémination éventuelle des souches de LGV dans la population tout-venant, le CNR a typé, par la méthode rapide, 4 848 échantillons uro-génitaux positifs à *C. trachomatis* entre 2004 et 2009. Ces échantillons provenaient d'une part du LABM parisien et avaient été prélevés en 2004 et 2005 (n=716) ; d'autre part du laboratoire Cerba couvrant l'ensemble du territoire français et prélevés consécutivement de 2007 à 2009 (n=3 339) ; et enfin de tous les échantillons testés positifs dans notre laboratoire à Bordeaux de 2005 à 2009 (n=793). Les échantillons uro-génitaux et rectaux avaient ainsi la même origine géographique et couvraient la même période.

Lors de la mise en route du système de surveillance en France en 2004, une enquête rétrospective des cas antérieurs a été faite dans les trois laboratoires parisiens concernés par la surveillance (30 cas recensés depuis 2002).

decreased in 2009 with 160 cases. All cases were men who have sex with men (MSM), and 90% were HIV positive. A rectal LGV in a woman and some non-rectal LGV were identified.

Conclusion – *The decrease observed in 2009 is not significant. The 2010 data indicate an increase of cases in the MSM population, not only in MSM HIV+ but also in MSM HIV-. The 2011 survey will confirm or not this observation. Finally, the occurrence of LGV in a woman shows that the infection may pass through the heterosexual population even if this remains unusual.*

Résultats

Évolution des infections rectales à *C. trachomatis*, souches L (LGV) et non L

Depuis 2003, le CNR a reçu pour typage 1 379 échantillons ano-rectaux positifs en PCR pour *C. trachomatis* : 29 pour les années 2002-2003, 136 en 2004, 185 en 2005, 232 en 2006, 257 en 2007, 301 en 2008 et 238 en 2009. Sur les 1 379 échantillons reçus, 86 (6,2%) n'ont pas été typés car ils n'ont pas pu être amplifiés par la PCR du gène *omp1*. Le nombre total de cas de LGV s'élève à 902 pour les années 2002 à 2009 (figure 1). On observe une légère baisse du nombre de cas de LGV en 2009 (160 cas) par rapport à 2008 (191 cas) et 2007 (170 cas). La plupart des cas sont identifiés à Paris : 831 viennent de Paris (92%) et 71 de province (figure 2). Parmi les échantillons du Cerba issus de la France entière, métropole et hors métropole, les cas de LGV rectale détectés entre 2007 et 2009 sont au nombre de 38 et, malgré le recueil des prélèvements sur toute la France, seuls 5 cas sur 38 (13%) proviennent de province. Dans l'ensemble des échantillons du Cerba, 42% viennent d'Île-de-France et 58% de province. La proportion de souches L est de 3,5% en Île-de-France comparée à 0,4% pour la province, indiquant donc une proportion 10 fois plus élevée de LGV parmi les prélèvements provenant d'Île-de-France que parmi les prélèvements de laboratoires situés en province.

Le nombre d'infections rectales à sérovar non L est de 67 en 2009, 91 en 2008 et 76 en 2007. Le nombre total d'infections rectales à souche non L pour les années 2002-2009 est de 391 cas. La comparaison des fréquences d'isolement des différents sérovares montre que les sérovares D (35,2%), G (29,5%) et J (17,3%) sont les plus fréquents. Le sérovar E, majoritaire dans les prélèvements génitaux (41,6% chez les hommes), ne représente que 10,3% des cas d'infection rectale.

Entre 2007 et 2009, le statut VIH était connu pour 278 (69,1%) des 402 patients suivis dans deux laboratoires parisiens. Sur ces 278 patients, 83% étaient VIH+. Parmi les patients suivis dans ces deux laboratoires parisiens, l'association avec l'infection à VIH est plus fréquente chez les 199 patients ayant une LGV (90% des cas) que chez les 79 patients ayant une infection rectale à *C. trachomatis* non L (68% des cas) (p<0,05). Pour cette même période, l'âge des patients est documenté dans 604 cas, la

Figure 1 Évolution annuelle du nombre de cas de lymphogranulomatose vénérienne rectales (LGV) et du nombre d'infections rectales à *Chlamydia trachomatis* souche non L en France entre 2002 et 2009 / Figure 1 Trends in the annual number of LGV and non L *Chlamydia trachomatis* proctitis, France, 2002-2009

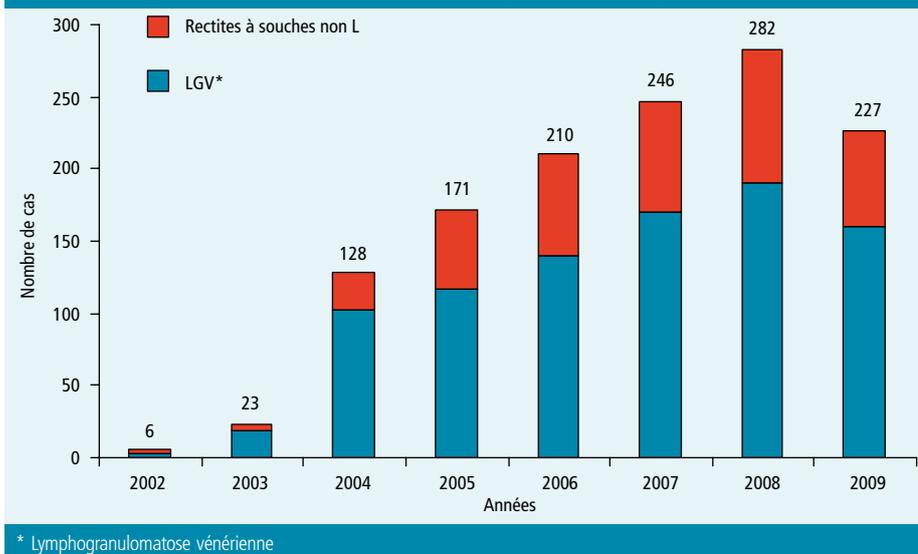
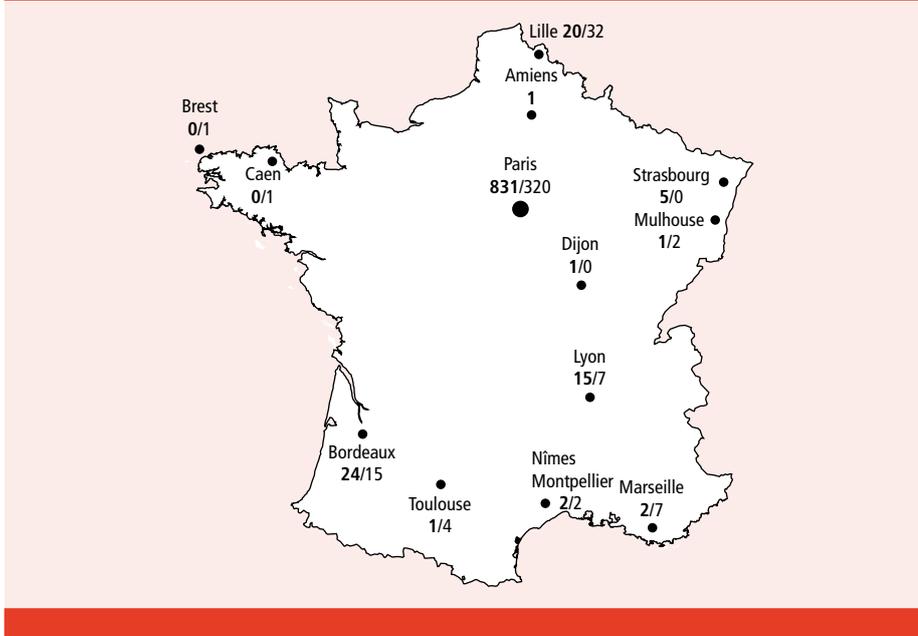


Figure 2 Répartition en France métropolitaine du nombre de cas de LGV (902) et d'infections rectales à *C. trachomatis* souches non L (391) entre 2002 et 2009 selon le lieu d'implantation du laboratoire participant / Figure 2 French distribution of *Chlamydia trachomatis* LGV (902) and non LGV cases (391) between 2002 and 2009, based on the location of the participating laboratory



moyenne d'âge est de 39 ans (19-63) chez les patients ayant une LGV et de 35 ans (18-62) chez les patients ayant une infection rectale à *C. trachomatis* non L ($p < 0.05$).

Découverte fortuite d'un cas de LGV rectale chez une femme

Tous les cas de LGV ou d'infection rectale à souche non L sont des cas masculins excepté un cas découvert fortuitement. Il s'agissait d'un échantillon rectal datant d'avril 2009 positif avec une souche L2b chez une femme présentant des signes cliniques sévères d'ano-rectite. Cette personne fréquente le milieu du libertinage et a 10 à 15 partenaires sexuels par mois, masculins et féminins.

Recherche de la présence de LGV dans la population générale

Sur les 4 848 échantillons uro-génitaux positifs à *C. trachomatis* provenant de 2 902 femmes et

1 946 hommes entre 2004 et 2009, seuls 3 échantillons urétraux masculins se sont révélés positifs par la PCR spécifique L. Le comportement sexuel de ces 3 cas est inconnu. Aucun cas féminin n'a été trouvé.

LGV non rectale

Dans le cadre de la surveillance de la LGV, le CNR reçoit des échantillons positifs à *C. trachomatis* provenant d'HSH mais d'origine autre qu'ano-rectale. Depuis le début de l'épidémie, le CNR a détecté 16 cas de LGV génitale avec ulcération et adénopathie inguinale, 4 cas de souches L2 dans l'urètre et 1 cas dans la gorge, répartis équitablement sur les six années de surveillance.

Discussion

De 2003 à 2008, le nombre de cas de LGV en France n'a cessé d'augmenter. En 2009, on observe une diminution du nombre de cas, probablement

due à une perte d'échantillons ano-rectaux adressés au CNR secondaire à une restructuration de certains hôpitaux parisiens spécialisés en proctologie. Il convient donc d'être prudent avant de parler de décroissance de l'épidémie, d'autant que les résultats de 2010 semblent indiquer que l'épidémie se poursuit. Le nombre de cas de LGV rectales enregistré par le réseau de surveillance demeure probablement sous-estimé. D'une part, seuls les cas confirmés par génotypage sont retenus et, d'autre part, un faible nombre de centres et de laboratoires participe. Les centres parisiens déclarent la grande majorité des cas et les données ne reflètent probablement pas l'étendue de l'épidémie dans les autres grandes villes. Cependant, bien que les demandes de typage venant de la province augmentent régulièrement, de 1 en 2004 à 6 en 2005, 17 en 2006, 22 en 2007, 32 en 2008 et 34 en 2009, la répartition des cas de LGV Paris-province reste identique. Une revue récente [5] montre que cette infection ano-rectale de LGV continue sa progression non seulement en Europe mais aussi au Canada et aux États-Unis. Dans tous ces pays, l'infection est décrite presque exclusivement chez les HSH, VIH+ non immunodéprimés dont un certain nombre ont découvert leur séropositivité au moment du diagnostic de LGV. Le caractère épidémique de l'infection semble être confirmé par le typage MLST de souches circulantes en Europe et aux États-Unis [6]. Il s'agit bien d'une souche clonale de type L2b, déjà présente dans les années 1980 à San Francisco et qui s'est répandue ces 10 dernières années en Europe. En France, toutes les souches séquencées sont de type L2b.

En l'absence de données cliniques sur les patients, il n'est pas possible de décrire avec précision les manifestations cliniques de cette infection. Cependant, à Bordeaux, l'analyse de 52 cas recensés entre 2003 et 2010 montre que les cas de LGV rectale se caractérisent essentiellement par des douleurs rectales, des écoulements purulents, des faux besoins et parfois une altération de l'état général. En France, d'autres formes cliniques ont été observées. Nous avons relevé 20 cas de LGV génitales, dont 16 cas d'ulcérations génitales associées ou non à des adénopathies inguinales et 4 cas d'urétrites. La détection d'une souche L dans la gorge montre qu'il est nécessaire de rechercher la présence de *C. trachomatis* dans cette localisation, porte d'entrée lors de rapports buccaux. Au Royaume-Uni, sur plus de 800 cas de LGV ano-rectales, il a été noté 13 cas de LGV génitales avec adénopathies ou urétrites à souche L [1].

La LGV rectale reste presque exclusivement masculine. En l'absence de données comportementales, il est difficile d'affirmer qu'elle touche uniquement les HSH, mais la fréquentation de certains centres et laboratoires par des HSH, la nature ano-rectale des échantillons, le profil presque exclusivement masculin est très en faveur d'un comportement homosexuel ou bisexuel. Dans la cohorte bordelaise de 52 cas, 46 patients (88,4%) ont déclaré avoir des rapports homosexuels, 4 (7,7%) des rapports bisexuels et 2 (3,8%) des rapports hétérosexuels.

Un petit nombre de cas hétérosexuels a été décrit, notamment chez des couples en Espagne [7] et au Portugal [8]. Chez la femme, la forme clinique était une cervicite à souche L. Dans notre surveillance de la dissémination des souches L dans la population générale, sur 4 848 échantillons testés, des souches L n'ont été identifiées que dans 3 échantillons urétraux, appartenant à des hommes dont le comportement sexuel n'est pas connu [9]. Cependant, le cas féminin que nous décrivons montre que la transmission hétérosexuelle est possible. Il s'agit du premier cas féminin de LGV ano-rectale avec la souche épidémique observé en France et, à notre connaissance, en Europe. Peu d'études sont conduites chez la femme. Récemment, Setupathi *et al.* [10] ont montré que, parmi 160 écouvillons anaux féminins, 12,5% étaient positifs à *C. trachomatis* et aucun à souche L. De même, Geiser *et al.* [11] et Waalboer *et al.* [12] n'ont pas identifié de souche L parmi les échantillons ano-rectaux féminins testés.

Dans ce protocole de surveillance, il n'est pas possible d'identifier des facteurs de risque. Dans la littérature, les facteurs de risque identifiés sont la fréquentation de partenaires multiples et anonymes, l'utilisation de partenaires multiples et anonymes, l'utilisation et le partage de jouets sexuels, la pratique du *fisting*, l'utilisation de lavement anal et la séropositivité VIH. Parmi les facteurs de risques comportementaux des homosexuels ayant une LGV rectale par comparaison à ceux ayant une infection rectale à *C. trachomatis* à sérovars non L, le *fisting* et l'utilisation de lavement anal apparaissent comme les facteurs de risque principaux [13;14]. La différence d'âge très significative entre les populations infectées par des souches L et celles infectées par des souches non L peut s'expliquer par le changement des pratiques sexuelles avec l'âge et notamment une prise de risque plus importante. Le *barebacking* (recherche de contacts sexuels sans protection) avec un partenaire occasionnel est une pratique sexuelle qui est moins décrite chez les jeunes d'après le dernier Net Gay Baromètre (<http://www.gaystudies.org/NGB2009FR/>). Dans ce contexte de comportement sexuel à risque, il est à noter le lien de l'infection rectale à *C. trachomatis* avec les autres IST. Dans la cohorte bordelaise, plus de la moitié des cas avait une IST concomitante (condylome 60%, herpès 20%, syphilis 20%), aussi bien dans les cas de LGV rectales que dans les cas d'infection rectale à souche non L.

Afin d'améliorer la prise en charge et de recueillir des données cliniques et comportementales, le CNR a élaboré une nouvelle stratégie de surveillance plus réactive, en partenariat avec les laboratoires et les cliniciens qui collaboraient déjà avec le CNR et l'Institut de veille sanitaire. Cette nouvelle modalité a démarré en 2010. Les laboratoires adressent au

CNR leurs échantillons ano-rectaux positifs en PCR pour *C. trachomatis*, accompagnés d'une fiche de résultats de laboratoire documentant les IST associées, dès le jour de leur identification. Dès réception, le CNR effectue le typage par la méthode rapide de PCR en temps réel spécifique du sérovar L. Le résultat est faxé le jour même au laboratoire et le clinicien reçoit le résultat par courrier avec une fiche de renseignements cliniques à renvoyer au CNR ainsi qu'une note d'information et une demande de consentement de recueil de données à faire signer par le patient. Fin 2010, le nombre de cas est équivalent à celui de l'année 2008, ce qui montre que l'épidémie se poursuit. Cette surveillance a permis d'identifier 3 cas de récurrence sur 5 à 6 mois, montrant que cette infection ne protège pas contre les recontaminations. De plus, une amorce de changement dans le profil des individus semble se dessiner en 2010 en France. En effet, le nombre d'individus VIH+ ayant une LGV diminue et n'est plus que de 82%, ce qui pose la question de la prise de risque des HSH VIH-. Les documents nécessaires au fonctionnement du réseau peuvent être consultés et imprimés à partir du site web du CNR : <http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux2.fr/>

Le diagnostic et le traitement précoce de l'infection devraient permettre d'éviter les complications de la LGV non traitée et d'interrompre la chaîne de transmission. En l'absence de tests spécifiques de la LGV, il est proposé de traiter tout patient ayant un tableau clinique compatible, c'est à dire rectite ou ulcération génitale avec lymphadénopathie, comme une LGV, d'autant que les lésions souvent ulcérées de la LGV accroissent le risque de transmission du VIH. Le dépistage de la LGV devrait être systématique chez tout patient masculin avec des symptômes de rectite.

En conclusion, la surveillance plus réactive des cas d'ano-rectites à LGV doit être encouragée pour un meilleur recueil des données cliniques et comportementales et surveiller les tendances évolutives de l'infection. Il faut rester prudent sur l'interprétation de la décroissance observée en 2009. En effet, les données 2010 ne montrent pas de recul de l'infection au sein de la communauté homosexuelle masculine et, de plus, montrent que l'épidémie jusque là restreinte aux HSH VIH+, semble s'étendre aux HSH VIH-. Le suivi en 2011 permettra de confirmer ou non cette progression. Enfin, l'observation d'un cas féminin montre que le passage dans la population hétérosexuelle est possible, même s'il reste pour l'instant exceptionnel.

Remerciements

Aux biologistes participants : les Dr G. Kreplack, P. Sednaoui, S. Trombert, C. Scieux et tous les biologistes des CHU de Lyon, Dijon, Brest, Caen, Toulouse, Lille-Tourcoing,

Amiens, Mulhouse et les biologistes du secteur privé de Strasbourg, Bordeaux et du CIDDIST de Marseille et Nîmes.

Aux cliniciens participants.

Références

- [1] Savage EJ, van de Laar MJ, Galloway A, van der Sande M, Hamouda O, Sasse A, *et al*; European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) network. Lymphogranuloma venereum in Europe, 2003-2008. *Euro Surveill.* 2009;14(48):pii= 19428. Disponible à : <http://www.euro-surveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19428>
- [2] 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; 29:1132-6.
- [3] Morre SA, Spaargaren J, Fennema JSA, de Vries HJC, Coutinho RA, Pena AS. Real-time polymerase chain reaction to diagnose lymphogranuloma venereum. *Emerg Infect Dis.* 2005;11:1311-2.
- [4] Spaargaren J, Fennema HS, Morre SA, de Vries HJ, Coutinho RA. New lymphogranuloma venereum *Chlamydia trachomatis* variant, Amsterdam. *Emerg Infect Dis.* 2005;11:1090-2.
- [5] Martin-Iguacel R, Llibre JM, Nielsen H, Heras E, Matas L, Lugo R, *et al*. Lymphogranuloma venereum proctocolitis: a silent endemic disease in men who have sex with men in industrialised countries. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2010;29(8):917-25.
- [6] Christerson L, de Vries HJ, de Barbeyrac B, Gaydos CA, Henrich B, Hoffmann S, *et al*. Typing of lymphogranuloma venereum *Chlamydia trachomatis* strains. *Emerg Infect Dis.* 2010;16(11):1777-9.
- [7] De Munain JL, Ezpeleta G, Imaz M, Del Mar Camara M, Esteban V, Santamaría JM, *et al*. Two lymphogranuloma venereum cases in a heterosexual couple in Bilbao (Spain). *Sex Transm Dis.* 2008;35(11):918-9.
- [8] Gomes JP, Nunes A, Florindo C, Ferreira MA, Santo I, Azevedo J, *et al*. Lymphogranuloma venereum in Portugal: unusual events and new variants during 2007. *Sex Transm Dis.* 2009;36(2):88-91.
- [9] Barbeyrac de B, Peuchant, O, Rasamirana T, Clerc M, Bébear C. LGV doesn't spread in the overall *Chlamydia trachomatis*-infected population in France. Reply to Lymphogranuloma venereum: Here to stay? *Sex Trans Infect.* 2009;85(3):157.
- [10] Sethupathi M, Blackwell A, Davies H. Rectal *Chlamydia trachomatis* infection in women. Is it overlooked? *Int J STD Aids.* 2010;21:93-5.
- [11] Geisler WM, Morrison SG, Bachmann LH. Absence of lymphogranuloma venereum strains among rectal *Chlamydia trachomatis* outer membrane protein a genotypes infecting women and men who have sex with men in Birmingham, Alabama. *Sex Transm Dis.* 2008;35:856-8.
- [12] Waalboer R, van der Snoek EM, van der Meijden WI, Mulder PG, Ossewaarde JM. Analysis of rectal *Chlamydia trachomatis* serovar distribution including L2 (lymphogranuloma venereum) at the Erasmus MC STI clinic, Rotterdam. *Sex Transm Infect.* 2006;82(3):207-11.
- [13] Hamill M, Benn P, Carder C, Copas A, Ward H, Ison C, *et al*. The clinical manifestations of anorectal infection with lymphogranuloma venereum (LGV) versus non-LGV strains of *Chlamydia trachomatis*: a case-control study in homosexual men. *Int J STD AIDS.* 2007;18(7):472-5.
- [14] de Vries HJ, van der Bij AK, Fennema JS, Smit C, de Wolf F, Prins M, *et al*. Lymphogranuloma venereum proctitis in men who have sex with men is associated with anal enema use and high-risk behavior. *Sex Transm Dis.* 2008;35(2):203-8.