

Lymphogranulomatose vénérienne : avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec

Lymphogranulomatose vénérienne : avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Décembre 2015

AUTEURS

Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste-infectiologue, présidente du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CALI)
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Annick Trudelle, conseillère scientifique, coordonnatrice du CALI
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Venne, médecin-conseil, membre du CALI
Service de lutte contre les ITSS, ministère de la Santé et des Services sociaux

Judith Fafard, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du Comité sur les ITSS (CITSS)
Centre Hospitalier Pierre-LeGardeur, CSSS Sud de Lanaudière et Clinique Médicale L'Actuel

Louise Charest, médecin clinicienne, membre du CALI
Clinique médicale l'Actuel

Claude Fortin, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du CALI
CHUM Hôpital Notre-Dame

Isabelle Tétrault, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du CALI
CHA Hôpital Enfant-Jésus

Marc Steben, médecin-conseil, président du CITSS, membre du CALI
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Marc Fiset, agent de planification et de recherche
Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Éric Frost, microbiologiste, membre du CALI
Université de Sherbrooke

Donald Murphy, microbiologiste, membre du CALI
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Bernard Lessard, médecin clinicien
Clinique Médicale du Quartier Latin

AVEC LA COLLABORATION DE

Marie-Claude Drouin, coordonnatrice du CITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Jean Longtin, médecin microbiologiste-infectiologue, microbiologiste en chef
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Gilles Lambert, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Monique Imbleau, conseillère scientifique et coordonnatrice du CITSS (à partir d'août 2015)

ET AVEC LA COLLABORATION DES AUTRES MEMBRES DU CALI ET DU CITSS

Voir liste page suivante

REMERCIEMENT

Nous tenons à remercier l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), particulièrement Julie Robitaille, qui a collaboré avec les auteurs tout au long des travaux.

Nous tenons également à remercier Neil Gaul pour sa contribution dans la révision de cet avis scientifique.

MISE EN PAGES

Virginie Boué
Direction des risques biologiques et de la santé du travail, Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2016
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
ISBN : 978-2-550-75662-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI)

Le Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) est un comité permanent d'experts formé avec l'accord du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec (AMMIQ). Il relève de l'Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang de la Direction des risques biologiques et de la santé au travail de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il est rattaché au directeur du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pour les aspects de laboratoire ainsi qu'au directeur de la Direction des risques biologiques et de la santé au travail (DRBST) pour les aspects de santé publique. Le CALI a le mandat de fournir une expertise scientifique et de formuler des recommandations et avis visant les activités de laboratoire à des fins de dépistage, de diagnostic, de suivi et de contrôle des ITSS.

Liste des membres pour l'année d'exercice 2015 (en ordre alphabétique)

Isabelle Alarie, médecin microbiologiste-infectiologue, CHUS Hôpital Fleurimont

Louise Charest, médecin clinicienne, Clinique médicale l'Actuel

Marc Dionne (membre d'office), directeur scientifique, Institut national de santé publique du Québec

Patrick Dolcé, médecin microbiologiste-infectiologue, Hôpital régional de Rimouski

Claude Fortin, médecin microbiologiste-infectiologue, CHUM Hôpital Notre-Dame

Éric Frost, microbiologiste, Université de Sherbrooke

Lise Guérard (membre d'office), chef de service, Service de lutte contre les ITSS, ministère de la Santé et des Services sociaux

Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste-infectiologue et présidente du CALI, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Diane Lambert, médecin-conseil, Direction de santé publique des Laurentides

Gilles Lambert, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Pierre Lebel, médecin microbiologiste-infectiologue, Hôpital général de Montréal

Brigitte Lefebvre, microbiologiste, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Jean Longtin, médecin chef (à partir de mai 2015), Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

France Morin, médecin clinicienne, CLSC la Pommeraie

Donald Murphy, microbiologiste, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Raymond Parent (membre d'office), chef d'unité scientifique, Institut national de santé publique du Québec

Marc Steben, médecin-conseil et président du CITSS, Institut national de santé publique du Québec

Isabelle Tétrault, médecin microbiologiste-infectiologue, CHA Hôpital Enfant-Jésus

Cécile Tremblay (membre d'office), directrice scientifique (jusqu'en mai 2015), Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Lymphogranulomatose vénérienne : avis sur le dépistage,
la prise en charge clinique et la surveillance au Québec

Annick Trudelle, conseillère scientifique et coordonnatrice du CALI, Institut national de santé publique
du Québec

Sylvie Venne, médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS, ministère de la Santé et des Services
sociaux

Karl Weiss (membre d'office), médecin microbiologiste-infectiologue, président de l'AMMIQ

Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS)

Le Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) est un comité permanent d'experts relevant de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il est rattaché à l'Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang de la Direction des risques biologiques et de la santé au travail. Le CITSS a le mandat de fournir une expertise scientifique et formuler des recommandations visant la prévention et le contrôle de la transmission des ITSS ainsi que les activités de surveillance.

Liste des membres pour l'année d'exercice 2015 (en ordre alphabétique)

Michel Alary, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec, Centre de recherche du CHU de Québec

Jean-Guy Baril, médecin clinicien, président du Comité consultatif sur la prise en charge clinique des PVVIH, Clinique du Quartier Latin

Marc Dionne (membre d'office), directeur scientifique, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

André Dontigny (membre d'office) directeur, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, ministère de la Santé et des services sociaux

Marie-Claude Drouin, coordonnatrice du CITSS, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Judith Fafard, médecin microbiologiste-infectiologue, Association des médecins microbiologistes du Québec.

Mylène Faucher, sexologue, Ordre professionnel des sexologues du Québec

Brigitte Fournier, médecin-conseil, Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches

Robert Gervais, médecin-conseil, Agence de la santé publique du Canada

Marie-Ève Goyer, médecin, Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida du CHUM

Lise Guérard, chef de service, Service de lutte contre les ITSS, ministère de la Santé et des Services sociaux

Monique Imbleau, conseillère scientifique et coordonnatrice du CITSS (à partir d'août 2015)

Christelle Aïcha Kom Mogto, médecin-conseil, Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste-infectiologue et présidente du CALI, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Gilles Lambert, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Danièle Longpré, médecin, Clinique médicale l'Actuel

Jean Longtin, médecin chef, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Ken Monteith, directeur général, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida.

Raymond Parent, chef d'unité scientifique, Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Institut national de santé publique du Québec

Marc Steben, médecin-conseil et président du CITSS, Institut national de santé publique du Québec

Nathanaëlle Thériault, médecin-conseil, Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Maude Veilleux-Lemieux, pédiatre spécialisée en médecine de l'adolescence, Centre hospitalier universitaire de Québec

Table des matières

Liste des tableaux.....	IX
Liste des abréviations	XI
Faits saillants.....	1
Sommaire.....	3
1 Contexte.....	7
2 Méthodologie.....	9
3 Manifestations cliniques de la LGV	11
3.1 Description des manifestations classiques : les trois stades.....	11
3.2 Prédicteurs cliniques d'une LGV chez les personnes présentant une rectite.....	13
3.2.1 Manifestations cliniques et diagnostic différentiel en présence de rectite	13
3.2.2 Quels sont les indicateurs permettant de différencier cliniquement la rectite causée par la LGV d'une autre pathologie?	13
3.2.3 Recommandations.....	14
4 Définitions nosologiques.....	15
4.1 Lymphogranulomatose vénérienne : définition nosologique 2015.....	15
4.2 Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : définition nosologique 2015.....	16
4.3 Recommandations.....	17
5 Épidémiologie : facteurs de risque et données de surveillance	19
5.1 Facteurs de risque	19
5.1.1 Extrait de la Déclaration supplémentaire concernant le diagnostic en laboratoire de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) de l'ASPC	19
5.1.2 Revue de littérature.....	19
5.2 Données de surveillance canadienne	21
5.3 Données de surveillance au Québec	21
5.4 Analyses complémentaires des cas de LGV déclarés au Québec en 2013-2014	22
5.4.1 Facteurs de risque	23
5.4.2 Aspects cliniques	24
5.4.3 Infections rectales à <i>C. trachomatis</i> non-LGV enregistrées au fichier MADO	26
5.5 Recommandations.....	26
6 Données de la Clinique médicale l'Actuel	27
6.1 Étude rétrospective des cas d'infections rectales à <i>C. trachomatis</i> à la Clinique médicale l'Actuel (2010).....	27
6.2 Étude rétrospective des cas de LGV rectale à la Clinique médicale l'Actuel (2013).....	27
6.2.1 Présentation clinique.....	28
6.2.2 Traitement	28
6.2.3 Discussion.....	29
7 Analyses de laboratoire	31
7.1 Sérologie.....	31
7.2 TAAN et génotypage.....	32
7.2.1 Données de typage du LNM.....	33
7.2.2 Données de typage du LSPQ	33
7.3 Recommandations.....	34

8	Infections à <i>C. trachomatis</i> L₁₋₃ (LGV) chez les personnes asymptomatiques	35
8.1	Revue de littérature	35
8.2	Sites d'infection : existe-t-il un réservoir pharyngé et urétral?	36
8.3	Surveillance de la LGV en Colombie-Britannique	38
9	Recommandations de dépistage au Québec, au Canada et internationalement	39
9.1	Québec	39
9.1.1	GQDITSS (mise à jour 2014); MSSS	39
9.2	Canada	40
9.2.1	LDC-ITS (2010) et Déclaration supplémentaire concernant le diagnostic en laboratoire de la LGV (2014); ASPC	40
9.2.2	<i>British Columbia Treatment Guidelines sexually transmitted infections in adolescents and adults</i> (2014); BCCDC	41
9.3	International	41
9.3.1	Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	41
9.3.2	British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)	42
9.3.3	<i>European guidelines on the management of LGV</i> (2013); IUSTI	43
9.3.4	Diagnostic biologique de l'infection à <i>C. trachomatis</i> - avis sur les actes (2010); Haute Autorité de Santé (HAS)	43
9.3.5	<i>Australian STI management guidelines for use in primary care</i> (2015); Australasian sexual health alliance	43
9.4	Résumé des recommandations de recherche de LGV chez les personnes symptomatiques et asymptomatiques (incluant chez les partenaires de personnes infectées par la LGV)	44
9.5	Recommandations	47
10	Aspects de prise en charge clinique : traitement et suivi	49
10.1	Traitement de l'infection rectale documentée à <i>C. trachomatis</i> (non-LGV ou non spécifié LGV)	49
10.1.1	Personnes symptomatiques ou asymptomatiques	49
10.1.2	Partenaires sexuels ayant eu une exposition rectale avec une personne infectée par <i>C. trachomatis</i>	51
10.2	Traitement syndromique de la rectite	53
10.2.1	Personne atteinte de rectite	53
10.2.2	Partenaires sexuels d'une personne avec rectite sans résultat de laboratoire disponible au moment de l'évaluation	58
10.3	Traitement de la LGV	61
10.3.1	Personnes symptomatiques	61
10.3.2	Personnes asymptomatiques	63
10.3.3	Partenaires sexuels d'une personne infectée par la LGV	65
10.4	Test de contrôle de l'efficacité du traitement	68
10.4.1	Lignes directrices	68
10.4.2	Recommandations	68
11	Période de contagiosité de la LGV	69
11.1	Lignes directrices	69
11.2	Revue de littérature	69
11.3	Recommandations	72

12	Recommandations du CALI et du CITSS.....	73
12.1	Prédicteurs cliniques d'une LGV chez les personnes présentant une rectite.....	73
12.2	Définitions nosologiques de 2014	73
12.2.1	Propositions de modifications – définition nosologique LGV.....	73
12.2.2	Propositions de modifications – définition nosologique <i>C. trachomatis</i>	74
12.3	Facteurs de risque	75
12.4	Analyses de laboratoires.....	75
12.4.1	Sérologie	75
12.4.2	Délais pour l'obtention des résultats de génotypage LGV (temps-réponse)	75
12.5	Indications de génotypage LGV dans un contexte de dépistage, lorsque le TAAN est positif pour <i>C. trachomatis</i>	76
12.6	Traitement de l'infection rectale documentée à <i>C. trachomatis</i> (non-LGV ou non spécifié LGV).....	77
12.6.1	Personnes symptomatiques ou asymptomatiques	77
12.6.2	Partenaires sexuels ayant eu une exposition rectale avec une personne infectée par <i>C. trachomatis</i>	78
12.7	Traitement syndromique de la rectite	79
12.7.1	Personne atteinte de rectite.....	79
12.7.2	Partenaires sexuels d'une personne avec rectite sans résultat de laboratoire disponible au moment de l'évaluation	80
12.8	Traitement de la LGV	80
12.8.1	Personnes symptomatiques	80
12.8.2	Personnes asymptomatiques	80
12.8.3	Partenaires sexuels d'une personne infectée par la LGV.....	81
12.9	Tests de contrôle de l'efficacité du traitement	82
12.10	Période de contagiosité de la LGV	82
13	Conclusion	83
	Références	85
Annexe 1	Demande initiale du SLITSS à l'INSPQ–juin 2013.....	91

Liste des tableaux

Tableau 1	Portait épidémiologique de la LGV au Québec du 1 ^{er} janvier 2005 au 31 août 2014.....	22
Tableau 2	Analyses complémentaires sur les facteurs de risque pour les cas de LGV déclarés au Québec entre le 1 ^{er} janvier 2013 et le 31 août 2014.....	23
Tableau 3	Analyses complémentaires sur les aspects cliniques pour les cas de LGV déclarés au Québec entre le 1 ^{er} janvier 2013 et le 31 août 2014	25
Tableau 4	Données du LSPQ et du LNM pour la période du 1 ^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2014	33
Tableau 5	Sommaire des données de prévalence de LGV rectale et des symptômes associés	36
Tableau 6	Sommaire des données de prévalence LGV rectum/pharynx/urètre	37
Tableau 7	Résumé des recommandations de recherche de LGV chez les personnes symptomatiques et asymptomatiques (incluant chez les partenaires de personnes infectées par la LGV)	45
Tableau 8	Recommandations de traitement en lien avec <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> pour une personne avec des symptômes de rectite sans résultat de laboratoire disponible au moment de l'évaluation	56
Tableau 9	Traitements recommandés pour les partenaires sexuels d'un cas de rectite (syndrome).....	60
Tableau 10	Traitements recommandés chez une personne avec LGV symptomatique.....	62
Tableau 11	Traitements recommandés pour les partenaires sexuels d'un cas de LGV	66

Liste des abréviations

ADN	Acide désoxyribonucléique
AIP	Atteinte inflammatoire pelvienne
AOR	Rapport de cote ajusté (<i>Ajusted Odd Ratio</i>)
ARN	Acide ribonucléique
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BASHH	British Association for Sexual Health and HIV
BCCDC	British Columbia Centre for Disease Control
CALI	Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS
CITSS	Comité sur les ITSS
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CLMTI	Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
GQDITSS	Guide québécois de dépistage des ITSS
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HAS	Haute Autorité de Santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires
ITS	Infection(s) transmissible(s) sexuellement
ITSS	Infection(s) transmissible(s) sexuellement et par le sang
IUSTI	International Union against Sexually Transmitted Infections
LDC-ITS	Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LMN	Laboratoire national de microbiologie
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MIF	Micro-immunofluorescence
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OR	Rapport de cote (<i>Odd Ratio</i>)
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RFLP	<i>Restriction Fragment Length Polymorphism</i>
SLITSS	Service de lutte contre les ITSS
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
TCNMI	Table de concertation nationale en maladies infectieuses

Lymphogranulomatose vénérienne : avis sur le dépistage,
la prise en charge clinique et la surveillance au Québec

VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Faits saillants

Plusieurs éclosions de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ont été observées ces dernières années dans les grands centres urbains, principalement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).

- Jusqu'à récemment, la LGV était considérée comme une infection presque toujours symptomatique. La rectite est maintenant la manifestation clinique la plus rapportée chez les patients symptomatiques. Or, de plus en plus d'études démontrent un nombre significatif de cas asymptomatiques de LGV.
- En octobre 2014, l'Agence de la santé publique du Canada a élargi les indications de typage de LGV en présence d'un résultat *C. trachomatis* positif pour tout site de prélèvement, en recommandant « d'envisager » un génotypage LGV chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes asymptomatiques qui remplissent certains critères de risque spécifiques.
- Les recommandations québécoises en vigueur au moment de la rédaction de cet avis sont de procéder à un génotypage de la LGV lorsque demandé par un clinicien dans un contexte de syndrome compatible avec une LGV ou en présence d'un contact LGV documenté.
- Le présent avis avait comme objectif initial d'analyser la littérature et de formuler des recommandations quant à la pertinence et aux indications de procéder à un génotypage LGV chez des personnes asymptomatiques infectées par *C. trachomatis*. Au moment de la réalisation des travaux, d'autres besoins du réseau ont été exprimés et le mandat a été élargi.
- Les recommandations principales décrites dans cet avis sont les suivantes :
 - privilégier le test d'amplification des acides nucléiques comme analyse de laboratoire pour le dépistage et le diagnostic de la LGV. Par conséquent, la sérologie doit être retirée de la définition nosologique LGV, car elle ne devrait plus être utilisée.
 - génotyper tous les échantillons rectaux positifs pour *C. trachomatis* (hommes et femmes, dans toutes les régions du Québec), pour une période de deux ans. Une analyse des résultats obtenus mènera alors à une réévaluation de la recommandation.
 - réduire le temps-réponse pour l'obtention du résultat de génotypage LGV afin d'améliorer la prise en charge clinique et le traitement, de même que l'intervention auprès des partenaires. En ce sens, il est recommandé que cette analyse soit réalisée dans un laboratoire québécois.
 - définir et documenter certains indicateurs afin d'établir si la stratégie proposée est efficace et devrait être implantée à plus long terme. Si la recommandation proposée est retenue, un devis détaillé devra être rédigé, dont la mise en œuvre dépendra des ressources disponibles.
 - maintenir la vigie rehaussée des cas déclarés de LGV, afin de caractériser les cas. À cet effet, assurer la révision et la bonification du formulaire d'enquête épidémiologique afin de différencier les personnes infectées avec symptômes de LGV des personnes avec symptômes non spécifiques et des personnes asymptomatiques.
- Au moment de la rédaction de cet avis, les guides d'usage optimal sur le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux n'incluaient pas de recommandations spécifiques pour les infections rectales. L'avis inclut une revue de la littérature et des lignes directrices, ainsi que des recommandations de traitement des personnes atteintes de LGV, de rectite et d'infections rectales à *C. trachomatis*, ainsi que de leurs partenaires sexuels.

Sommaire

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une infection causée par les génotypes les plus invasifs de *Chlamydia trachomatis* : L1, L2 ou L3 (L₁₋₃). Plusieurs épidémies de LGV ont été observées ces dernières années dans les grands centres urbains, principalement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). La rectite est maintenant la manifestation clinique la plus rapportée chez les patients symptomatiques (la présentation génitale avec lymphadénopathie inguinale étant plus rare)(1). Jusqu'à récemment, la LGV était considérée comme une infection presque toujours symptomatique. Cependant, des données récentes mettent en évidence qu'une proportion significative de personnes infectées par *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) sont asymptomatiques(2-6).

Au Québec, la recommandation de génotypage pour la détection de l'infection à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) est essentiellement limitée aux personnes présentant un syndrome clinique suggestif d'une LGV (contexte de diagnostic) ou à la suite d'un contact sexuel avec une personne ayant une infection à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) (contexte de dépistage). Autrement dit, chez une personne asymptomatique chez qui on détecte une infection à *C. trachomatis*, en l'absence d'une histoire de contact avec un cas de LGV, il n'est pas recommandé de chercher à savoir s'il s'agit d'une infection par un génotype L₁₋₃ (LGV) de *C. trachomatis*.

En octobre 2014, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a publié une « Déclaration supplémentaire concernant le diagnostic en laboratoire de la LGV »(7). Cet énoncé élargit les indications de typage de LGV, en recommandant « d'envisager » un génotypage LGV en présence d'un résultat *C. trachomatis* positif pour tout site de prélèvement chez les HARSAH asymptomatiques qui remplissent certains critères de risque spécifiques.

Depuis 2012, les deux Comités d'experts en infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) et le Comité sur les ITSS (CITSS), ont reçu plusieurs demandes en lien avec la LGV. Un groupe de travail conjoint aux deux comités a donc été créé afin de réviser la littérature dans le but de répondre à ces diverses demandes. Le principal mandat était d'évaluer la pertinence et les indications de procéder à un génotypage LGV chez des personnes asymptomatiques infectées par *C. trachomatis*. Le présent avis regroupe donc l'ensemble des réponses à ces demandes.

Prédicteurs cliniques d'une LGV

Comme mentionné précédemment, la plupart des cas de LGV chez les HARSAH se présentent avec un tableau de rectite. Cependant, les manifestations de la rectite (écoulement anal, saignement, douleur anale, ténésme, constipation)(8) peuvent également être causées par *Neisseria gonorrhoeae*, par des souches de *C. trachomatis* non associées à la LGV, ou plus rarement par la syphilis ou l'herpès. Les connaissances actuelles limitées ne permettent pas de proposer des prédicteurs cliniques fiables permettant de différencier une rectite à LGV d'une rectite à *N. gonorrhoeae* ou à *C. trachomatis* non-LGV. Il n'est donc pas possible d'émettre des recommandations de traitement différentiel sur la base de la présentation clinique. Le clinicien devra tenir compte de la présence de facteurs de risque et du contexte épidémiologique local, en plus de la présentation clinique, dans l'exercice de son jugement. Un diagnostic de laboratoire précoce est souhaitable afin d'orienter la prise en charge clinique dans le cadre du suivi.

Épidémiologie et facteurs de risque

Les HARSAH représentent la majorité des personnes infectées par la LGV, avec quelques cas anecdotiques chez les femmes et chez les hommes hétérosexuels(5). La LGV était très rare au Québec et au Canada jusqu'à la survenue d'une éclosion en 2005 et 2006. Depuis le début de la surveillance, entre le 1^{er} janvier 2005 et le 23 mars 2015, 239 cas de LGV ont été enregistrés au fichier des maladies à déclaration obligatoire au Québec. Tous sont des hommes, à l'exception de deux cas féminins classés comme cas probables.

La revue de littérature de même que l'analyse des cas déclarés au Québec ont permis d'identifier plusieurs facteurs de risque qui semblent être associés à la LGV. Cependant, il n'est pas possible, en se basant sur les données actuelles, d'identifier un ou des facteurs de risque qui permettraient d'orienter de façon fiable la prise en charge clinique en présence d'un syndrome clinique ou d'une infection rectale documentée à *C. trachomatis*. Le clinicien doit donc utiliser son jugement en se basant sur la présence de facteurs de risque, sur la présentation clinique compatible ainsi que sur le contexte épidémiologique local.

Une vigie rehaussée des cas déclarés de LGV devrait se poursuivre afin de caractériser les cas. À cet effet, le formulaire d'enquête épidémiologique devrait être revu et bonifié, notamment afin de bien différencier les personnes infectées avec symptômes de LGV des personnes avec symptômes non spécifiques et des personnes asymptomatiques. Cette mesure pourrait fournir un éclairage sur l'utilité de maintenir un génotypage LGV au-delà des personnes symptomatiques ou rapportant un contact avec un cas de LGV.

Analyses de laboratoire

Selon les définitions nosologiques québécoises en vigueur au moment de la rédaction de cet avis, une sérologie positive représente un critère de cas probable de LGV. Puisque la sérologie LGV manque de spécificité, les experts considèrent qu'elle devrait être réservée à des fins de surveillance dans des contextes exceptionnels où il est impossible de procéder à l'analyse par un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), lorsque la suspicion clinique ou épidémiologique de LGV est élevée. Une recommandation a donc été faite au comité des définitions nosologiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), afin de retirer la sérologie de la définition nosologique, car elle ne devrait plus être utilisée. L'analyse de laboratoire privilégiée pour le dépistage et le diagnostic de la LGV est un TAAN.

En présence d'un résultat positif pour *C. trachomatis* par TAAN, lorsque la requête précise une recherche de LGV, l'échantillon est acheminé au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) qui, par la suite, transmet les échantillons au Laboratoire national de microbiologie (LNM) de Winnipeg afin d'effectuer le génotypage par une technique de *Polymerase Chain Reaction* (PCR) multiplexe (LGV ou non-LGV) puis séquençage lorsque la PCR est positive pour LGV. Le délai requis avant que le clinicien reçoive le résultat de génotypage est donc assez long, en moyenne 30 jours, ce qui complexifie grandement la prise en charge clinique ainsi que l'intervention auprès des partenaires. Afin de réduire le temps-réponse pour le génotypage, il est donc recommandé que cette analyse soit réalisée dans un laboratoire québécois^A. La cible visée serait de 7 jours ou moins entre le prélèvement et le résultat du TAAN *C. trachomatis*/*N. gonorrhoeae*, et de 14 jours ou moins entre le prélèvement et le résultat du génotypage LGV. Le séquençage des échantillons positifs, permettant de préciser le génotype exact de la souche, pourrait être réalisé dans un laboratoire québécois ou au LNM, puisqu'il ne s'agit pas d'une information urgente à obtenir dans la prise en charge d'un patient.

^A Des démarches sont en cours au MSSS afin de permettre officiellement la réalisation de l'analyse dans un laboratoire québécois (communications personnelles Jasmine Perron et Jean Longtin, décembre 2015).

Indications de génotypage LGV dans un contexte de dépistage

De plus en plus d'études démontrent un nombre significatif de cas asymptomatiques de LGV. Selon la littérature, la majorité des infections sont retrouvées au niveau rectal (la prévalence québécoise est inconnue). La prévalence d'infections génitales et pharyngées asymptomatiques est inconnue au Québec et semble très faible ailleurs. De plus, l'impact de ces sites d'infection asymptomatique sur la transmission de *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) est incertain.

Les recommandations québécoises en vigueur au moment de la rédaction de cet avis sont de procéder à un génotypage de la LGV uniquement lorsque demandé par un clinicien dans un contexte de syndrome compatible avec une LGV ou en présence d'un contact LGV documenté. Compte tenu des limites des données disponibles au Québec, il est impossible de statuer avec précision et avec une vue à long terme sur la pertinence et les indications de procéder à un génotypage LGV chez des personnes asymptomatiques infectées par *C. trachomatis*. En ce sens, il serait souhaitable de documenter la situation afin de permettre une meilleure analyse de la situation et d'établir des recommandations basées sur l'épidémiologie québécoise.

À la lumière de la revue de la littérature, des lignes directrices ainsi que d'avis d'experts, il est recommandé que tous les échantillons rectaux positifs pour *C. trachomatis* (hommes et femmes, dans toutes les régions du Québec) soient génotypés. La mise en place de cette recommandation pourrait être valable pour une période de deux ans. Une analyse des résultats obtenus mènera alors à une réévaluation de la recommandation. Cette stratégie de génotypage systématique, accompagnée d'une réduction des délais en effectuant l'étape initiale de PCR au Québec, comporterait des avantages tant au niveau de la surveillance, de la prise en charge et du traitement des patients, qu'au niveau de l'intervention auprès des partenaires. Il sera important de définir et documenter certains indicateurs afin d'établir si la stratégie proposée est efficace et devrait être implantée à plus long terme. Les auteurs du présent avis s'engagent à proposer un devis détaillé dont la mise en œuvre dépendra des ressources disponibles, si la recommandation proposée venait à être retenue.

Prise en charge clinique et suivi

Une revue de la littérature et des lignes directrices en vigueur au moment de la rédaction de cet avis a également été réalisée dans le but de formuler des recommandations de traitement de la LGV. Le traitement privilégié chez une personne symptomatique, une personne asymptomatique ainsi que chez une personne qui rapporte un contact sexuel^B avec une personne ayant une LGV confirmée devrait être doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours. Les résultats de génotypage (arrivant cependant tardivement) peuvent servir à moduler *a posteriori* le traitement entrepris. Différents scénarios sont présentés dans l'avis.

La littérature consultée n'a pas permis d'établir avec certitude la période de contagiosité de la LGV. Il est toutefois raisonnable de penser que celle-ci se termine avec la fin du traitement de doxycycline de 21 jours dans la mesure où il y a résolution des symptômes.

Le présent avis inclut également des recommandations sur la prise en charge clinique des personnes atteintes d'infections rectales à *C. trachomatis* et de rectite, ainsi que de leurs partenaires. Ces différentes recommandations pourront être prises en considération par l'INESSS dans le cadre de la mise à jour des guides d'usage optimal sur le traitement des ITSS.

^B Tout partenaire ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic (si asymptomatique), pendant qu'elle avait des symptômes ou avant la fin du traitement, devrait se soumettre à une évaluation clinique, être soumis à des tests de dépistage et recevoir un traitement empirique.

Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est recommandé en présence d'une infection rectale à *C. trachomatis* traitée par azithromycine, ainsi qu'en présence d'une infection à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV), quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée. Le test de contrôle doit alors être effectué le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement, peu importe le site d'infection.

1 Contexte

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est causée par les génotypes les plus invasifs de *Chlamydia trachomatis* : L1, L2 ou L3 (L₁₋₃). Depuis une dizaine d'années, on observe des éclosions de LGV dans les grands centres urbains, surtout chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).

À la suite d'une demande du Service de lutte contre les ITSS (SLITSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de mettre à jour les analyses recommandées pour le dépistage des ITSS, le comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) s'est penché notamment sur les analyses recommandées pour le dépistage des infections à *C. trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*. Les données de la littérature, de même que les recommandations de plusieurs autorités de santé publique hors Québec, ont amené le CALI à recommander en octobre 2013 l'utilisation des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour la recherche de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* à partir de spécimens ano-rectaux (en fonction des pratiques sexuelles) lorsque le dépistage de ces infections est effectué chez les HARSAH et les travailleuses du sexe^c(9,10). L'augmentation récente du nombre d'infections à *C. trachomatis* détectées à partir d'un spécimen ano-rectal (voir sections 5.4.3 et 7.2.2) pourrait en partie être expliquée par l'application de cette recommandation. Selon les recommandations en vigueur au moment de rédiger cet avis, pour les autres populations où un dépistage de l'infection gonococcique au site ano-rectal peut être indiquée, la recherche de *N. gonorrhoeae* est effectuée par culture.

Selon le Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (GQDITSS) en vigueur au moment de la rédaction de cet avis, il n'y a actuellement aucune indication de dépistage de la LGV, à l'exception des partenaires sexuels de personnes atteintes d'une LGV(9). Autrement dit, chez une personne asymptomatique chez qui on détecte une infection à *C. trachomatis*, en l'absence d'une histoire de contact avec un cas de LGV, il n'est pas recommandé de chercher à savoir s'il s'agit d'une infection par un génotype L₁₋₃ (LGV) de *C. trachomatis*. Jusqu'à maintenant, au Québec, la recommandation de génotypage pour la détection de l'infection à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) est essentiellement limitée à la détection de la LGV chez des personnes présentant un syndrome clinique suggestif (contexte de diagnostic) ou après un contact sexuel avec une personne ayant une infection à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) (contexte de dépistage). Pour que le spécimen soit analysé, le clinicien doit fournir une requête qui spécifie une demande de recherche de LGV en raison d'un syndrome clinique compatible ou d'un contact avec un cas de LGV. Dans ces situations, les spécimens positifs pour *C. trachomatis* sont envoyés au laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), qui les achemine au Laboratoire national de microbiologie (LNM) pour l'identification des génotypes L₁₋₃ associés à la LGV.

Toutefois, des données issues de projets de recherche ou de la surveillance montrent la présence de cas asymptomatiques^d, au-delà des situations où un contact aurait été identifié.

Depuis 2012, les deux comités d'experts en infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le CALI et le comité sur les ITSS (CITSS), ont reçu plusieurs demandes en lien avec la LGV. Le présent avis regroupe donc l'ensemble des réponses à ces demandes.

^c Lorsqu'il y a des pratiques sexuelles impliquant une pénétration anale.

^d NOTE : La LGV est un syndrome clinique. Ainsi, l'appellation « LGV asymptomatique » et la notion de dépistage de cas asymptomatiques semblent incohérentes. Il serait donc plus précis de parler d'infections asymptomatiques causées par les génotypes L1, L2, L2b ou L3 de *C. trachomatis* (ou de génotypes L₁₋₃ associés à la LGV). Toutefois, afin d'alléger le texte, l'appellation « LGV asymptomatique » sera utilisée dans cet avis.

- À l'automne 2012, le SLITSS a demandé au CITSS de définir la période de contagiosité de la LGV. Le CITSS a transféré la question à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), mais, n'ayant pas reçu de réponse au moment de débiter les travaux du présent avis, cette question est abordée ici.
- En mars 2013, le SLITSS a demandé au CALI et au CITSS de valider le contenu d'une fiche clinique sur la LGV qui pourrait être intégrée au GQDITSS.
- En juin 2013, le SLITSS a soumis trois questions au CALI et au CITSS, afin d'orienter la pertinence et les indications de procéder à un génotypage LGV chez des personnes asymptomatiques infectées par *C. trachomatis*. La demande détaillée soumise à l'INSPQ par le SLITSS est jointe en annexe (voir annexe 1).
- En octobre 2014, l'ASPC a publié une « Déclaration supplémentaire concernant le diagnostic en laboratoire de la LGV »(7). Cet énoncé propose des recommandations provisoires concernant le diagnostic en laboratoire de la LGV, en vigueur jusqu'à la révision du chapitre LGV des Lignes directrices canadiennes (LDC) sur les infections transmissibles sexuellement (ITS). L'ASPC élargit les indications de typage de LGV en recommandant « d'envisager » un génotypage LGV en présence d'un résultat *C. trachomatis* positif pour tout site de prélèvement chez les HARSAH asymptomatiques qui remplissent des critères de risque spécifiques (voir section 9.2.1). À la lecture des données probantes, le Québec doit donc se positionner face à cette déclaration supplémentaire, soit en appuyant la position canadienne ou en proposant une stratégie différente.
- En juin 2014, une demande est acheminée au CITSS, soit de valider le contenu des protocoles d'Info-Santé, incluant un protocole sur la LGV.
- Pendant la période des travaux, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) procédait à la mise à jour de deux des guides sur le traitement pharmacologique des ITSS, soit « Cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite, épididymite/orchi-épididymite »(11) (auquel devait s'ajouter une section sur la rectite) et « Infection à *Chlamydia trachomatis* et infection à *Neisseria gonorrhoeae* »(12). Il s'avérait opportun, pour la mise à jour de ces guides, de préciser les recommandations de traitement des cas d'infections rectales à *C. trachomatis* et de leurs partenaires. Considérant que ces infections sont susceptibles d'être causées par un génotype associé à la LGV, le présent avis inclut donc une section de prise en charge clinique afin de répondre à ce besoin.
- En avril 2015, le comité sur les définitions nosologiques du MSSS a demandé au groupe de travail LGV du CALI de proposer des mises à jour de la définition nosologique de la LGV, compte tenu des travaux en cours à l'INSPQ sur le dépistage de la LGV.

Le présent avis avait donc, comme objectif initial, d'analyser la littérature et de formuler des recommandations quant à la pertinence et aux indications de procéder à un génotypage LGV chez des personnes asymptomatiques infectées par *C. trachomatis*. Il inclut également des éléments de réponses aux autres demandes connexes en lien avec la LGV qui ont été reçues à l'INSPQ depuis 2012.

2 Méthodologie

Afin de répondre au mandat confié par le MSSS, le CALI et le CITSS ont conjointement organisé une demi-journée scientifique sur la LGV, qui s'est tenue le 11 décembre 2013 à l'INSPQ. Cette activité scientifique avait pour but de faire un premier survol de la littérature portant sur les données épidémiologiques et cliniques sur la LGV et ainsi évaluer si un travail plus approfondi devait être envisagé. Des présentations scientifiques ont été faites par des membres des deux comités, ainsi que par des experts canadiens, notamment de l'ASPC, du LNM de Winnipeg et du British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC).

En suivi de cette demi-journée scientifique, un groupe de travail sur la LGV a officiellement été formé en mai 2014. Celui-ci est constitué d'experts du CALI, du CITSS et du SLITSS, ainsi que d'experts invités. Les travaux ont débuté en septembre 2014 et des conférences téléphoniques ont eu lieu afin de diriger la rédaction du présent avis scientifique. Cet avis est issu de plusieurs échanges au sein des experts du groupe de travail, ainsi qu'auprès des membres du CALI et du CITSS. Les deux comités en ITSS ont été consultés sur le contenu de l'avis lors de leurs rencontres officielles en mars 2015, ainsi qu'à plusieurs reprises par la suite.

Une revue de la littérature a été effectuée entre septembre 2013 et mars 2015. La recherche PubMed de la littérature publiée jusqu'en mars 2015 a été effectuée avec les mots-clés suivants : *LGV AND screening, LGV AND asymptomatic, LGV AND prevalence, LGV AND reservoir, anal LGV, rectal LGV, LGV AND epidemiology, LGV AND risk factor, LGV AND pharynx, LGV AND uretral, LGV AND cervical, LGV AND persistence, LGV AND transmission, LGV AND post treatment, LGV AND contagion, LGV AND contagious, LGV AND test of cure, LGV AND treatment, rectal Chlamydia trachomatis AND azithromycine, rectal Chlamydia trachomatis AND doxycycline, rectal Chlamydia AND azithromycine, rectal Chlamydia AND doxycycline*. Les mêmes recherches ont été effectuées en remplaçant le mot-clé LGV par *Lymphogranuloma venereum*. Les abrégés des principaux congrès d'infectiologie et d'ITSS de 2013 et 2014 ont aussi été parcourus manuellement (*ID week, International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTD), European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID), Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC)*) à la recherche de données non publiées.

Les recommandations qui suivent sont donc basées sur les données de la littérature jugées les plus pertinentes par les experts du CALI et du CITSS, avec une analyse des données épidémiologiques de la LGV qui prend en considération le contexte québécois de cette infection. Les travaux s'appuient également sur une revue des recommandations de dépistage des autorités de santé publique des pays qui ont une épidémiologie comparable à la nôtre (États-Unis, Australie, France, Grande-Bretagne, et autres pays d'Europe).

Certaines versions de travail de cet avis ont été transmises au groupe d'experts de l'INESSS aux fins de discussions et d'harmonisation, dans le cadre de la mise à jour de leurs guides sur le traitement pharmacologique des ITSS.

3 Manifestations cliniques de la LGV

Chez les hétérosexuels, la manifestation clinique la plus commune de la LGV est une adénopathie fémorale ou inguinale douloureuse, typiquement unilatérale(13). Un ulcère ou une papule génitale peut parfois apparaître au site d'inoculation puis disparaître spontanément, faisant en sorte qu'au moment de la consultation médicale, les lésions classiques sont souvent absentes. Une exposition rectale chez les femmes ou les HARSAH peut entraîner une rectite dont les manifestations peuvent être similaires à celles de la maladie inflammatoire de l'intestin : écoulements rectaux muqueux et/ou hémorragiques, douleur anale, constipation, fièvre et/ou ténésme(13). La LGV peut aussi se présenter comme une infection systémique invasive. Dans les pays développés, la présentation clinique la plus fréquente est maintenant la rectite, l'adénopathie inguinale étant moins souvent rapportée(1).

Si la rectite n'est pas traitée à ses débuts, elle peut entraîner des fistules et sténoses colorectales chroniques.

Jusqu'à récemment, on considérait que cette infection était toujours (ou presque) symptomatique. Des données récentes mettent en évidence qu'une proportion significative de personnes infectées par la LGV sont asymptomatiques (voir section 8).

Les personnes souffrant de lésions génitales et colorectales causées par la LGV peuvent être co-infectées par d'autres ITSS ou d'autres pathogènes non transmis sexuellement(13).

3.1 Description des manifestations classiques : les trois stades

Stade primaire : après une période d'incubation de 3 à 30 jours, l'infection primaire est caractérisée par l'apparition d'une petite papule non douloureuse au site d'inoculation. La papule peut devenir ulcéreuse. La lésion peut souvent passer inaperçue. Elle guérit spontanément sans laisser de cicatrice. Selon le site de l'infection, ce stade peut aussi se manifester par une uréthrite, une cervicite ou une rectite(14,15).

Stade secondaire : le stade secondaire débute de deux à six semaines après le stade primaire. Les manifestations peuvent être variables. Parmi celles-ci, on dénote des symptômes systémiques (fièvre, frissons, malaises, myalgie et arthralgie) et une lymphadénopathie impliquant les ganglions drainant la lésion primaire. Initialement, les ganglions sont sensibles et légèrement augmentés de volume puis progressent vers une masse inflammatoire, au sein de laquelle un abcès appelé bubon peut se former. L'abcès peut mener à une fistule jusqu'à la peau qui cause, dans environ 30 % des cas, un écoulement persistant. La séparation des ganglions inguinaux et fémoraux par le ligament inguinal produit le signe du sillon (« *groove sign* »), classiquement associé à la LGV (voir figure 1). La guérison peut s'accompagner de cicatrices(14,15).

Figure 1 **Manifestation clinique d'une LGV : séparation des ganglions inguinaux et fémoraux**



Source : photo courtoisie de Neil Gaul, Clinique médicale
l'Actuel, 16 janvier 2015.

La LGV secondaire causant des symptômes ano-rectaux (voir aussi section 3.2.1) est caractérisée par une rectite hémorragique aiguë. L'infection peut être plus extensive vers le côlon (rectocolite), causant un processus inflammatoire granulomateux menant à la formation de granulomes non caséux et d'abcès cryptiques de la paroi colique. Les manifestations les plus fréquemment rapportées sont le ténésme (crampes anales), avec ou sans constipation (causée par l'œdème local) ainsi que les écoulements muqueux, purulents ou sanguins de l'anus, accompagnés de douleur(14-16). Lorsqu'une endoscopie est réalisée, on constate classiquement un exsudat mucopurulent avec une muqueuse friable et ulcérée. Les érosions initiales peuvent évoluer vers des granulomes et on peut observer des magmas inflammatoires. Cependant, selon les rapports de cas publiés, jusqu'à 40 % des hommes avec une rectite secondaire à la LGV ne présentent aucune anomalie endoscopique(16). La pathologie montre des modifications inflammatoires non spécifiques d'aspect aigu ou chronique. L'interprétation peut être trompeuse puisque la présentation endoscopique et histopathologique peut notamment suggérer une maladie inflammatoire de l'intestin, retardant ainsi le diagnostic et augmentant le risque de complications(8).

Stade tertiaire : en l'absence de traitement, 10 à 20 % des patients évolueront vers le stade tertiaire, caractérisé par des lésions chroniques inflammatoires telles que l'obstruction lymphatique causant l'éléphantiasis génital ainsi que des sténoses et fistules génitales et rectales. Chez la femme, il y a un risque d'esthionème, soit une destruction des organes génitaux(14,15).

3.2 Prédicteurs cliniques d'une LGV chez les personnes présentant une rectite

Comme mentionné précédemment, la plupart des cas de LGV chez les HARSAH se présentent avec un tableau de rectite.

3.2.1 MANIFESTATIONS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL EN PRÉSENCE DE RECTITE

La rectite est une inflammation du rectum (c'est-à-dire la portion distale de 10-12 cm), associée à une douleur ano-rectale, du ténesme et des écoulements. Les ITSS les plus fréquemment associées à la rectite sont les infections à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* (incluant les génotypes associés à la LGV). La syphilis et l'herpès peuvent aussi causer une rectite.

En plus des symptômes de rectite, en présence de rectocolite, on retrouvera de la diarrhée, des crampes abdominales et une inflammation de la muqueuse colique. Comme décrit précédemment, les génotypes de *C. trachomatis* associés à la LGV causent classiquement ce syndrome, mais le diagnostic différentiel large inclut entre autres les infections causées par des entéropathogènes (par exemple, *Shigella* spp.), les infections opportunistes qui peuvent survenir chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH) immunodéprimées, ainsi que les maladies inflammatoires de l'intestin (par exemple, la colite ulcéreuse). Il est à noter que la distinction clinique entre la rectite et la rectocolite n'est pas nécessairement facile et que, dans certains cas, une évaluation par anoscopie ou colonoscopie peut être indiquée.

3.2.2 QUELS SONT LES INDICATEURS PERMETTANT DE DIFFÉRENCIER CLINIQUEMENT LA RECTITE CAUSÉE PAR LA LGV D'UNE AUTRE PATHOLOGIE?

Les données permettant de cibler des indicateurs afin de différencier cliniquement la LGV d'une autre pathologie sont limitées. Une étude cas-témoin a été menée en Nouvelle-Angleterre dans le but de bâtir un modèle de prédiction clinique(8). La population était issue d'HARSAH ayant consulté dans l'une des six cliniques hospitalières entre 2008 et 2010. Les cas étaient des HARSAH avec diagnostic de LGV rectal confirmé (incluant des cas asymptomatiques ou présymptomatiques). Les témoins étaient appariés aux cas sur la base de la date de présentation à la clinique (dans la même semaine qu'un cas); ils sont définis comme des HARSAH se présentant pour des symptômes de rectite et rapportant avoir eu des relations ano-génitales au cours des trois derniers mois, mais avec une recherche de LGV négative. Au total, 98 cas et 81 témoins ont été inclus dans l'étude(8). Parmi les cas, neuf étaient asymptomatiques au moment de l'évaluation initiale, mais cinq cas sur sept (absence de données de suivi pour deux cas initialement asymptomatiques) ont développé des symptômes rectaux entre le moment du diagnostic et le traitement. Les diagnostics retenus pour les témoins furent :

- Une ou plusieurs ITSS (n = 44, dont 20 avaient une infection rectale à *C. trachomatis* et 8 une infection rectale à *N. gonorrhoeae*; les autres ITSS étaient herpès génital, syphilis, condylome et/ou des infections à *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* pharyngées ou urétrales);
- Hémorroïdes (n = 3);
- Fissures (n = 2);
- Giardiase (n = 1);
- Microsporidiose (n = 1).

Aucun diagnostic spécifique n'a pu être établi pour 30 d'entre eux(8).

En analyse univariée, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (90 % versus 72 %) et un antécédent d'ITSS (99 % versus 84 %) étaient plus fréquents chez les cas que chez les témoins. Une co-infection rectale à *N. gonorrhoeae* était plus fréquente chez les cas de LGV (n = 18; 19 %) que chez les témoins (n = 6; 8 %; p = 0,038)(8).

Les symptômes les plus fréquents chez les cas de LGV étaient l'écoulement anal (66 %), le saignement (61 %), la douleur anale (56 %) et le ténesme (33 %)(8). Le ténesme, la constipation, l'écoulement anal et la perte de poids étaient significativement plus fréquents chez les cas que chez les témoins. Certaines trouvailles à la rectoscopie étaient aussi associées à la LGV, avec l'exsudat et le saignement significativement plus fréquents chez les cas que chez les témoins.

En analyse multivariée, le symptôme le plus prédictif de LGV était le ténesme, seul ou en association avec la constipation (rapport de cote (*Odd ratio* (OR)) 7,0; IC95 % 2,7-17,9)(8). Il est à noter que les données de l'article ne permettent pas de comparer la présentation clinique des cas de LGV avec celle des HARSAH présentant une infection rectale à *C. trachomatis* non-LGV.

L'algorithme clinique proposé par les auteurs pour aider au diagnostic de la LGV, soit la présence de ténesme, de constipation, ou d'exsudat à la rectoscopie, offre une sensibilité de 77 % et une spécificité de 65 %(8). Les auteurs reconnaissent que ces paramètres sont imparfaits et déplorent les délais encourus avant d'obtenir le résultat de génotypage.

3.2.3 RECOMMANDATIONS

Les connaissances actuelles limitées ne permettent pas de proposer des prédicteurs cliniques fiables permettant de différencier une rectite à LGV d'une rectite à *C. trachomatis* non-LGV. Il n'est donc pas possible d'émettre des recommandations de traitement différentiel sur la base de la présentation clinique (voir section 10.2). Le clinicien devra donc aussi tenir compte de la présence de facteurs de risque et du contexte épidémiologique local pour exercer son jugement. Un diagnostic de laboratoire précoce est souhaitable afin d'orienter la prise en charge clinique dans le cadre du suivi.

4 Définitions nosologiques

Selon les définitions nosologiques d'infection à *C. trachomatis* et de la LGV de juin 2012, un cas asymptomatique chez qui le génotypage avait confirmé la présence de *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) ne pouvait être classifié comme confirmé ou probable, à moins d'une histoire de contact sexuel avec un cas confirmé de LGV (en l'absence d'histoire de contact, il fallait documenter la présence de rectite ou de lymphadénopathie inguinale ou fémorale). La définition nosologique a été modifiée et adoptée par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) au cours de l'année 2014, puis elle a été publiée au cours de l'année 2015 (voir section 4.1) afin d'y inclure les cas asymptomatiques⁽¹⁷⁾ : les manifestations cliniques ont été retirées de la définition de cas confirmé, car les deux autres conditions assurent une bonne spécificité. De plus, afin d'éviter qu'un cas puisse à la fois être classifié comme ayant une infection à *C. trachomatis* et une LGV, une note a été ajoutée à la définition de cas confirmé d'infection à *C. trachomatis* (voir section 4.2) : « Les infections à *Chlamydia trachomatis* qui répondent à la définition de cas probable de lymphogranulomatose vénérienne seront saisies dans le système d'information sous « lymphogranulomatose vénérienne »⁽¹⁷⁾.

4.1 Lymphogranulomatose vénérienne : définition nosologique 2015

Les définitions nosologiques actuelles d'un cas confirmé et d'un cas probable de LGV sont les suivantes^E :

« Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) Résultat positif à au moins l'un des deux tests de détection suivants¹:
 - isolement de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié, **OU**
 - détection de *Chlamydia trachomatis* par une technique d'amplification génique appropriée;

ET

- 2) À partir d'un résultat positif obtenu par culture ou par détection d'acides nucléiques, confirmation par séquençage de l'ADN ou par cartographie différentielle de restriction (*restriction fragment length polymorphism* [RFLP]) d'un des sérotypes responsables de lymphogranulomatose vénérienne (L1, L2 ou L3).

Note explicative :

- ¹ La culture, la détection d'acides nucléiques et les tests sérologiques ne permettent pas de faire la distinction entre les sérotypes de *Chlamydia trachomatis* responsables de la lymphogranulomatose vénérienne et ceux qui sont associés aux autres infections. Tout résultat positif à l'un de ces tests de détection doit être confirmé par l'un des tests spécifiques mentionnés au point 2 de la définition de cas confirmé.

^E <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c998857c12429a008525720a006203ea?OpenDocument>.

Cas probable

Présence des deux conditions suivantes :

1) Un des trois critères suivants :

- rectite, **OU**
- lymphadénopathie inguinale ou fémorale, **OU**
- contact sexuel avec un cas confirmé de lymphogranulomatose vénérienne;

ET

2) Résultat positif à au moins l'un des cinq tests de détection suivants :

- isolement de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié, **OU**
- détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis*, **OU**
- détection par une épreuve de micro-immunofluorescence ou de fixation du complément d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence, **OU**
- détection sérologique, par une épreuve de fixation du complément, d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* ≥ 64 , **OU**
- détection sérologique, par une épreuve de micro-immunofluorescence, d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* ≥ 256 »(17).

4.2 Infection à *Chlamydia trachomatis* : définition nosologique 2015

La définition nosologique actuelle d'un cas confirmé de *C. trachomatis* est la suivante :

« Cas confirmé¹

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) Isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire; **OU**
- 2) Détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou DFA dans un prélèvement d'origine conjonctivale, pharyngée, urinaire, urétrale, endocervicale, vaginale ou rectale²; **OU**
- 3) Détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* dans un prélèvement d'origine conjonctivale, pharyngée³, urinaire, urétrale, endocervicale, vaginale ou rectale²; **OU**
- 4) Détection sérologique d'IgM spécifiques chez un nourrisson âgé de moins de trois mois et présentant une pneumonie.

Notes explicatives :

- ¹ Un nouvel épisode d'infection à *Chlamydia trachomatis* ne devrait pas être inscrit au système d'information à l'intérieur d'une période de deux mois suivant un épisode antérieur, sauf si des renseignements permettent de considérer deux déclarations comme deux épisodes distincts.
- ² Les infections à *Chlamydia trachomatis* qui répondent à la définition de cas probable de lymphogranulomatose vénérienne seront saisies dans le système d'information sous « lymphogranulomatose vénérienne ».

- ³ En plus des prélèvements pharyngés, les prélèvements provenant du rhino-pharynx et des voies respiratoires peuvent servir à confirmer un cas chez un nourrisson souffrant de pneumonie au cours des six premiers mois de sa vie »(17).

4.3 Recommandations

Définition nosologique LGV :

- Remplacer sérotype par génotype (voir section 7.2)
- Modifier la première condition de cas confirmé de LGV par :
 1. Détection de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié par au moins une des analyses suivantes :
 - Culture;
 - Test d'amplification génique approprié.
- Supprimer la notion de sérologie de la note de bas de page. Cette note se lirait donc ainsi : « La culture et la détection d'acides nucléiques ne permettent pas... » (l'argumentaire à propos de la sérologie se trouve à la section 7.1).
- Afin de refléter les analyses effectuées actuellement pour la détection des génotypes associés à la LGV (voir section 7.2), modifier la deuxième condition de cas confirmé de LGV^F par :
 2. À partir d'un résultat positif obtenu par culture ou par détection d'acides nucléiques, confirmation par PCR indiquant la présence d'un génotype associé à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV).

Note explicative :

Les analyses subséquentes, tel que le séquençage d'ADN ou la cartographie différentielle de restriction (restriction *fragment length polymorphism* [RFLP]) permettent de préciser le génotype (L1, L2 ou L3) en cause.

- Retirer la sérologie de la deuxième condition de cas probable de LGV (donc, supprimer les trois dernières puces; l'argumentaire à propos de la sérologie se trouve à la section 7.1). Le libellé de la deuxième condition pourrait alors être le même que pour notre première recommandation.

Définition nosologique *C. trachomatis*

- La première note explicative associée à la définition nosologique de l'infection à *C. trachomatis* précise qu'un nouvel épisode d'infection à *C. trachomatis* ne devrait pas être inscrit au système d'information à l'intérieur d'une période de deux mois suivant un épisode antérieur. Rappelons que 1) il est recommandé de procéder à un nouveau dépistage trois à six mois après une infection à *C. trachomatis*(9) et 2) le délai minimal pour effectuer un test de contrôle est de trois semaines(12,18), puisqu'il devient alors peu probable de détecter des bactéries non viables (un résultat positif impliquerait alors soit un échec de traitement, soit une réinfection). Le délai de deux mois nous semble trop long et devrait être réévalué. Nous proposons trois semaines ou un mois.

^F Cette modification fait suite à un changement technologique apporté par le Laboratoire national de microbiologie (LNM) pour la détection des souches de *C. trachomatis* responsable de la LGV. Depuis mai 2012, le LNM effectue en premier lieu une PCR multiplexe qui permet de déterminer s'il s'agit d'un sérotype LGV ou non-LGV. En présence d'un sérotype LGV, l'identité de celui-ci (L1, L2 ou L3) est identifiée par séquençage du gène qui encode la protéine majeure de la membrane externe (MOMP). En présence d'une faible concentration de *Chlamydia trachomatis*, il est possible que le sérotype LGV ne puisse être précisé par séquençage.

- La deuxième note explicative précise que les infections à *C. trachomatis* qui répondent à la définition de cas probable de LGV seront saisies dans le système d'information sous « lymphogranulomatose vénérienne ». Ainsi, une personne qui présenterait une rectite, une lymphadénopathie inguinale ou fémorale ou qui aurait eu un contact sexuel avec un cas confirmé de LGV, et qui aurait un résultat de TAAN positif pour *C. trachomatis* (non typé) répondant tant à la définition nosologique d'un cas de LGV probable que d'un cas d'infection à *C. trachomatis*, serait classifiée comme un cas de LGV probable. Ceci augmente la sensibilité de la définition de LGV, mais en diminue la spécificité. Nous recommandons que, minimalement, il y ait une note spécifiant que pour les cas où un génotypage est fait, et que celui-ci s'avère non-LGV, le cas soit classifié comme infection à *C. trachomatis* (et non-LGV).
- Retirer, de la troisième note explicative, « En plus des prélèvements pharyngés », car ceci nous apparaît superflu et pourrait donner l'impression qu'un prélèvement pharyngé est indiqué pour le diagnostic d'infection chez les nourrissons. À noter que cette troisième note explicative devrait aussi s'appliquer à la deuxième puce (détection par EIA ou DFA).

Une proposition de nouvelle définition nosologique en fonction des changements ci-haut mentionnés est incluse à la section 12.2. Il s'agit d'une proposition faite par le groupe de travail LGV à l'intention du comité des définitions nosologiques du MSSS, qui a l'autorité d'effectuer de tels changements.

5 Épidémiologie : facteurs de risque et données de surveillance

Endémique dans certains pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et des Caraïbes, la LGV a causé des éclosions dans plusieurs pays d'Europe, aux États-Unis et au Canada au début des années 2000(14). Depuis 2003, de nombreux cas de LGV rectale chez des HARSAH ont été détectés d'abord aux Pays-Bas puis dans les autres pays d'Europe de l'Ouest et d'Amérique du Nord. Le nombre de cas augmente avec les années(19), avec des pics en 2006 et 2012, mais la population type reste fixe dans le temps.

Les HARSAH représentent la majorité des personnes touchées, avec quelques cas anecdotiques chez les femmes et chez les hommes hétérosexuels(5). En séquençant rétrospectivement des échantillons disponibles aux Pays-Bas de 2000 à 2003(20) et en vérifiant les données des souches trouvées aux États-Unis en 1981(21), on se rend compte que la souche L2b, responsable de cette épidémie, était présente dès les années 1980. Certains experts émettent l'hypothèse que cette épidémie ait existé à bas bruit durant toutes ces années avec des réservoirs de personnes asymptomatiques, et que ce n'est qu'avec l'avènement des TAAN et l'augmentation de la vigilance des cliniciens que l'épidémie a été détectée. La LGV était très rare au Québec et au Canada jusqu'à la survenue d'une éclosion en 2005 et 2006.

5.1 Facteurs de risque

5.1.1 EXTRAIT DE LA DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE CONCERNANT LE DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DE LA LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE (LGV) DE L'ASPC

« À l'heure actuelle, en Europe, aux États-Unis et au Canada, la sous-population qui présente le risque le plus élevé de contracter la LGV est celle des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), et en particulier ceux qui présentent une infection à VHC (virus de l'hépatite C), une infection à VIH ou une autre ITS, et/ou ceux qui ont des relations sexuelles anales ou orales en groupe sans protection »(7).

5.1.2 REVUE DE LITTÉRATURE

La population à risque de contracter une LGV est assez constante d'une étude à l'autre. La quasi-totalité des cas est retrouvée chez les HARSAH, et la proportion de cas déclarés dans la littérature qui sont infectés par le VIH varie de 58 %(4) à 89 %(22). Certaines études rapportent des prévalences du VIH jusqu'à 100 %, cependant, le nombre de cas étudiés est peu élevé(19,23). Les autres facteurs de risque qui demeurent significatifs après analyse multivariée dans les études de cas-témoins sont :

- Avoir un partenaire séropositif pour le VIH(24);
- Présenter un antécédent de syphilis(25);
- Avoir de nombreux partenaires (nombre variable selon l'étude; 5-10 dans les derniers 6 mois(26) ou 50 dans les derniers 6 mois(27);
- Avoir des relations anales non protégées(22,27);
- Subir un lavement rectal avant les relations sexuelles(22,24);
- Pratiquer le « *fisting* »(22);

- Avoir des relations sexuelles en groupe(24);
- Appartenir à une tranche d'âge plus âgée (39-44 ans versus plus jeunes)(6,27).

Dans une étude cas-témoin réalisée dans six cliniques du Royaume-Uni entre 2008 et 2010(22), les cas (n = 88) étaient des HARSAH avec une infection rectale confirmée à LGV. Les témoins étaient des hommes qui avaient eu au moins une relation ano-génitale avec un autre homme au cours des trois précédents mois, et chez qui on avait exclu une infection à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV). Les témoins étaient sélectionnés sur la base de la date de présentation à la clinique (dans la même semaine qu'un cas). Deux catégories de témoins ont été recrutées :

- Des HARSAH présentant un syndrome (rectite ou ulcérations anales) compatible avec une LGV (n = 65);
- Des HARSAH asymptomatiques (n = 74).

Les participants ont répondu à un questionnaire autoadministré assisté par ordinateur et les professionnels de la santé ont transmis les informations cliniques via un formulaire web. Parmi les cas, 89 % ont rapporté être infectés par le VIH alors que cette proportion était de 46 % chez les témoins asymptomatiques ($p < 0,001$) et 68 % chez les témoins symptomatiques ($p = 0,002$)(22). Bien que plusieurs comportements étaient plus fréquents chez les cas que chez les témoins, en analyse multivariée, les caractéristiques suivantes ont été associées à la LGV :

- Comparativement aux témoins asymptomatiques :
 - relation anale réceptive non protégée (93 % versus 48 %; rapport de cote ajusté, *adjusted odd ratio* (AOR) 10,7; $p < 0,001$),
 - « *fisting* » du partenaire (*i.e.* exposition de la main) (37 % versus 4 %; rapport de cote ajusté AOR 6,7; $p = 0,005$),
 - partenaires anonymes (57 % versus 30 %; AOR 2,7; $p = 0,02$),
 - relations sexuelles sous l'influence de drogues récréationnelles (57 % versus 21 %; AOR 3,1; $p = 0,011$).

Note : l'infection par le VIH demeurerait significativement associée avec la LGV (AOR 6,2; IC95 % 2,9-19,5)(22).

- Comparativement aux témoins symptomatiques :
 - relation anale insertive non protégée (85 % versus 49 %; AOR 4,7; $p < 0,001$),
 - lavement rectal avant la relation sexuelle (84 % versus 54 %; AOR 2,9; $p = 0,011$).

Notes : 1) Bien que le « *fisting* » du partenaire était plus fréquent chez les cas, l'association n'était plus statistiquement significative (37 % versus 14 %; AOR 2,0; $p = 0,13$);
2) L'infection par le VIH était plus fréquente chez les cas, mais l'association n'était plus statistiquement significative (AOR 1,9; IC95 % 0,7-4,9)(22).

Il est à noter que les données présentées dans l'article n'incluent pas le diagnostic final des témoins symptomatiques. Il n'est donc pas possible de déterminer combien d'entre eux avaient une infection à *C. trachomatis* non-LGV et quelles sont les caractéristiques qui pourraient permettre d'orienter vers un diagnostic de LGV probable lorsque l'infection à *C. trachomatis* est documentée, mais que le résultat de génotypage n'est pas encore disponible.

5.2 Données de surveillance canadienne

La LGV est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) dans la plupart des provinces, mais pas dans les territoires. En 2005, un système national de surveillance intensifiée a été mis en place à la suite des éclosions survenues en Europe chez les HARSAH et à l'émergence de cas dans quelques villes canadiennes. Le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) de l'ASPC demande donc aux provinces et territoires de leur transmettre leurs données de surveillance. Alors que de 2005 à 2009, ces rapports étaient la seule source de données disponible, depuis 2010, le LNM déclare les cas confirmés directement au CLMTI, mais il est impossible de relier les cas confirmés en laboratoire avec ceux déclarés par les provinces, puisqu'il n'existe pas d'identifiant unique. Cette difficulté limite la portée des données canadiennes.

Depuis le début de la surveillance en 2005, jusqu'au 31 décembre 2012, 170 cas ont été rapportés par les provinces et territoires (104 cas confirmés et 66 probables)(28)^G. Le seul cas féminin était un cas défini comme probable selon la définition nosologique. De 2010 à 2012, le LNM a rapporté 90 cas confirmés; pendant la même période, seulement 39 cas ont été rapportés par les provinces et territoires. Les cas confirmés proviennent de quatre provinces : Québec, Ontario, Colombie-Britannique et Alberta.

5.3 Données de surveillance au Québec^H

Globalement, entre le 1^{er} janvier 2005 et le 23 mars 2015 :

- 239 cas de LGV ont été enregistrés au fichier MADO.
- Tous les cas sont des hommes, à l'exception d'un cas féminin observé en 2008 et d'un autre observé en 2014 (deux cas classés comme probables). Même s'ils ne répondent pas tout à fait aux critères des définitions nosologiques, ces deux cas ont été retenus puisque le contexte clinique et épidémiologique laissait tout de même croire qu'il s'agissait de cas probables de LGV.
- En excluant les cas féminins, les hommes de 45 ans et plus comptent pour 36 % des cas, ceux de 35 à 44 ans pour 30 %, ceux de 25 à 34 ans pour 27 %, et enfin ceux de 15 à 24 ans pour 6,3 %.
- La région de Montréal regroupe 85 % des cas enregistrés au fichier MADO et dix autres régions ont déclaré entre un et huit cas chacune (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie). À noter que les cas sont déclarés en fonction du lieu de résidence du patient et non du lieu de la consultation médicale; plusieurs cas dont le lieu de résidence est à l'extérieur de Montréal ont en fait été détectés à Montréal.
- La presque totalité (99 %) des cas masculins pour lesquels le sexe des partenaires est connu sont des HARSAH.

^G <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/15vol41/dr-rm41-02/surv-1-fra.php>. À noter que la surveillance intensifiée mise en place en 2005 incluait les données rétrospectives de 2004(28).

^H Sources : Portail Info-centre, INSPQ. Compilation des données du fichier des MADO du LSPQ, consulté en date du 23 mars 2015; Blouin et collab. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2013 (et projections 2014) INSPQ en ligne 27 novembre 2014; Fiset Marc, Venne Sylvie, Fadel Riyas. Lymphogranulomatose vénérienne au Québec du 1 janvier 2005 au 31 août 2014. Portrait épidémiologique. Québec. Rapport juin 2015.

Les trois phases qui caractérisent l'épidémiologie de la LGV au Québec, touchant essentiellement les HARSAH, sont décrites au tableau 1. L'analyse porte sur les cas déclarés entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 août 2014. En comparaison avec les périodes précédentes, la période plus récente de résurgence se caractérise par une proportion plus élevée de cas âgés de 25 à 34 ans, une proportion moins élevée de cas avec une exposition potentielle hors Québec, ainsi qu'une proportion plus élevée de cas avec antécédents d'ITSS, notamment une augmentation marquée de la proportion de PVVIH (voir tableau 1).

Tableau 1 Portait épidémiologique de la LGV au Québec du 1^{er} janvier 2005 au 31 août 2014

	Phase 1 : Émergence	Phase 2 : Incidence à bas bruit	Phase 3 : Résurgence
Période	2005 et 2006	2007 à 2012	2013 et 2014 (31 août)
Nombre de cas	68	56 Moyenne de 9/an	74
Répartition par territoire	91 % de Montréal 6 cas d'autres régions	75 % de Montréal 14 cas d'autres régions	85 % de Montréal 11 cas d'autres régions
Âge moyen	Âge moyen stable à environ 40 ans		
Répartition groupe d'âge (hommes)	15-24 ans : 9 % 25-34 ans : 22 % 35-44 ans : 43 % 45 et plus : 27 %	15-24 ans : 5 % 25-34 ans : 24 % 35-44 ans : 29 % 45 et plus : 41 %	15-24 ans : 7 % 25-34 ans : 32 % 35-44 ans : 19 % 45 et plus : 42 % ⁽¹⁾
Sexe du partenaire chez les hommes	100 % = hommes seulement (68/68)	96 % = hommes seulement (47/49) 1 = homme et femme 1 = femme seulement	95 % = hommes seulement (59/62) 2 = hommes et femmes 1 = femme seulement
Exposition hors Québec	36 % (17/47)	41 % (14/34)	20 % (10/51)
Antécédents d'ITSS⁽²⁾⁽³⁾	88 % (56/64), dont 55 % VIH, 32 % syphilis, aucun VHC	81 % (39/48), dont 60 % VIH, 42 % syphilis, 3 VHC	97 % (58/60), dont 93 % VIH, 80 % syphilis, 4 VHC (+2)

1 Cinq cas de réinfection dans ce groupe d'âge.

2 Les proportions pour chaque infection sont des pourcentages valides où les inconnus sont exclus, c'est pourquoi les dénominateurs diffèrent.

3 Le nombre de personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) est possiblement sous-estimé en raison de la proportion d'inconnus. Pour la phase de résurgence, en appariant les cas d'hépatite C au cas de LGV sur la date de naissance, le sexe et le territoire de CLSC, il a été possible d'identifier deux autres personnes infectées par le VHC.

Source : Fiset M et collab. Juin 2015(29).

5.4 Analyses complémentaires des cas de LGV déclarés au Québec en 2013-2014

Des analyses complémentaires ont été réalisées pour les cas déclarés au Québec en 2013 et 2014 (jusqu'au 31 août 2014)(29). Les résultats d'analyses pour les facteurs de risque et les aspects cliniques sont présentés aux tableaux 2 et 3 respectivement.

5.4.1 FACTEURS DE RISQUE

Le nombre de partenaires au cours des deux derniers mois et au cours de la dernière année est détaillé dans le tableau 2. Les cas de LGV ont rapporté avoir eu entre un et trois partenaires dans les deux derniers mois dans 74 % des cas, et 10 partenaires ou moins dans 91 % des cas. Quatre cas de LGV, dont deux PVVIH, ont rapporté avoir pratiqué le travail du sexe à Montréal. Les contextes de rencontre rapportés incluent l'internet, les saunas et les clubs/bars. La consommation de drogue est également rapportée, principalement l'ecstasy, la « *crystal meth* », le haschisch/pot ainsi que la cocaïne (voir tableau 2).

Tableau 2 Analyses complémentaires sur les facteurs de risque pour les cas de LGV déclarés au Québec entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 août 2014¹

NOMBRE DE PARTENAIRES AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS ⁽¹⁾ (N = 47)			
	Aucun partenaire	2 %	(n = 1)
	Entre 1 et 3 partenaires	72 %	(n = 34)
	Entre 4 et 10 partenaires	17 %	(n = 8)
	Entre 11 et 20 partenaires	9 %	(n = 4)
NOMBRE DE PARTENAIRES AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE (N = 38)			
	Entre 1 et 3 partenaires	26 %	(n = 10)
	Entre 4 et 10 partenaires	34 %	(n = 13)
	Entre 11 et 20 partenaires	21 %	(n = 8)
	Plus de 20 partenaires	18 %	(n = 7)
TRAVAIL DU SEXE			
	Travailleurs du sexe/client	4 travailleurs/3 clients	
	Provenance	Montréal	
CONTEXTE DE RENCONTRES			
	Internet (N = 47)	55 %	(n = 26)
	Sauna (N = 52)	50 %	(n = 26)
	Club/bar (N = 41)	22 %	(n = 9)
CONSOMMATION DE DROGUES (N = 51)			
	A consommé des drogues (sans injection) au cours de la dernière année	55 %	(n = 28)
DROGUES LES PLUS FRÉQUEMMENT MENTIONNÉES			
	Ecstasy	11	
	« <i>Crystal meth</i> »	6	
	Haschisch/pot	6	
	Poppers	6	
	Cocaïne	4	

¹ La période de notification des partenaires est établie à 60 jours; un traitement épidémiologique est indiqué (référence : Les partenaires sexuels il faut s'en occuper(30)).

Source : Fiset M et collab.,. Juin 2015(29).

¹ Les proportions présentées sont les pourcentages valides où les inconnus sont exclus. C'est pourquoi le dénominateur peut varier selon la question. Considérant le nombre total de cas(74), la proportion d'inconnus est parfois importante.

5.4.2 ASPECTS CLINIQUES

Compte tenu des critères de la définition nosologique qui étaient en vigueur jusqu'en septembre 2014, tous les cas déclarés entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 août 2014, sauf un, ont présenté des symptômes : la majorité (71 %) a présenté des symptômes de rectite incluant la présence de selles sanguinolentes, pertes anales et douleur anale; les autres symptômes rapportés incluent la présentation de papule ou d'ulcération, lymphadénopathie, malaise/asthénie, arthralgie, ténesme, constipation et écoulement urétral(29) (voir tableau 3).

Parmi les cas déclarés de LGV pour lesquels l'information était disponible (n = 57), la majorité des cas (65 %) a reçu un traitement conforme aux recommandations des lignes directrices canadiennes, soit doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours(14), dès la première prescription(29). Un traitement conforme a été reçu chez 16 % des cas lors de la deuxième prescription(29). Toutefois, dans 19 % des cas, le traitement reçu était différent de celui recommandé(29) (voir tableau 3). Les traitements ont été classés « non conformes » lorsque la durée était inférieure aux recommandations (par exemple doxycycline 14 jours plutôt que 21 jours) ou lorsque le traitement correspondait aux recommandations d'infection à *C. trachomatis* non-LGV (azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique) ou d'infection gonococcique (ceftriaxone ou céfixime avec azithromycine 1 g).

Au cours de la période 2013 et 2014, sept cas ont eu plus d'un épisode de LGV, dont six PVVIH (incluant un avec une co-infection par le VHC). L'écart entre deux épisodes variait de 107 à 406 jours. L'un des PVVIH a eu, durant cette période, un deuxième et un troisième épisode de LGV, le premier épisode ayant eu lieu en 2006(29).

Tableau 3 Analyses complémentaires sur les aspects cliniques pour les cas de LGV déclarés au Québec entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 août 2014^J

ANALYSES DE LABORATOIRE (N = 74)		
Détection	TAAN uniquement	82 % (n = 61)
	Culture uniquement	7 % (n = 5)
	Sérologie uniquement	3 % (n = 2)
	TAAN et sérologie	7 % (n = 5)
	TAAN et culture	1 % (n = 1)
Confirmation	Séquençage de l'ADN	89 % (n = 66)
SYMPTÔMES OU SIGNES RAPPORTÉS ⁽¹⁾ (N = 62)		
Aucun		2 % (n = 1)
Symptômes non spécifiques seulement		2 % (n = 1)
Symptômes de rectite ⁽²⁾		66 % (n = 41)
Lymphadénopathie		6 % (n = 4)
Ulcération/papule		5 % (n = 3)
Symptômes de rectite et lymphadénopathie		2 % (n = 1)
Ulcération/papule et lymphadénopathie		5 % (n = 3)
Ulcération/papule et rectite		10 % (n = 6)
Symptômes de rectite, ulcération/papule et lymphadénopathie		3 % (n = 2)
Au total, des symptômes de rectite étaient présents dans 81 % des cas (n = 50), 23 % une ulcération/papule dans 23 % (n = 14) et une lymphadénopathie dans 16 % (n = 10)		
TRAITEMENT REÇU (N = 57)		
Traitement conforme aux recommandations des LDC-ITS ⁽³⁾ dès la première prescription		65 % (n = 37)
Traitement conforme aux recommandations des LDC-ITS lors d'une deuxième prescription		16 % (n = 9)
Traitement autre que celui recommandé par les LDC-ITS		19 % (n = 11)
REINFECTIONS		
Nombre de cas avec plus d'un épisode de LGV		7
Écart entre deux épisodes		107 à 406 jours

1 En lien avec les symptômes spécifiques, certains ont aussi rapportés des symptômes non-spécifiques tels que malaise/asthénie, arthralgie, constipation, ténésme et écoulement urétral.

2 Regroupant : douleur anale, perte rectale, selles sanguinolentes.

3 Voir le tableau 10 pour les traitements recommandés par l'ASPC.

Source : Fiset M et collab., Juin 2015(29).

^J Les proportions présentées sont les pourcentages valides où les inconnus sont exclus. C'est pourquoi le dénominateur peut varier selon la question.

5.4.3 INFECTIONS RECTALES À *C. TRACHOMATIS* NON-LGV ENREGISTRÉES AU FICHIER MADO

Le nombre de déclarations de cas d'infection rectale à *C. trachomatis* chez les hommes est passé de 141 en 2009 à 733 en 2014^K.

Parmi les 15 926 cas d'infection à *C. trachomatis* déclarés au Québec en 2013 (n = 7 706) et 2014 (n = 8 220) chez les hommes, on compte 1 247 cas d'infection rectale (8 %); cette proportion atteint 19 % dans la région de Montréal. Pour les années 2013 et 2014, les cas d'infection rectale de la région de Montréal comptent pour 76 % de ceux de l'ensemble du Québec.

Chez les femmes, les infections rectales représentent 0,2 % des cas déclarés d'infection à *C. trachomatis* au Québec pour les années 2013 et 2014 (65/29 378).

Il est possible qu'une partie de ces cas représente des cas de LGV, soit parce qu'un typage n'aurait pas été effectué, soit parce que compte tenu de la définition nosologique en vigueur, qui excluait les cas asymptomatiques, ceux-ci n'auraient pas été saisis comme LGV dans le fichier MADO.

En ce sens, il est important de maintenir une vigie rehaussée des cas déclarés de LGV, afin de bien définir les cas. Le formulaire d'enquête épidémiologique devrait être revu et bonifié, notamment afin de bien différencier les personnes infectées avec symptômes de LGV des personnes avec symptômes non spécifiques et des personnes asymptomatiques.

5.5 Recommandations

Bien que plusieurs facteurs de risque soient associés à la LGV^L, il n'est pas possible, en se basant sur les données actuelles, d'identifier un ou des facteurs de risque qui permettraient d'orienter de façon fiable la prise en charge clinique en présence d'un syndrome clinique ou d'une infection rectale documentée à *C. trachomatis*.

Le jugement clinique sera basé sur la présence de facteurs de risque, une présentation clinique compatible et le contexte épidémiologique local.

La vigie rehaussée des cas déclarés de LGV devrait se poursuivre afin de caractériser les cas. À cet effet, le formulaire d'enquête épidémiologique devrait être revu et bonifié, notamment afin de bien différencier les personnes infectées avec symptômes de LGV des personnes avec symptômes non spécifiques et des personnes asymptomatiques. Cette mesure pourrait fournir un éclairage sur l'utilité de maintenir un génotypage LGV au-delà des personnes symptomatiques ou rapportant un contact avec un cas de LGV.

^K Source : Rapport produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique, mise à jour le 24 mars 2015. La source des données est le Fichier provincial des MADO (LSPQ).

^L Par exemple : appartenir à une tranche d'âge plus âgée, s'identifier comme HARSAH, être infecté par le VIH ou avoir un partenaire infecté par le VIH, résider dans un grand centre urbain, avoir un antécédent de syphilis, avoir de multiples partenaires, des relations sexuelles en groupe, ou des partenaires anonymes, avoir des relations anales non protégées insertives ou réceptives, procéder à un lavement rectal avant les relations sexuelles, pratiquer le « fisting », avoir des relations sexuelles sous l'influence de drogues récréationnelles.

6 Données de la Clinique médicale l'Actuel

La Clinique médicale l'Actuel est une clinique spécialisée en VIH, hépatites et ITS. Bien avant que la recommandation de dépistage ano-rectal soit inscrite à la mise à jour du GQDITSS en 2014, plusieurs médecins de la Clinique procédaient à un prélèvement ano-rectal pour le dépistage de *C. trachomatis* chez les HARSAH. Afin que le typage soit effectué, la requête de laboratoire précise **d'emblée une recherche de LGV pour tout résultat de *C. trachomatis* positif au site rectal**. Ainsi, le génotypage est automatiquement effectué, que ce soit dans un contexte de dépistage ou de diagnostic. Le laboratoire serveur transmet au clinicien, dans un délai moyen de cinq jours^M, le résultat de la recherche de *C. trachomatis* et achemine au LSPQ les spécimens dont le résultat est positif par TAAN pour *C. trachomatis*. Le LSPQ achemine ensuite le spécimen au LNM pour génotypage. On compte un délai moyen de quatre semaines (pouvant aller jusqu'à six semaines) avant que le clinicien ne reçoive le résultat final.

En 2010, la Direction de santé publique de Montréal s'interrogeait sur l'augmentation des cas d'infection rectale à *C. trachomatis* et souhaitait mieux connaître leurs caractéristiques. Une étude rétrospective fut réalisée à la Clinique médicale l'Actuel à partir des données colligées au dossier informatisé des patients chez qui un résultat positif avait été documenté au cours de l'année 2010. En 2013, l'exercice a été répété, mais spécifiquement pour les cas de LGV.

6.1 Étude rétrospective des cas d'infections rectales à *C. trachomatis* à la Clinique médicale l'Actuel (2010)

Au total, 161 cas d'infection ano-rectale à *C. trachomatis* ont été détectés en 2010(31). Un diagnostic de LGV a été posé chez sept patients qui avaient tous des symptômes de rectite. Ils ont tous reçu le traitement recommandé, soit doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours.

Par ailleurs, 154 cas d'infections ano-rectales étaient causées par *C. trachomatis* non-LGV. Seulement 27 % ont présenté des symptômes de rectite, tels que douleur, écoulement et saignements; mais aussi des symptômes non spécifiques à une rectite, comme le prurit anal. La majorité des patients (61 %) était asymptomatique : le dépistage avait été effectué sur la base des comportements sexuels ou dans un contexte de notification d'un partenaire. D'autres personnes (12 %) se présentaient pour des symptômes non reliés à une infection ano-rectale (ex. : syphilis, urétrite, primo-infection de VIH).

Bien qu'il y ait une impression clinique que, d'une façon générale, l'infection LGV soit « plus symptomatique » comparativement à l'infection à *C. trachomatis* non-LGV, l'analyse de ces données rétrospectives n'a pas permis d'identifier de prédicteurs cliniques fiables de LGV lorsqu'une infection rectale à *C. trachomatis* est documentée (voir section 3.2).

6.2 Étude rétrospective des cas de LGV rectale à la Clinique médicale l'Actuel (2013)

En 2013, à partir du registre des analyses du LSPQ, 38 cas de LGV rectale L2b ont été identifiés chez 34 patients ayant consulté à la Clinique médicale l'Actuel (deux patients ont eu deux épisodes de LGV et un a eu trois infections distinctes documentées par des tests de contrôle ou de prélèvements négatifs entre deux infections). Tous étaient des HARSAH; 92 % étaient infectés par le VIH. Sept des 34 patients avaient une charge virale supérieure à 1 000 copies/mL (1 800 à 116 000 dans les mois

^M Communication personnelle, Louise Charest, 22 mars 2015.

avoisinant l'infection rectale). Aucun patient n'était infecté par le VHC. L'âge moyen était de 39 ans (18 à 66 ans; médiane 37 ans).

6.2.1 PRÉSENTATION CLINIQUE

La majorité des patients, soit 23/37^N (62 %) présentaient des symptômes incommodants typiques de rectite, incluant douleur, mucus, écoulements, ténésme et saignements. Que ce soit en « urgence » ou lors de leur rendez-vous régulier (suivi VIH ou autres), 12 (32 %) ont rapporté des symptômes moins typiques de LGV : fissure; inconfort, douleur et constipation, diarrhée, alternance diarrhée et constipation.

Deux patients ont eu un résultat positif alors qu'ils étaient asymptomatiques.

- Le premier patient s'est présenté pour une histoire de contact avec une personne infectée par *N. gonorrhoeae*. Il a été traité avec ceftriaxone 250 mg et azithromycine 1 g. Les résultats d'analyse de prélèvement ano-rectal se sont avérés positifs pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* L2b. Il a présenté, quatre semaines plus tard, un écoulement anal. À ce moment, seule la recherche de *C. trachomatis* de type LGV était positive. Il a alors reçu doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours. La possibilité d'échec au traitement ne peut être exclue, mais une nouvelle infection est aussi probable puisqu'il a eu d'autres comportements à risque entre les deux prélèvements. Il n'y a pas eu de test de contrôle entre ces deux épisodes rapprochés.
- Le deuxième patient s'est présenté comme contact LGV, mais malheureusement, des prélèvements n'ont pas été faits lors de cette consultation. Il a été traité comme un contact de LGV avec azithromycine 1 g. Quelques mois plus tard, il a présenté une masse inguinale unique qui, avec le temps, est devenue inflammatoire, mais n'a jamais présentée le signe du sillon (voir figure 1). L'analyse du liquide aspiré s'est avérée positive pour *C. trachomatis* L2b alors que les tests de contrôle s'étaient tous avérés négatifs aux sites oral, urinaire et anal, pour lui et son partenaire. Ici aussi, la possibilité d'échec au traitement ne peut être exclue.

6.2.2 TRAITEMENT

La moitié des patients (n = 19) ont été traités pour une rectite suspecte de LGV avec doxycycline 100 mg, 2 fois par jour pendant 21 jours, sans attendre le résultat de typage (en plus du traitement empirique contre *N. gonorrhoeae*, généralement ceftriaxone 250 mg).

Les 19 autres ont été traités pour une rectite à *C. trachomatis* non-LGV ou à *N. gonorrhoeae* (azithromycine 1 g avec généralement ceftriaxone 250 mg). Un suivi avec test de contrôle a été réalisé à quatre semaines chez 13 de ces 19 patients. Tous rapportaient une disparition complète de leurs symptômes et le résultat de contrôle était négatif chez les 13 patients traités avec une dose unique d'azithromycine 1 g. Compte tenu du délai maximal de six semaines avant de recevoir le résultat de géotypage L₁₋₃ (LGV), les cliniciens et même les patients ne trouvaient pas justifié de reprendre un traitement de 21 jours (traitement recommandé pour la LGV) à la réception du résultat final. Les patients ont donc bien répondu suite au traitement d'azithromycine en dose unique, mais ce nombre est trop faible pour en tirer des conclusions pratiques. Pour les six autres patients, les cliniciens les ont d'emblée retraités suite à la réception du résultat final positif, et cela sans prélèvement de contrôle ni précision quant à l'amélioration clinique des patients.

^N Données incomplètes pour un patient.

6.2.3 DISCUSSION

La Clinique médicale l'Actuel est une clinique desservant une importante clientèle infectée par le VIH et par d'autres ITSS. En 2013, on y a détecté 38 des 49 cas de LGV déclarés au Québec, soit plus de 77 % des cas de la province. Pour détecter ces 38 cas, 373 typages de LGV ont été effectués. Selon les données du LSPQ, ces spécimens représentent 83 % des analyses effectuées en 2013 au Québec à partir d'échantillons ano-rectaux (373/447, voir tableau 4).

Malgré les limites liées aux études rétrospectives, il en ressort que les symptômes ne sont pas toujours aussi incommodes ou spécifiques que ce qui est rapporté dans la littérature.

En 2013, si les cliniciens avaient demandé une recherche de LGV seulement lors de « rectite classique », près de 40 % des infections LGV n'auraient probablement pas été diagnostiquées, soit parce que les patients sont peu symptomatiques, soit parce qu'ils présentent des manifestations moins spécifiques telles que des fissures, de l'inconfort, de la constipation ou des diarrhées. Rappelons que les deux cas asymptomatiques avaient une histoire de contact, ce qui répondait à la recommandation en vigueur de demander un génotypage pour la LGV.

7 Analyses de laboratoire

7.1 Sérologie

Autrefois, le diagnostic de la LGV dépendait d'une présentation clinique appropriée et d'une sérologie par fixation du complément fortement positive ou d'une sérologie par micro-immunofluorescence (MIF) fortement positive(32). Bien que des titres élevés d'anticorps contre *C. trachomatis* accompagnent souvent une infection avec la souche LGV, d'autres présentations, notamment des rectites causées par d'autres souches de *C. trachomatis*(33) et les salpingites à répétition qui conduisent à l'infertilité(34), peuvent aussi être associées à des titres élevés d'anticorps, sans que la LGV soit impliquée. Certains auteurs considèrent que les anticorps IgA sont un marqueur plus fiable d'une infection à LGV(35), mais pour la plupart, il est considéré que le diagnostic de laboratoire définitif repose sur l'identification d'un génotype L₁₋₃ associé à la LGV.

Au Canada, la sérologie est effectuée au LNM par MIF à l'aide d'une trousse commerciale (*Focus Diagnostics inc.*) à laquelle s'ajoute une épreuve maison de détection d'anticorps contre *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV). Un titre d'IgG $\geq 1/256$ ou d'IgM $\geq 1/16$ semble indiquer une infection aiguë^O.

Selon les définitions nosologiques québécoises en vigueur au moment de la rédaction de cet avis (voir section 4), une sérologie positive représente un critère de cas probable, soit :

- Détection par une épreuve de MIF d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *C. trachomatis* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence, **OU**
- Détection par MIF d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *C. trachomatis* $\geq 1/256$.

En 2013-2014, parmi les 74 cas déclarés de LGV, 7 avaient une sérologie positive, dont 5 avaient aussi un TAAN avec génotypage positif pour LGV (cas confirmé). En absence du critère de sérologie, deux cas n'auraient pas été validés en tant que cas probable de LGV.

Pour l'année 2013 (en date du 9 décembre 2013), le LSPQ avait reçu 51 demandes de sérologie, mais seulement 25 ont été réalisées (26 analyses ont été rejetées à cause d'une absence de justification clinique appropriée)^P. Parmi les 25 sérums, 23 avaient été prélevés chez 20 hommes et deux chez deux femmes. Les résultats ont été fournis en termes de dilutions pour les anticorps IgM et IgG de *C. trachomatis* et *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV). Chez les trois hommes pour qui deux sérums espacés de quelques semaines ont été soumis, aucune augmentation de titres d'anticorps n'a été observée. Parmi les 19 sérums individuels, trois répondaient à la définition de cas probable (détection par MIF d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *C. trachomatis* $\geq 1/256$) : titre d'IgM *C. trachomatis* LGV $\geq 1/512$ et titre d'IgG *C. trachomatis* LGV $\geq 1/2048$ dans deux cas, et titre d'IgM *C. trachomatis* LGV $\geq 1/16$, mais titre d'IgG *C. trachomatis* LGV = $1/1024$ dans un cas.

La sérologie souffre d'un problème de spécificité et les experts considèrent qu'elle devrait être réservée à des fins de surveillance dans des contextes exceptionnels où il est impossible de procéder à l'analyse par TAAN, lorsque la suspicion clinique ou épidémiologique de LGV est élevée.

^O https://www.nlm-lnm.gc.ca/guide2/pathogen_fraview.php?refdiagID=214.

^P Communication personnelle, Christian Therrien, LSPQ, décembre 2013.

La déclaration supplémentaire des LDC-ITS concernant le diagnostic en laboratoire de la LGV, publiée en octobre 2014, stipule que « les analyses sérologiques ne sont pas recommandées étant donné le risque de réactions croisées avec d'autres espèces du genre *Chlamydia* et les difficultés associées à l'interprétation des variations de titre (par exemple, un faible titre n'exclut pas la LGV) »⁽⁷⁾.

7.2 TAAN et génotypage

Les souches de *C. trachomatis* associées à la LGV ont d'abord été identifiées par culture et typées par réactions sérologiques avec des anticorps polyclonaux (puis avec des anticorps monoclonaux), de là le terme « sérotypes », encore utilisé aujourd'hui⁽³⁶⁾. Depuis environ 20 ans, la caractérisation de *C. trachomatis* détectée par culture ou par TAAN se fait par génotypage : « *Polymerase Chain Reaction* » (PCR) suivi de « *Restriction Fragment Length Polymorphism* » (RFLP)⁽³⁷⁾ ou par séquençage⁽³⁸⁾. Le terme « génotype » utilisé dans ce document fait ainsi référence à l'analyse utilisée actuellement.

Au Québec, en présence d'un résultat positif pour *C. trachomatis* par TAAN, lorsque la requête précise une recherche de LGV^Q, l'échantillon est acheminé au LSPQ qui, par la suite, transmet les échantillons au LNM^R. Le LNM procède à l'analyse des échantillons à l'aide d'une PCR multiplexe qui permet de confirmer la présence de *C. trachomatis* et, le cas échéant, de déterminer s'il s'agit d'un génotype LGV ou non-LGV. Cette analyse^S, détaillée dans un article de Chen et collab.⁽³⁹⁾, cible quatre séquences : plasmide cryptique de *C. trachomatis*, pmpH détectant seulement les génotypes L₁₋₃ (LGV), pmpH détectant uniquement les génotypes non-LGV et la Rnase H qui permet de vérifier l'intégrité de l'échantillon. En présence d'un génotype L₁₋₃ (LGV), l'identité de celui-ci (L1, L2 ou L3) est identifiée par séquençage du gène *ompA* qui encode la MOMP. Un rapport final est ensuite produit par le LNM au LSPQ, qui le transmet au laboratoire serveur, qui à son tour le transmet au clinicien. À titre indicatif, entre le 6 août 2014 et le 7 janvier 2015, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal a reçu 1 739 spécimens avec une demande de LGV, dont 126 (7 %) étaient positifs pour *C. trachomatis* (TAAN BD ProbeTecTM). Le délai moyen entre la date du prélèvement et la date d'émission du rapport pour *C. trachomatis* fut, pendant cette période, de trois jours. Les 126 spécimens ont été acheminés au LSPQ et le délai entre la date du prélèvement et la date d'émission du rapport incluant le résultat de génotypage fut de 29 jours. Ce délai est légèrement plus long pour les spécimens qui s'avèrent positifs pour un génotype L₁₋₃ (LGV) (moyenne 30 jours; écart 24-51 jours), que pour les spécimens positifs pour *C. trachomatis* non-LGV (moyenne 28 jours; écart 17-38 jours)^T.

^Q À noter qu'il existe une hétérogénéité de pratique au Québec, tant par les cliniciens que par les laboratoires. Certains cliniciens indiquent une recherche de LGV seulement lorsque le patient présente des symptômes ou est un contact d'un cas de LGV, alors que d'autres le demandent systématiquement sur tous les spécimens ano-rectaux. La plupart des laboratoires acheminent au LSPQ seulement les échantillons positifs pour *C. trachomatis* lorsque la recherche de LGV avait été indiquée sur la requête alors que d'autres acheminent systématiquement les échantillons ano-rectaux positifs pour *C. trachomatis* (communication personnelle, Annie-Claude Labbé, 11 décembre 2013).

^R Au moment de la rédaction de cet avis, des démarches étaient en cours au MSSS afin de permettre officiellement la réalisation de l'analyse dans un laboratoire québécois (communications personnelles Jasmine Perron et Jean Longtin, décembre 2015).

^S Le LSPQ évalue le coût de la PCR multiplexe à environ 30 dollars par échantillon.

^T Communication personnelle, Claude Fortin, 20 avril 2015.

7.2.1 DONNÉES DE TYPAGE DU LNM

En 2013, 59/782 (8 %) échantillons reçus au LNM en provenance du Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique étaient de type LGV^U(40). De 2010 à 2013, 137/149 (92 %) *C. trachomatis* LGV étaient de type L2b, 11 (7 %) de type L2 et 1 (1 %) d'un autre type^U(40).

7.2.2 DONNÉES DE TYPAGE DU LSPQ

De 2006 à 2014, le taux de positivité des échantillons ano-rectaux soumis au LNM pour la détection de *C. trachomatis* a varié de 85 à 97 % (voir tableau 4). En 2006, 46 % des échantillons positifs étaient associé aux génotypes L₁₋₃ (LGV) (phase 1 de l'épidémiologie de la LGV au Québec, voir tableau 1). De 2007 à 2012, on observe un allègement dans le nombre et la proportion des génotypes L₁₋₃ (LGV). Pendant cette période, le nombre d'échantillons soumis pour analyse augmente chaque année. Les années 2013-2014 sont marquées par une recrudescence du nombre de détection de génotypes L₁₋₃ (LGV) ainsi que par une augmentation du nombre d'échantillon soumis pour analyse. Dans cette période, 11 à 12 % des échantillons positifs étaient associé aux génotypes L₁₋₃ (LGV).

De 2010 à 2014, 129/137 (94 %) *C. trachomatis* LGV étaient de génotype L2b et les 8 (6 %) autres étaient de génotypes L2 autre que L2b. De 2006 à 2009, les 21 *C. trachomatis* LGV étaient de génotypes L₁₋₃ (LGV). À cette période, les variantes du génotype L2 (c'est-à-dire L2b ou autre L2) n'étaient pas rapportées par le LNM. À noter que cette analyse ne spécifie pas les caractéristiques de ces cas, notamment s'ils étaient symptomatiques ou non.

Tableau 4 Données du LSPQ et du LNM pour la période du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2014

Année	Nombre d'échantillons ano-rectaux acheminés au LNM	<i>C. trachomatis</i> positif au LNM n (%)	Nombre d'échantillons génotypables	Génotypes non-LGV n (%)	Génotypes L ₁₋₃ (LGV) n (%)
2006	80	70 (88)	52	26 (50)	26 (50)
2007	85	72 (85)	52	51 (98)	1 (2)
2008	101	96 (95)	89	88 (99)	1 (1)
2009	151	147 (97)	131	128 (98)	3 (2)
2010	201	183 (91)	165	154 (93)	11 (7)
2011	264	252 (95)	226	216 (96)	10 (4)
2012	307	280 (91)	270	259 (96)	11 (4)
2013	447	424 (95)	414	363 (88)	51 (12)
2014	556	540 (97)	534	475 (89)	59 (11)

Source : Donald Murphy, 18 mars 2015.

^U Communication personnelle, Alberto Severini, LNM ASPC, décembre 2013.

7.3 Recommandations

Sérologie :

L'analyse de laboratoire privilégiée pour le dépistage et le diagnostic de la LGV est un TAAN. La sérologie ne devrait plus être utilisée(7,14).

TAAN et génotypage :

Le délai pour l'obtention du résultat de génotypage (au minimum, la PCR multiplexe permettant de déterminer s'il s'agit de *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) ou non-LGV) devrait être réduit. Les cibles à viser devraient être de :

- Moins de sept jours entre le prélèvement^v et le résultat du TAAN *C. trachomatis*/*N. gonorrhoeae*;
- Dans les cas où le TAAN *C. trachomatis* est positif et qu'un génotypage est effectué, sept jours ou moins entre le résultat du TAAN *C. trachomatis* et le résultat du génotypage LGV versus non-LGV (donc 14 jours ou moins entre le prélèvement et le résultat du génotypage);
- Dans les cas où le génotypage révèle la présence de *C. trachomatis* LGV, un séquençage est effectué pour déterminer le génotype précis (L₁₋₃), mais ce résultat n'ayant pas d'impact sur la prise en charge clinique (il est utile pour des fins de surveillance), un délai prolongé est donc acceptable.

Afin de réduire le temps-réponse pour le génotypage, cette analyse devrait être réalisée dans un laboratoire du Québec. Ceci facilitera grandement la prise en charge pour le traitement de la personne infectée ainsi que pour l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP), avec un possible impact sur la transmission. De plus, la réalisation de l'enquête épidémiologique pourrait être réalisée plus rapidement, ce qui pourrait diminuer les biais de mémoire et augmenter l'efficacité de l'intervention, notamment l'IPPAP.

Le séquençage des échantillons positifs, permettant de préciser le génotype exact, pourrait être réalisé dans un laboratoire québécois ou au LNM, puisqu'il ne s'agit pas d'une information urgente à obtenir dans la prise en charge d'un patient.

^v Le temps analytique est habituellement calculé à partir du moment de la réception de l'échantillon au laboratoire qui effectue l'analyse. Ainsi, le temps entre le prélèvement et la réception au laboratoire réalisant l'analyse (qui peut inclure le passage par un autre laboratoire qui achemine l'échantillon au laboratoire réalisant l'analyse), n'est normalement pas comptabilisé. Pour des fins d'assurance-qualité et d'impact clinique, le délai devrait ici être calculé en fonction du moment du prélèvement et de l'envoi du rapport au clinicien.

8 Infections à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) chez les personnes asymptomatiques

Il a été considéré jusqu'à maintenant que la prévalence de LGV chez les HARSAH asymptomatiques était trop faible pour justifier un dépistage systématique de cette infection dans cette population. Cependant, les données disponibles sur les cas de LGV provenaient des données de surveillance portant sur les cas symptomatiques ou les contacts, puisque le dépistage de cas asymptomatiques n'était pas en vigueur. Ces données ne permettent donc pas de vérifier l'existence ou non d'un réservoir de cas asymptomatiques (on s'attend logiquement à ce que la prévalence des symptômes approche 100 % dans ces publications). Cette lacune a été corrigée à partir de 2009 où des études de prévalence chez des personnes asymptomatiques ont commencé à être publiées.

8.1 Revue de littérature

Dans une étude britannique de dépistage chez des HARSAH ayant des relations anales, parmi les cas d'infection rectale à *C. trachomatis*, 8 % avaient un génotypage L₁₋₃ (LGV) positif et, parmi ceux-ci, 17 % étaient asymptomatiques(2). Par ailleurs, seulement 31 % des cas d'infections rectales à *C. trachomatis* non-LGV étaient symptomatiques. Dans une étude aux Pays-Bas, chez des HARSAH, 27 % des cas de LGV ano-rectale étaient asymptomatiques (versus 73 % des infections à *C. trachomatis* non-LGV)(3). Une étude conduite à Madrid de 2009 à 2011 dans une population composée à 50 % de femmes, a obtenu des conclusions semblables avec 8 % des cas d'infections à *C. trachomatis* étant de génotype L₁₋₃ (LGV), dont 93 % se retrouvaient chez des HARSAH et 89 % présentaient des symptômes(5). Une étude allemande rapporte aussi une proportion importante de LGV asymptomatiques, soit 53 % des cas rapportés de LGV (8 cas sur 15)(4). Tout comme dans les études britanniques et hollandaises, les auteurs recommandent un génotypage systématique en présence de résultat positif pour *C. trachomatis* à partir d'un prélèvement ano-rectal(4). Une autre étude britannique, conduite en 2012, a obtenu des résultats semblables, avec 22 % de cas de LGV asymptomatiques(6). Ces études ont en commun une prévalence d'infections rectales à *C. trachomatis* variant de 8 à 10 % lors du dépistage. De ces cas d'infections rectales à *C. trachomatis*, la proportion de LGV varie de 9 à 19 %.

D'autres études vont à l'encontre de ces données, rapportant une faible proportion de cas asymptomatiques. Dans une étude conduite au Royaume-Uni, 5 % des LGV rectales étaient asymptomatiques(41). Par ailleurs, parmi les cas d'infections rectales à *C. trachomatis* non-LGV, 16 % étaient symptomatiques. L'échantillon était imposant avec 4 825 échantillons urétraux et 6 778 échantillons rectaux. La prévalence d'infection rectale à *C. trachomatis* était de 6 %, dont 23 % des cas étaient de génotype L₁₋₃ (LGV). Des études australiennes ont retrouvé une absence ou une très faible prévalence de LGV asymptomatiques chez des HARSAH(42,43). Cependant, dans une de ces deux études, un seul cas de LGV a été retrouvé(42) et l'autre étude n'a retrouvé que trois cas de LGV(43). Une étude italienne publiée en 2014 démontre aussi une absence de réservoir asymptomatique(25). On peut cependant s'interroger à propos de la méthodologie de cette étude avec 108 patients dépistés en 16 mois et une prévalence de LGV de 12 %. Un résumé de ces différentes études est présenté au tableau 5.

Tableau 5 Sommaire des données de prévalence de LGV rectale et des symptômes associés

Auteur	Pays/ période	n	<i>C. trachomatis</i> +	LGV+	Symptômes
			n (%)	n (%)	n (%)
Annan(2)	Royaume-Uni 2005-2006	3 017	247 (8)	35/247 (14)	29/35 (83)
De Vrieze(3)	Pays-Bas 2005-2012	35 650	3 628 (10)	411/3 628 (11)	322/411 (73)
Rodriguez- Dominguez(5)	Espagne 2009-2011	3 185	419 (13)	82/419 (20)	73/82 (89)
Haar(4)	Allemagne 2009-2010	1 754	144 (8)	17/103 (17)	7/15 ⁽¹⁾ (47)
Saxon(6)	Royaume-Uni 2012	ND	813 (pharynx/rectum et urètre confondus)	71 (pharynx/rectum et urètre confondus)	38/49 ⁽²⁾ (78)
Ward(41)	Royaume-Uni 2006-2007	6 778	472 (7)	61/472 (13)	58/61 (95)
Templeton(42)	Australie 2005-2007	2 603	64 (3)	1/64 (2)	1 (100)
Templeton(43)	Australie 2011-2012	1 732	75 (4)	3/75 (4)	3 (100)
Foschi(25)	Italie 2012-2013	108	23 (21)	13/23 (57)	13 (100)

1 Deux patients avec données manquantes.

2 Les données cliniques étaient manquantes chez 22 patients. À noter que parmi les 11/49 (22 %) patients asymptomatiques lors de la visite initiale, 10 avaient une infection rectale et trois étaient devenus symptomatiques lors de la visite effectuée pour le traitement (suite au résultat TAAN positif pour *C. trachomatis*).

8.2 Sites d'infection : existe-t-il un réservoir pharyngé et urétral?

D'une publication à l'autre, on observe que la majorité des cas de LGV sont retrouvés au niveau anal. Certains ont tenté de retrouver un réservoir urétral ou pharyngé de LGV. De Vrieze a dépisté la LGV au niveau urétral chez 341 HARSAH avec une LGV documentée au niveau rectal, ainsi que leurs partenaires joignables (n = 59)(44). Les auteurs ont trouvé, chez les partenaires, une prévalence de 7 % de LGV à l'urètre, et chez les cas (qui avaient une LGV documentée au niveau rectal), une prévalence de près de 3 % de LGV à l'urètre(44). Annan a effectué un dépistage urétral chez 3 076 HARSAH et a retrouvé un seul cas de LGV à l'urètre contre 35 cas rectaux(2). À Madrid, dans l'étude de prévalence comportant plus de 8 000 patients, 10 cas de LGV à l'urètre, deux cas cervicaux et aucun cas pharyngé, contre 82 cas rectaux ont été retrouvés(5). Il est à noter que les cas urétraux étaient tous symptomatiques. Saxon, dans sa présentation à l'ISSTD 2013, mentionnait que, sur les 49/71 cas de LGV où des données cliniques étaient disponibles, 38 (78 %) étaient symptomatiques(6). Parmi les 11 cas asymptomatiques, 10 avaient une infection rectale (91 %); les données de l'abrégé ne permettent pas d'identifier si l'autre cas asymptomatique avait une infection urétrale ou pharyngée(6). Dans une autre étude de prévalence conduite en 2006-2007 au Royaume-Uni, on avait retrouvé deux cas de LGV urétrale sur 4 825 dépistages, alors que 61 cas rectaux avaient été retrouvés dans cet échantillon(41). L'étude italienne de Foschi et

collaborateur, quant à elle, a dépisté la LGV au pharynx et à l'urètre chez 108 patients, et aucun cas positif de LGV n'a été rapporté à ces deux sites(25). Dans l'étude allemande où l'équipe avait dépisté 1 848 pharynx, 1 754 rectums et 552 urètres/urine, 17 cas de LGV rectale contre 2 cas pharyngés ont été retrouvés. Enfin, dans une affiche présentée au congrès de l'International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) 2015, détaillant les résultats d'une étude réalisée aux Pays-Bas, une prévalence de 0,07 % de LGV au niveau de l'urètre a été observée chez 10 859 HARSAH(45). En bref, peu de cas urétraux ou pharyngés sont identifiés, ce qui amène à se questionner sur le mode de transmission de cette bactérie. Certains cas pourraient être expliqués par le partage de jouets sexuels ou la pratique du « *fisting* », mais pas tous. Il reste à élucider si la *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) pourrait être présente de façon seulement transitoire au niveau de l'urètre ou du pharynx.

Un résumé des données de prévalence LGV des études ci-haut mentionnées, au rectum, au pharynx et à l'urètre, est présenté au tableau 6.

Tableau 6 Sommaire des données de prévalence LGV rectum/pharynx/urètre

Auteur	Rectum		Urètre		Pharynx	
	n	LGV+ N (%)	n	LGV+ n (%)	n	LGV+ n (%)
De Vrieze(44)	ND	341 (1,2)	400	11 (2,8)	ND	ND
Annan(2)	3 076	35 (1,1)	3 076	1 (0,03)	ND	ND
Rodriguez-Dominguez(5)	3 185	82 (2,6)	2 420	10 (0,4)	2 518	0
Saxon(6)	ND	62	ND	3	ND	3
Ward(41)	6 778	61 (0,9)	4 825	2 (0,04)	ND	ND
Foschi(25)	108	13 (12,0)	108	0	69	0
Haar(4)	1 754	17 (1,0)	522	0	1 848	2 (0,1)
Versteeg(45)	ND	ND	10 859	8 (0,07)	ND	ND

ND : Non disponible.

8.3 Surveillance de la LGV en Colombie-Britannique

Dans le but d'optimiser la surveillance de la LGV en Colombie-Britannique, un projet pilote a été réalisé au début 2012, au cours duquel des prélèvements extragénitaux pour la recherche de *C. trachomatis* étaient effectués chez des HARSAH asymptomatiques consultant dans des cliniques ITSS. Pendant une période de six mois, une recherche de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* à partir de prélèvements pharyngés et ano-rectaux a été réalisée chez 1 200 HARSAH^W. Parmi les tests faits sur des spécimens ano-rectaux, 10 % étaient positifs pour *C. trachomatis*; les échantillons ont été acheminés pour génotypage au LNM et aucun n'était de type LGV^W. Le nombre exact d'échantillons pharyngés qui ont été typés n'est pas précisé, mais se rapprocherait du nombre de prélèvements ano-rectaux; aucun cas de LGV n'aurait été détecté à partir des prélèvements pharyngés^X.

Au cours des six premiers mois de 2012, 12 cas de LGV confirmés ou probables ont été déclarés; 11 avaient des symptômes compatibles avec une LGV et le dernier était un contact d'un cas confirmé^Y. Puisqu'aucun cas de LGV asymptomatique sans histoire de contact LGV n'a été détecté, le projet pilote a été temporairement cessé, mais le génotypage systématique des prélèvements ano-rectaux a été réintroduit par la suite à l'échelle de la province^W.

Selon les informations transmises par Elsie Wong et Linda Hoang du BCCDC, le taux de positivité LGV, défini par « le nombre de cas confirmés de LGV rapportés/nombre de cas rapportés d'infection rectale à *C. trachomatis* au cours d'une année X 100 », était de 5,6 % en 2010. En 2011, une émergence de cas de LGV a été observée (21 cas) et ce taux est grimpé à 31,0 %(46). Depuis que le génotypage d'échantillons rectaux positifs pour *C. trachomatis* est effectué de façon systématique à l'échelle de la province, le dénominateur est plus élevé, faisant en sorte que ce taux fut de 5,8 % en 2012, 5,9 % en 2013 et 4,4°% en 2014^Z.

De 2010 à 2014, 83 cas de LGV (77 confirmés, 6 probables) ont été rapportés(47). Tous les cas étaient des HARSAH, 93 % résidaient dans la grande région de Vancouver et 74 % étaient identifiés comme Caucasiens(47). Les manifestations cliniques étaient principalement la rectite (93 %); 9 cas (11 %) présentaient un tableau de lymphadénopathie inguinale et seulement 5 cas (6 %) étaient asymptomatiques (la proportion de ceux-ci qui avaient un contact LGV documenté n'est pas précisée). Parmi ceux pour lesquels le statut VIH était connu, 68 % (54/79 cas) étaient infectés par le VIH(47).

^W Communication personnelle, Travis Salway Hottes, BCCDC, mai 2013.

^X Communication personnelle, Linda Hoang, BCCDC septembre 2015.

^Y Communication personnelle, Linda Hoang, BCCDC, décembre 2013.

^Z Communications personnelles, Elsie Wong et Linda Hoang, mars et mai 2015.

9 Recommandations de dépistage au Québec, au Canada et internationalement

Note : Cette section a été développée dans le but de réviser les lignes directrices portant sur le dépistage de la LGV. Cependant, lorsque des considérations diagnostiques étaient abordées dans ces documents, celles-ci sont aussi soulignées.

9.1 Québec

9.1.1 GQDITSS (MISE À JOUR 2014); MSSS

9.1.1.1 Dépistage des infections à *C. trachomatis*

Pour soutenir les cliniciens en présence d'indications de dépistage, le GQDITSS^{AA}(9) précise le choix des sites à prélever et des analyses à effectuer pour le dépistage de *C. trachomatis*, dans son tableau « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) »^{BB}(10,48). Ces recommandations sont actuellement en cours de révision.

En présence d'indication de dépistage d'une infection à *C. trachomatis*, selon les sites exposés :

- Le dépistage des infections génitales peut se faire à partir de prélèvements urinaire, urétral, cervical ou vaginal, selon le cas(48);
- Un prélèvement ano-rectal pour TAAN est recommandé chez les HARSAH et les travailleuses du sexe(10,48).

La prévalence de *C. trachomatis* à la gorge chez les HARSAH est très faible (1-2 %) et peu de données existent sur le coût-efficacité d'un dépistage à ce site(10). Ainsi, en l'absence de consensus dans la littérature sur l'indication de dépister l'infection pharyngée à *C. trachomatis*, la recherche de *C. trachomatis* n'est pas recommandée au niveau pharyngé(10,48). À noter toutefois qu'un résultat de TAAN *C. trachomatis* peut être obtenu à partir d'un prélèvement pharyngé lorsqu'il y a indication de procéder à une recherche de *N. gonorrhoeae* par TAAN à la gorge, puisque la grande majorité des laboratoires de biologie médicale du Québec utilisent des technologies qui détectent les deux microorganismes de façon concomitante(10,48).

Dans le tableau du GQDITSS, les sites à prélever chez un partenaire d'une personne infectée par *C. trachomatis* ne sont pas précisés(48). Toutefois, dans l'avis du CALI sur les analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae*, on précise que :

« Si le contact fait partie d'une population à risque d'infection extragénitale (HARSAH, travailleuses du sexe), suivre les recommandations de dépistage spécifiques à ces populations. Si le contact ne fait pas partie d'une population à risque d'infection extragénitale, effectuer le dépistage aux sites génitaux conventionnels. Le traitement épidémiologique sera administré dans tous les cas pour prévenir la transmission »(10).

AA <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/c5af2dbdce1f35fc8525714200586b0d?OpenDocument>.

BB <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/3113c4e51c2166a485257d1100607338?OpenDocument>. Ces recommandations sont en cours de révision, notamment quant aux indications de prélèvement rectal chez les femmes dans un contexte de dépistage.

9.1.1.2 Dépistage de la LGV

Le GQDITSS mentionne qu'il n'y a actuellement aucune indication de dépistage de la LGV ou d'infection par les génotypes L₁₋₃ (LGV) de *C. trachomatis*, à l'exception des partenaires sexuels de personnes atteintes d'une LGV(9), sans toutefois préciser quels sont les sites à prélever. Les partenaires à joindre et à dépister sont alors ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne atteinte dans les 60 jours avant l'apparition des symptômes ou le moment du diagnostic, durant la période des signes et symptômes ou avant la fin du traitement(30).

9.2 Canada

9.2.1 LDC-ITS (2010) ET DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE CONCERNANT LE DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DE LA LGV (2014); ASPC

Les lignes directrices de 2010 mentionnent que le diagnostic de la LGV est difficile à établir, et qu'il s'appuie habituellement sur les antécédents du patient et sur son tableau clinique, soutenu par des analyses de laboratoire. Ces lignes directrices ne spécifient pas si le dépistage de la LGV est recommandé chez les personnes asymptomatiques(14). Cependant, le chapitre sur la LGV des LDC-ITS de 2010^{CC} est en cours de révision(14) et l'ASPC a publié, en octobre 2014, une déclaration supplémentaire^{DD} portant sur le diagnostic en laboratoire de la LGV(7), en attendant la mise à jour du chapitre des LDC-ITS. Ils ont alors recommandé de dépister *C. trachomatis* chez les HARSAH avec « critères » de risque pour la LGV, et d'envisager d'envoyer les échantillons *C. trachomatis* positifs pour génotypage LGV. Les recommandations provisoires de 2014, proposées pour le dépistage et le diagnostic de la LGV, sont les suivantes :

(extrait intégral du document)

« RECOMMANDATIONS PROVISOIRES CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC

- Soupçonner un cas de LGV si l'on constate une rectite et/ou une lymphadénopathie inguinale ou fémorale marquée ou des bubons ET/OU si les antécédents du patient donnent à penser qu'une exposition est possible ou probable (consulter la section Épidémiologie).
- Réaliser l'un ou l'autre des prélèvements suivants, selon ce qui est indiqué sur le plan clinique : urine du premier jet; écouvillonnage urétral, cervical, vaginal, rectal et oral; et liquide des bubons, le cas échéant.
- Chez les personnes qui présentent des symptômes (rectite avec ou sans écoulement purulent ou saignement, et/ou lymphadénopathie marquée ou bubons dans la région inguinale ou fémorale, avec des signes et des symptômes d'une maladie systémique) :
 - demander un TAAN pour la détection de *C. trachomatis*;
 - demander que les échantillons positifs pour *C. trachomatis* soient envoyés au laboratoire provincial ou territorial ou au Laboratoire national de microbiologie à des fins de génotypage de la LGV.

CC <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-9-fra.php>.

DD <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/supp-lgv-fra.php>.

- Pour les partenaires sexuels de personnes ayant reçu un diagnostic de LGV :
 - demander un TAAN pour le dépistage de *C. trachomatis*;
 - demander que les échantillons positifs pour *C. trachomatis* soient envoyés au laboratoire provincial ou territorial ou au Laboratoire national de microbiologie à des fins de génotypage de la LGV.
- Pour les HARSAH qui ne présentent pas de symptômes, mais qui remplissent les critères de risque (c.-à-d. infection à VHC, infection à VIH ou autre ITS, et/ou histoire de relations sexuelles anales ou orales en groupe sans protection; ET histoire de séjour ou résidence dans une région du Canada ou d'un autre pays où la prévalence de la LGV est élevée) :
 - demander un TAAN pour le dépistage de *C. trachomatis*;
 - envisager de demander que les échantillons positifs pour *C. trachomatis* soient envoyés au laboratoire provincial ou territorial ou au Laboratoire national de microbiologie à des fins de génotypage de la LGV.

Selon la définition actuelle, un cas est dit confirmé lorsque les résultats des TAAN sont positifs et qu'il y a confirmation que le microorganisme en cause est le sérotype L1, L2 ou L3 de *C. trachomatis* »(7).

Au niveau des contacts de LGV, l'ASPC recommande de dépister les partenaires sexuels des deux derniers mois d'un cas de LGV(7,14).

9.2.2 *BRITISH COLUMBIA TREATMENT GUIDELINES SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN ADOLESCENTS AND ADULTS(2014); BCCDC*

Le BCCDC propose un diagnostic basé sur l'histoire du patient et sur la présence de manifestations cliniques, en présence d'un résultat TAAN positif pour *C. trachomatis* provenant d'une lésion ou du rectum^{EE}(49). Ils recommandent alors de confirmer s'il s'agit d'une LGV par un test de laboratoire. Le document ne spécifie pas si le dépistage de la LGV est recommandé chez les personnes asymptomatiques, mais puisqu'un typage systématique est effectué (voir section 8.3), on peut déduire qu'il sera effectué même en présence d'infection rectale asymptomatique.

Le document précise que tous les partenaires ou contacts sexuels des 60 derniers jours avant l'apparition de symptômes devraient être testés et traités. Si le patient n'a aucun partenaire dans les 60 derniers jours, le dernier partenaire devrait être testé et traité(49).

9.3 International

9.3.1 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC)

9.3.1.1 *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines (2015)*

Dans les lignes directrices des CDC pour le traitement des ITSS^{FF}, on ne retrouve aucune mention concernant le dépistage de la LGV chez des patients asymptomatiques(13). La détection de cette ITSS est effectuée dans un contexte diagnostique et est basée sur la suspicion clinique, les

^{EE} http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%205%20-%20STI/CPS_BC_STI_Treatment_Guidelines_20112014.pdf.

^{FF} <http://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>.

informations épidémiologiques ainsi que l'exclusion d'autres étiologies de rectites, d'adénopathies inguinales ou d'ulcères génitaux ou rectaux. Les prélèvements de lésions génitales, d'écouvillonnage ano-rectal et de ganglions lymphatiques (écouvillonnage ou aspiration) peuvent être testés pour *C. trachomatis* par culture, immunofluorescence directe, ou TAAN. Les TAAN pour *C. trachomatis* performant bien à partir de prélèvements ano-rectaux, mais ne sont pas approuvés par la Food and Drug Administration à partir de ce site. Quant à la sérologie LGV, l'interprétation des résultats n'est pas standardisée, elle n'est pas validée dans un contexte de rectite et n'est pas facilement disponible.

Il est recommandé que la personne qui se présente avec des symptômes compatibles avec une LGV reçoive un traitement syndromique pour la LGV, c'est-à-dire avant même d'obtenir les résultats confirmant le diagnostic de LGV(13).

Les CDC recommandent le dépistage et le traitement des contacts sexuels jusqu'à 60 jours précédant l'apparition de symptômes, selon le site d'exposition (urètre, col utérin, rectum), mais en ne mentionnant pas la gorge(13).

9.3.1.2 *Recommendations for the Laboratory-Based Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae (2014)*

Les CDC ont récemment publié des recommandations pour la détection en laboratoire de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*^{GG}(50). Celles-ci incluent une courte section sur la détection de la LGV. La recherche de *C. trachomatis* au niveau rectal est recommandée en présence de symptômes de rectite. Il est spécifié qu'un résultat positif pour *C. trachomatis* ne permet pas de conclure qu'il s'agit d'une infection à LGV, mais peut aider à formuler un diagnostic clinique présomptif d'une LGV(50).

9.3.2 BRITISH ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH AND HIV (BASHH)

9.3.2.1 *2015 UK national guideline for the management of infections with Chlamydia trachomatis (2015)*

Dans les récentes lignes directrices de BASHH pour le dépistage des infections à *C. trachomatis*^{HH}, il est recommandé de rechercher la LGV dans les situations suivantes :

- Chez toute personne qui présente des symptômes de rectite (Niveau d'évidence III, Grade B). Les femmes avec symptômes de rectite devraient également être testées pour la LGV et devraient être prises en charge de la même façon que les hommes avec des symptômes de rectite (Niveau d'évidence IV, Grade C).
- Chez les HARSAH infectés par le VIH, en présence d'un résultat de TAAN positif pour *C. trachomatis* peu importe le site. Dans cette situation, la LGV devrait être recherchée de façon routinière, peu importe la présence ou l'absence de symptômes (Niveau d'évidence III, Grade B).

De plus, on y mentionne que les différentes autorités ou institutions locales peuvent choisir de dépister la LGV selon les caractéristiques de leur population, en fonction des ressources disponibles (Niveau d'évidence IV, Grade C)(51).

Les échantillons doivent être envoyés à leur laboratoire national pour un génotypage LGV(51).

GG <http://www.cdc.gov/std/laboratory/2014labrec/2014-lab-rec.pdf>.

HH http://www.bashh.org/documents/2015_UK_guideline_for_the_management_of_Chlamydia_trachomatis_final_12....pdf.

9.3.2.2 2013 UK National Guideline for the management of lymphogranuloma venereum: Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV (CEG/BASHH) Guideline development group (2013)

Ces lignes directrices nationales^{II}(52) sont basées sur les lignes directrices du *Sexually Transmitted Bacteria Reference Laboratory (STBRL)/Scottish Reference Laboratory*^{JJ}(53). Le diagnostic de la LGV est recommandé en cas de suspicion clinique de LGV sur un échantillon positif pour *C. trachomatis*, provenant d'un patient symptomatique ou d'un contact direct d'un cas de LGV(52).

Dans ces lignes directrices, il est recommandé de dépister les contacts sexuels des quatre dernières semaines précédant l'apparition de symptômes, ou des trois derniers mois si le cas index était asymptomatique(52). Les partenaires devraient être testés pour *C. trachomatis* au niveau rectal, pharyngé, urétral et/ou au niveau du col utérin, selon l'exposition.

9.3.3 EUROPEAN GUIDELINES ON THE MANAGEMENT OF LGV(2013); IUSTI

Dans ces lignes directrices, il est recommandé de confirmer un cas de LGV en cas de suspicion clinique, en présence d'un résultat positif pour *C. trachomatis*. Il y est recommandé de dépister *C. trachomatis* au niveau rectal pour tous les HARSAH rapportant du sexe anal réceptif dans les six derniers mois^{KK}(54). Les échantillons ano-rectaux positifs pour *C. trachomatis* doivent ensuite être typés pour la LGV (Niveau d'évidence II, Grade A)(54). Un dépistage des contacts sexuels des trois derniers mois est également recommandé.

9.3.4 DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION À C. TRACHOMATIS- AVIS SUR LES ACTES (2010); HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

Dans les lignes directrices de la HAS^{LL}, en cas de suspicion de LGV^{MM}, des prélèvements pour recherche de *C. trachomatis* sont recommandés « au niveau du rectum, de l'anus ou du pharynx, selon les pratiques sexuelles rapportées par les patients »(55). Les échantillons positifs sont ensuite typés pour LGV, afin de confirmer l'appartenance au génotype L₁₋₃ (LGV)(55). Il n'est pas spécifié si le dépistage des personnes asymptomatiques ou des contacts de LGV sont recommandés.

9.3.5 AUSTRALIAN STI MANAGEMENT GUIDELINES FOR USE IN PRIMARY CARE(2015); AUSTRALASIAN SEXUAL HEALTH ALLIANCE

Dans les lignes directrices australiennes^{NN}, il est recommandé d'effectuer, chez les HARSAH qui présentent un tableau clinique de rectite, un prélèvement ano-rectal pour la recherche de *C. trachomatis* par TAAN et de préciser, sur la requête, que si le résultat s'avère positif, d'acheminer l'échantillon pour un génotypage LGV(56). Le dépistage de la LGV n'est pas recommandé en absence de symptôme.

Il y est précisé que la LGV est inhabituelle chez les femmes en Australie. Dans le cas où une LGV serait suspectée, il est proposé de diriger la patiente vers une clinique de santé sexuelle locale ou une clinique spécialisée en maladies infectieuses(56).

II <http://www.bashh.org/documents/2013%20LGV%20guideline.pdf>.

JJ http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20081023151136/hpa.org.uk/web/hpawebfile/hpaweb_c/1207293977351.

KK http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2013/LGV_IUSTI_guideline_2013.pdf.

LL http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/chlamydia_-_document_davis.pdf.

MM Le texte ne précise pas sur quelles bases (clinique, épidémiologique ou facteurs de risque) se fait la suspicion.

NN <http://www.sti.guidelines.org.au/sexually-transmissible-infections/lgv>. Dernière mise à jour le 20 février 2015.

Concernant les partenaires sexuels, il est recommandé d'effectuer un dépistage des contacts des quatre dernières semaines précédant l'apparition de symptômes, ou des six derniers mois si le patient LGV est asymptomatique(56).

9.4 Résumé des recommandations de recherche de LGV chez les personnes symptomatiques et asymptomatiques (incluant chez les partenaires de personnes infectées par la LGV)

Le tableau 7 résume les différentes recommandations de dépistage discutées précédemment. Il inclut également les recommandations quant aux prélèvements et analyses de laboratoire chez des personnes symptomatiques puisque, dans la plupart des lignes directrices, ces deux composantes sont abordées simultanément. Les recommandations quant à la période de notification des partenaires ont aussi été revues dans chacune des lignes directrices (pour plus d'informations concernant la prise en charge des partenaires de LGV, consulter la section 10.3.3). Il est à noter que seules les recommandations des CDC et de BASHH apportent des précisions quant aux sites à prélever chez les partenaires(13,52).

Tableau 7 Résumé des recommandations de recherche de LGV chez les personnes symptomatiques et asymptomatiques (incluant chez les partenaires de personnes infectées par la LGV)

ORGANISATION	INDICATIONS DE GENOTYPAGE LGV		
	PERSONNES SYMPTOMATIQUES	PERSONNES ASYMPTOMATIQUES	PARTENAIRES
MSSS, Québec GQDITSS(9) et outil « Les partenaires sexuels il faut s'en occuper »(30) (2014)	S/O	Aucune indication de dépistage	Dépistage des partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée : - jusqu'à 60 jours avant le début des symptômes ou le diagnostic; - pendant qu'elle avait des symptômes; - avant la fin du traitement
ASPC, Canada LDC-ITS (2010)(14) Déclaration supplémentaire LGV (2014)(7)	En présence d'un TAAN positif pour <i>C. trachomatis</i> (urine de premier jet; prélèvements ano-rectaux, génitaux, bubons) (2014)	Génotypage LGV à envisager en présence d'un TAAN positif pour <i>C. trachomatis</i> chez les HARSAH avec critères de risque ⁽¹⁾ (2014)	Dépistage des contacts de deux derniers mois (2010)
BCCDC, British Columbia, Canada <i>British Columbia Treatment Guidelines STI in adolescents and adults</i> (2014)(49)	En présence d'un TAAN positif pour <i>C. trachomatis</i> (lésions ou prélèvements ano-rectaux)	Génotypage systématique en présence d'un TAAN positif pour <i>C. trachomatis</i> sur les échantillons rectaux	Dépistage des contacts des deux derniers mois Si aucun partenaire dans les 60 derniers jours, le dernier partenaire devrait être dépisté
CDC, États-Unis <i>STD treatment guidelines</i> (2015)(13)	En présence de suspicion clinique de LGV (prélèvements ano-rectaux, génitaux, bubons)	Non spécifié	Dépistage des contacts de deux mois précédant l'apparition de symptômes. Effectuer des prélèvements au niveau cervical, urétral ou ano-rectal (site pharyngé non mentionné) selon le site anatomique exposé
BASHH, UK <i>UK National Guideline for the management of LGV: CEG/BASHH Guideline development group</i> (2013)(52)	En présence d'un TAAN positif pour <i>C. trachomatis</i> (urine de premier jet, prélèvements ano-rectaux, pharyngés, génitaux, bubons)	Non spécifié	Dépistage des contacts: 1) Contacts des quatre semaines précédant l'apparition de symptômes 2) Contact des trois derniers mois si cas index asymptomatique Effectuer des prélèvements au niveau cervical, urétral, ano-rectal ou pharyngé, selon le site anatomique exposé

Tableau 7 Résumé des recommandations de recherche de LGV chez les personnes symptomatiques et asymptomatiques (incluant chez les partenaires de personnes infectées par la LGV) (suite)

ORGANISATION	INDICATIONS DE GENOTYPAGE LGV		
	PERSONNES SYMPTOMATIQUES	PERSONNES ASYMPTOMATIQUES	PARTENAIRES
BASHH, UK <i>2015 UK national guideline for the management of infections with Chlamydia trachomatis</i> (51)	En présence de symptômes de rectite, avec un TAAN positif pour <i>C. trachomatis</i> (tous les sites) (Niveau d'évidence III, Grade B)	HARSAH infectés par le VIH, en présence d'un résultat de TAAN positif pour <i>C. trachomatis</i> peu importe le site. (Niveau d'évidence III, Grade B)	Non spécifié
IUSTI, Europe <i>European guidelines on the management of LGV (2013)</i> (54)	En présence d'un TAAN positif pour <i>C. trachomatis</i> (lésions ano-génitales, prélèvements ano-rectaux, bubons) ⁽²⁾	Génotypage LGV en présence d'un TAAN positif pour <i>C. trachomatis</i> (rectal) chez les HARSAH rapportant des pratiques sexuelles dans les derniers six mois	Dépistage des contacts de trois derniers mois
France Haute Autorité de Santé : Diagnostic biologique de l'infection à <i>C. trachomatis</i> -avis sur les actes (2010)(55)	En présence d'un TAAN positif pour <i>C. trachomatis</i> (anus, rectum, pharynx), selon les pratiques sexuelles	Non spécifié	Non spécifié
Australie Australasian sexual health alliance: <i>Australian STI management guidelines for use in primary care</i> (2014)(56)	En présence d'un TAAN positif pour <i>C. trachomatis</i> chez les HARSAH (prélèvement d'ulcère ou prélèvements ano-rectaux). Non recommandé chez les femmes	Non recommandé	Dépistage des contacts: 1) Contacts des quatre semaines précédant l'apparition de symptômes 2) Contact des six derniers mois si cas index asymptomatique

1 Infection à VHC, infection à VIH ou autre ITS, et/ou histoires de relations sexuelles anales ou orales en groupe sans protection; ET histoire de séjour ou résidence dans une région du Canada ou d'un autre pays où la prévalence de la LGV est élevée.

2 La recommandation de l'IUSTI sur *C. trachomatis* précise que les échantillons rectaux positifs pour *C. trachomatis*, chez les HARSAH, devraient être génotypés pour LGV (http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2010/Euro_Guideline_Chlamydia_2010.pdf).

9.5 Recommandations

Indications de génotypage LGV dans un contexte de dépistage, lorsque le TAAN est positif pour *C. trachomatis* :

À noter que la version du GQDITSS^{oo} en vigueur au moment de la rédaction de cet avis ne précise pas quels sont les sites à prélever chez un partenaire d'une personne infectée par la LGV. Dans un contexte de contact sexuel avec une personne infectée par la LGV, tous les sites exposés devraient être prélevés, incluant le pharynx.

1) Prélèvements génitaux

À la lumière de la revue de la littérature présentée à la section 8 et de la revue des lignes directrices présentées à la section 9, et ainsi que d'avis d'experts :

- Chez les personnes asymptomatiques, un génotypage LGV sur des prélèvements vaginaux, cervicaux, urétraux ou urinaires est recommandé uniquement chez les partenaires de personnes infectées par la LGV selon les sites exposés. Il est alors nécessaire de spécifier une demande de recherche de LGV sur la requête de laboratoire.
- Malgré la recommandation de l'ASPC(7), le génotypage systématique de prélèvements urétraux ou urinaires positifs pour *C. trachomatis*, même s'ils proviennent de personnes présentant des « critères de risque », n'est pas recommandé au Québec^{pp}.

2) Prélèvements pharyngés

Selon la version du GQDITSS^{oo} en vigueur au moment de la rédaction de cet avis(9) et selon l'avis « Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* »^{oo} du CALI(10), la recherche de *C. trachomatis* n'est pas recommandée au niveau du pharynx, que ce soit chez les femmes, les hommes hétérosexuels ou les HARSAH, et ce même s'il s'agit d'un partenaire d'une personne infectée par *C. trachomatis*. Cependant, puisque dans la plupart des laboratoires une recherche de *C. trachomatis* sera effectuée par TAAN sur un prélèvement pharyngé réalisé en présence d'une indication de dépistage de *N. gonorrhoeae* au pharynx, des cas d'infection pharyngée à *C. trachomatis* peuvent être détectés.

À la lumière de la revue de la littérature présentée à la section 8 et de la revue des lignes directrices présentées à la section 9, et ainsi que d'avis d'experts :

- Chez les personnes asymptomatiques, une recherche de *C. trachomatis* sur des prélèvements pharyngés avec génotypage LGV, si le résultat *C. trachomatis* est positif, est recommandée uniquement chez les partenaires de personnes infectées par la LGV en présence d'une exposition pharyngée^{qq}. Il est alors nécessaire de spécifier une demande de recherche de LGV sur la requête de laboratoire.
- Malgré la recommandation de l'ASPC(7), le génotypage systématique à partir de prélèvements pharyngés positifs pour *C. trachomatis*, même s'ils proviennent de personnes présentant des « critères de risque », n'est pas recommandé au Québec^{pp}.

^{oo} Document en cours de révision.

^{pp} Un typage sur demande est possible, en ajoutant une précision sur la requête, à partir d'un prélèvement cervical, urétral, pharyngé, urinaire, d'un ulcère ou de liquide de bubon. Une telle demande serait appropriée si, selon son jugement clinique, le clinicien suspecte une LGV, par exemple en présence de symptôme, ou suite à un contact d'un patient avec une infection LGV confirmée.

^{qq} Le dépistage de *C. trachomatis* au niveau pharyngé n'est actuellement pas recommandé dans le GQDITSS, et ce même pour les partenaires de personnes infectées par *C. trachomatis*. Dans ces cas, le traitement épidémiologique du partenaire est le même que celui utilisé pour le traitement d'une infection documentée à *C. trachomatis*, ce qui n'est pas le cas lorsqu'il s'agit d'une infection documentée à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV).

3) Prélèvements ano-rectaux

Selon la version du GQDITSS^{RR} en vigueur au moment de la rédaction de cet avis(9) et l'avis « Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* »^{RR} du CALI(10), il est recommandé de rechercher *C. trachomatis* à partir d'un prélèvement ano-rectal pour TAAN chez les HARSAH et les travailleuses du sexe, selon les pratiques sexuelles^{SS}. Compte tenu des données présentées ici à propos des infections rectales à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) :

- Il est recommandé que tous les échantillons rectaux positifs pour *C. trachomatis* (hommes et femmes, dans toutes les régions du Québec) soient génotypés.

^{RR} Document en cours de révision.

^{SS} Il est à noter que puisque plusieurs publications récentes apportent de nouvelles données quant au dépistage des infections rectales à *C. trachomatis* chez les femmes. Le groupe de travail « Prélèvements et analyses recommandés pour le dépistage de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* » du CALI se penche actuellement sur cette question dans le cadre de ses travaux pour la mise à jour du GQDITSS.

10 Aspects de prise en charge clinique : traitement et suivi

NOTE IMPORTANTE : lorsque la doxycycline est recommandée comme traitement, il est important de se rappeler que cet antibiotique est contre-indiqué chez la femme enceinte ou qui allaite. Partout où il en est question dans les présentes recommandations, la doxycycline ne devrait pas être administrée à une femme enceinte ou qui allaite. En cas de doute sur le traitement adéquat à prescrire pour ces patientes, ou en présence d'allergie à la doxycycline, consulter un collègue expérimenté.

10.1 Traitement de l'infection rectale documentée à *C. trachomatis* (non-LGV ou non spécifié LGV)

10.1.1 PERSONNES SYMPTOMATIQUES OU ASYMPTOMATIQUES

NOTE : Concernant le traitement syndromique de la rectite, voir la section 10.2.

10.1.1.1 Lignes directrices

La version du guide sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS « Infection à *Chlamydia trachomatis* et infection à *Neisseria gonorrhoeae* » (août 2013) en vigueur au moment de la rédaction de cet avis aborde de façon générale les infections à *C. trachomatis* sans précision particulière pour les infections rectales(12). On y recommande, en premier choix, l'azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique, et en deuxième choix, la doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours(12).

Dans le chapitre sur les infections à *C. trachomatis* des LDC-ITS, on mentionne les infections rectales : les recommandations thérapeutiques sont les mêmes que pour les infections génitales. Le traitement privilégié est la doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours, ou l'azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique, si l'adhérence au traitement n'est pas garantie(57). Le guide de l'INESSS et le chapitre des infections à *C. trachomatis* des LDC-ITS sont actuellement en processus de mise à jour.

Les lignes directrices des CDC mentionnent les études rétrospectives(58,59) qui ont rapporté une efficacité réduite de l'azithromycine comparativement à la doxycycline dans le traitement des infections rectales à *C. trachomatis* (voir section 10.1.1.2 pour une description détaillée), mais soulignent que ces études comportent certaines limites et que des essais cliniques prospectifs comparant les deux antibiotiques dans le traitement des infections rectales à *C. trachomatis* sont requis(13). Ils maintiennent ainsi leur recommandation de traitement, soit l'azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique, ou la doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours(13).

Les lignes directrices « *European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections 2010* » soulignent les échecs thérapeutiques rapportés dans la littérature suite à une dose unique d'azithromycine dans le traitement des infections rectales à *C. trachomatis*(60). Les auteurs recommandent la doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours comme premier choix de traitement pour les infections rectales à *C. trachomatis* non-LGV (Niveau d'évidence III, Grade B). Ils spécifient que les articles ne permettent généralement pas de distinguer les infections rectales non-LGV des infections rectales LGV. Les lignes directrices « *2013 European guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible*

pathogens »^{TT} recommandent aussi la doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours pour les infections rectales à *C. trachomatis* non-LGV(61).

Les récentes lignes directrices de BASHH sur la prise en charge des infections à *C. trachomatis* présentent une section spécifique sur la LGV chez les PVVIH. On y précise qu'en raison de la prévalence élevée de la LGV chez les PVVIH, les personnes VIH positives atteintes d'infection rectale à *C. trachomatis* qui n'ont pas été testées pour la LGV devraient être traitées avec trois semaines de doxycycline ou devraient avoir un test de contrôle de l'efficacité du traitement (Niveau d'évidence IV, Grade C)(51).

Chez les HARSAH non infectés par le VIH, en présence d'une infection rectale asymptomatique à *C. trachomatis* (sauf si un test de LGV a été effectué et s'avère négatif), il est recommandé d'envisager trois semaines de doxycycline pour traiter une possible LGV (Niveau d'évidence IV, Grade C)(51). Si la personne est traitée avec de l'azithromycine, en dose unique ou de la doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours, un test de contrôle devrait être réalisé(51).

10.1.1.2 Revue de littérature

Quelques études observationnelles, prospectives et rétrospectives, ont évalué l'efficacité du traitement azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique, versus doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours, dans le traitement d'infections rectales à *C. trachomatis* (sans égard au typage LGV)(58,62).

L'étude de Hathorn et collab. est une étude observationnelle prospective, comparant le taux d'échec au traitement d'infections rectales à *C. trachomatis* avec l'azithromycine (entre janvier et juin 2010; n = 106) ou avec la doxycycline (entre octobre 2010 et mars 2011; n = 159)(58). La population était constituée de 52 % d'hommes pendant la première phase comparée à 62 % pendant la deuxième phase. Des symptômes étaient présents au moment de l'inclusion chez seulement 1 % des cas pendant la première phase et 5 % des cas pendant la deuxième phase. Une infection par le VIH était connue chez 3 % des participants lors des deux phases. Un seul patient avait une infection causée par une souche associée à la LGV, et il a été exclu de l'analyse. Le test de contrôle était effectué à six semaines et on a exclu les cas chez qui une réinfection était plausible. Parmi 89 patients éligibles traités avec azithromycine, 47 % se sont présentés pour le test de contrôle et 11/42 avaient un résultat positif(58). Après avoir exclu les 2 cas de réinfections possibles, 9 cas d'échec au traitement ont été retenus. Parmi 78 patients éligibles traités avec la doxycycline, 51 % se sont présentés pour le test de contrôle et 2/40 avaient un résultat de test de contrôle positif, mais ceux-ci avaient une histoire de réinfection possible(58).

Une récente publication de Kong et collab. rapporte une revue systématique et une méta-analyse des huit études réalisées sur le sujet depuis 2009 (dont celle de Hathorn et collab.)(63). Leur analyse démontre une efficacité de 83 %^{UU} pour un traitement d'azithromycine unidose, versus plus de 99 %^{VV} pour un traitement de doxycycline pendant sept jours, dans le traitement d'infections rectales à *C. trachomatis* en absence de génotypage LGV(63). Quoique la notion que l'azithromycine soit moins efficace que la doxycycline pour traiter une infection rectale ne soit pas fondée sur des essais cliniques contrôlés et randomisés, les données issues de cette méta-analyse portent à favoriser la doxycycline comme premier choix pour traiter l'infection rectale à *C. trachomatis*(64-66).

^{TT} <http://www.iusti.org/>.

^{UU} *Random-effects pooled efficacy* de l'azithromycine, basée sur huit études.

^{VV} *Fixed-effects estimate* pour la doxycycline, basée sur cinq études.

Certains auteurs qui suggèrent que l'azithromycine est moins efficace émettent des hypothèses viables pour expliquer cette moindre efficacité : émergence de résistance(58), biodisponibilité moindre de l'azithromycine au niveau des tissus rectaux qu'au niveau de l'urètre ou du col de l'utérus(62,63,65) et présence de cas de LGV asymptomatiques non diagnostiqués inclus parmi les cas d'infections rectales à *C. trachomatis* traitées avec l'azithromycine analysées dans ces études(63).

Certains auteurs concluent qu'un test de contrôle devrait être envisagé lorsque l'azithromycine est utilisée pour le traitement d'une infection rectale à *C. trachomatis*(58,59,64,67,68). Dans le cadre des travaux portant sur les tests de contrôle, le CALI a recommandé à l'INESSS d'inclure les infections rectales à *C. trachomatis* traitées avec azithromycine parmi les indications de procéder à un test de contrôle(18).

10.1.1.3 Recommandations

Traitement d'une infection rectale à *C. trachomatis* :

Considérant que la récente méta-analyse de Kong démontre une efficacité moindre pour un traitement d'azithromycine unidose, comparativement à un traitement de doxycycline sept jours, dans le traitement d'infections rectales à *C. trachomatis*, chez la personne symptomatique ou asymptomatique, le traitement privilégié de l'infection rectale à *C. trachomatis* chez l'homme et chez la femme devrait être :

- 1^{er} choix : doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours.
- 2^e choix : azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique.

Si le clinicien a un doute sur l'adhérence de son patient à un traitement de doxycycline, l'azithromycine devrait alors être favorisée. Si l'azithromycine est utilisée, un test de contrôle devrait être réalisé, par TAAN, le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement^{ww}(18).

10.1.2 PARTENAIRES SEXUELS AYANT EU UNE EXPOSITION RECTALE AVEC UNE PERSONNE INFECTÉE PAR *C. TRACHOMATIS*

10.1.2.1 Lignes directrices

Les lignes directrices consultées n'apportent pas de distinction quant au site d'exposition du partenaire; les recommandations sont donc pour l'ensemble des infections à *C. trachomatis*. Quant à la période indiquée pour retracer les partenaires, elle varie des quatre dernières semaines aux six derniers mois(12,13,30,49,51,57,60,69).

La version du guide sur le traitement pharmacologique des ITSS « Infections à *Chlamydia trachomatis*; Infections à *Neisseria gonorrhoeae* »^{xx} de l'INESSS en vigueur au moment de la rédaction de cet avis précise que :

« L'intervention clinique auprès de chaque partenaire devrait inclure :

- une évaluation des facteurs de risque;
- un dépistage par des analyses de laboratoire;

^{ww} Pour connaître les autres indications de procéder à un test de contrôle après le traitement d'une infection à *C. trachomatis*, consulter le guide de l'INESSS sur le traitement pharmacologique des ITSS « Infection à *Chlamydia trachomatis* et infection à *Neisseria gonorrhoeae* »(12). Ce document est en cours de révision.

^{xx} Document en cours de révision.

- un traitement, même si les résultats des analyses de laboratoire sont manquants ou négatifs;
- une démarche visant la notification des partenaires de cette personne, si les résultats du dépistage sont positifs »(12).

Bien que cela ne soit pas explicite, on peut en déduire que le traitement de premier choix d'un partenaire (peu importe les sites d'exposition) est l'azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique, et que la doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours est le traitement de deuxième choix.

Les autres lignes directrices recommandent également un traitement du partenaire sans attendre les résultats de laboratoire. La plupart recommandent soit l'azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique ou la doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours(13,49,51,57). Les lignes directrices australiennes recommandent l'azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique pour le traitement des partenaires(69). Les lignes directrices européennes de 2010 sur le dépistage de *C. trachomatis* mentionnent que le traitement empirique des partenaires est très controversé en Europe, les auteurs n'émettent donc pas de recommandation à ce sujet(60).

10.1.2.2 Recommandations

Traitement des personnes asymptomatiques qui rapportent une exposition rectale avec une personne infectée par *C. trachomatis* (non-LGV ou sans génotypage disponible) :

Le traitement privilégié chez les personnes asymptomatiques qui rapportent une exposition rectale avec une personne infectée par *C. trachomatis*, en l'absence de résultat de génotypage (voir plus loin lorsque le contact est avec une personne infectée par *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV)), peu importe si le cas index était symptomatique ou non et peu importe les sites d'exposition, devrait être le même que pour les autres types d'exposition (urétrale, vaginale, pharyngée) :

- 1^{er} choix : azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique.
- 2^e choix : doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours.

Si le prélèvement ano-rectal effectué chez le partenaire est positif pour *C. trachomatis* et que :

- L'azithromycine avait été utilisée, un test de contrôle devrait être réalisé, par TAAN, le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement (voir section 10.4).
- Un résultat de génotypage disponible ultérieurement révèle la présence de *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV), traiter le patient avec doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours (voir section 10.3.2.2) :
 - si l'azithromycine avait été utilisée, traiter avec doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours.
 - si la doxycycline avait été utilisée, et que :
 - le traitement de sept jours n'était pas encore terminé, prolonger le traitement pour un total de 21 jours;
 - le traitement de sept jours est terminé, reprendre la doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours consécutifs.

Traitement des personnes symptomatiques qui rapportent une exposition rectale avec une personne infectée par *C. trachomatis* (non-LGV ou sans génotypage disponible) :

Le partenaire symptomatique devient un cas confirmé de *C. trachomatis* (en présence d'un résultat de laboratoire positif) ou un cas de syndrome clinique potentiellement associé à une ITS (en l'absence de résultat de laboratoire) et doit être traité selon les recommandations des guides de l'INESSS sur le traitement pharmacologique des ITSS : le guide « Infection à *Chlamydia trachomatis* et infection à *Neisseria gonorrhoeae* » et le guide « Cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite, épididymite/orchi-épididymite », selon le cas (mises à jour en cours)(11,12).

10.2 Traitement syndromique de la rectite

NOTE : Tel que précisé dans le guide sur le traitement pharmacologique des ITSS « Cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite, épididymite/orchi-épididymite », de l'INESSS(11), les recommandations qui suivent concernent exclusivement la prise en charge des syndromes cliniques de rectite potentiellement associés à des ITSS avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire (approche syndromique). Les recommandations se situent donc dans un contexte de traitement empirique. Les analyses de laboratoire appropriées doivent être réalisées pour tous les sites exposés.

10.2.1 PERSONNE ATTEINTE DE RECTITE

10.2.1.1 Lignes directrices

La version du guide sur le traitement pharmacologique des ITSS « Cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite, épididymite/orchi-épididymite »^{yy}, de l'INESSS, en vigueur au moment de la rédaction de cet avis, n'inclut pas de recommandations spécifiques quant au traitement syndromique de la rectite.

Les lignes directrices consultées sont unanimes à propos de la difficulté à prédire l'agent infectieux responsable des symptômes de rectite. En général, on mentionne que les pathogènes transmis sexuellement les plus souvent impliqués dans les infections avec symptômes de rectite sont *C. trachomatis*, incluant les génotypes associés à la LGV, *N. gonorrhoeae*, *T. pallidum* et Herpes simplex. Les lignes directrices consultées recommandent toutes, comme traitement de la rectite, une céphalosporine de troisième génération (céfixime ou ceftriaxone), selon différentes posologies, en combinaison avec soit la doxycycline ou l'azithromycine, c'est-à-dire un traitement efficace à la fois contre *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*. Le tableau 8 résume les différentes recommandations concernant le traitement syndromique de la rectite, en lien avec *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*. Tel que décrit dans les paragraphes qui suivent, certaines instances proposent des traitements complémentaires en fonction de l'agent infectieux soupçonné.

^{yy} Ce guide est en cours de révision.

Les lignes directrices de l'ASPC de 2010 mentionnaient, comme traitement de la rectite, la céfixime 400 mg, par voie orale, en dose unique, en combinaison avec la doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 à 10 jours, ou l'azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique(70). Si l'observance au traitement n'est pas garantie, l'ASPC proposait une liste d'autres traitements possible, toujours en combinaison avec la doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 à 10 jours, ou l'azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique :

- Ciprofloxacine 500 mg, voie orale, en dose unique, **OU**
- Ofloxacine 400 mg, voie orale, en dose unique, **OU**
- Ceftriaxone 125 mg, par voie intramusculaire, en dose unique(70).

La déclaration supplémentaire sur le traitement de la rectite publiée par l'ASPC en 2014 est venue modifier les recommandations de 2010(71). On y mentionne de se référer au chapitre sur les infections à *N. gonorrhoeae* pour connaître les recommandations thérapeutiques der la rectite(72). Le traitement recommandé est donc la ceftriaxone 250 mg par voie intramusculaire en dose unique, ou la céfixime 800 mg par voie orale en dose unique, en combinaison avec l'azithromycine 1 g par voie orale en dose unique(72). S'il s'agit d'un HARSAH, la ceftriaxone 250 mg, par voie intramusculaire, en dose unique est recommandée, en combinaison avec l'azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique(72). L'APSC spécifie que l'administration de 1 g d'azithromycine par voie orale est préférable à l'administration de 100 mg de doxycycline par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours, en raison des taux élevés de résistance du gonocoque à la tétracycline et de l'incertitude quant à l'observance d'un schéma thérapeutique de 7 jours(72). Dans la déclaration supplémentaire sur le traitement de la rectite, il est également mentionné, pour les patients présentant des signes ou des symptômes compatibles avec une LGV, une infection au virus Herpes simplex ou une syphilis, de consulter la section « Traitement » du ou des chapitres correspondants(71).

Les lignes directrices du BCCDC sur la rectite présentent une approche similaire à l'ASPC, en recommandant la céfixime 800 mg par voie orale en dose unique, OU la ceftriaxone 250 mg par voie intramusculaire en dose unique, en combinaison avec l'azithromycine 1 g par voie orale en dose unique (voir tableau 8)(73). Il est proposé, en deuxième choix, d'associer la céphalosporine de troisième génération avec la doxycycline 100 mg, par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours(73).

Les lignes directrices des CDC de 2015 recommandent ceftriaxone 250 mg par voie intramusculaire en dose unique, ET doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours. Aucune alternative n'est proposée(13).

Les lignes directrices de l'IUSTI de 2013 recommandent un traitement de doxycycline en association avec plusieurs choix de traitement, selon l'infection soupçonnée :

- Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours **ET** :
 - ceftriaxone 500 mg, par voie intramusculaire, en dose unique, notamment si une infection rectale à *N. gonorrhoeae* est soupçonnée;
 - valaciclovir 500 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 5 à 10 jours, notamment si une infection rectale par le virus Herpes simplex est soupçonnée; ou acyclovir 400 mg, 3 fois par jour pendant 5 à 10 jours;
 - pénicilline benzathine, 2,4 millions d'unités, par voie intramusculaire, si un résultat de tests rapides oriente vers un diagnostic de syphilis infectieuse; ou doxycycline par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours(61).

Les lignes directrices de l'Australie présentent une approche similaire à celle de l'IUSTI, en mentionnant que l'identification de l'agent infectieux en cause, sur la seule base de la présentation clinique d'une rectite, est difficile(74). Il y est recommandé de ne pas attendre les résultats de laboratoire et de traiter empiriquement le patient pour *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, et *H. simplex*(74). Une infection à *C. trachomatis* avec symptômes ano-rectaux étant plus susceptible d'être causée par une souche de *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV), l'azithromycine ne devrait pas être utilisée dans cette situation précise. Les traitements sont donc proposés en fonction de l'agent infectieux soupçonné :

- Si une infection à LGV est soupçonnée : doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours;
- Si une infection à *N. gonorrhoeae* est soupçonnée : ceftriaxone 500 mg par voie intramusculaire en dose unique, ET azithromycine 1 g, par voie orale, en dose unique;
- Si une infection à *H. simplex* est soupçonnée : pour l'épisode initial, valaciclovir 500 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 5 jours(74).

Il y est mentionné qu'à la suite de la réception d'un résultat négatif pour *C. trachomatis*, la doxycycline doit être arrêtée. Le traitement de doxycycline 21 jours peut être raccourci à 7 jours si le résultat de LGV est disponible dans un délai de 7 jours(74).

Tableau 8 **Recommandations de traitement en lien avec *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*^{zz} pour une personne avec des symptômes de rectite sans résultat de laboratoire disponible au moment de l'évaluation**

ORGANISATION	RECOMMANDATION DE TRAITEMENT
ASPC, Canada Déclaration supplémentaire rectite (2014) (71) ⁽¹⁾ LDC-ITS - chapitre <i>N. gonorrhoeae</i> (2013) (72)	TRAITEMENT PRIVILÉGIÉ : Ceftriaxone 250 mg, par voie intramusculaire, en dose unique (A-I) OU Céfixime ⁽²⁾ 800 mg, par voie orale, en dose unique (A-I) ET Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique ⁽³⁾ (B-II) AUTRES TRAITEMENTS : Spectinomycine ⁽⁴⁾ 2 g, par voie intramusculaire, en dose unique (A-I) ET Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique (B-II) OU Azithromycine 2 g par voie orale, en dose unique (A-I)
BCCDC, British Columbia, Canada <i>BCCDC Non-certified Practice Decision Support Tool (2015)</i> (73)	PREMIER CHOIX : Céfixime 800 mg, par voie orale, en dose unique, OU Ceftriaxone 250 mg, par voie intramusculaire, en dose unique ET Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique DEUXIÈME CHOIX : Céfixime 800 mg, par voie orale, en dose unique, OU Ceftriaxone 250 mg, par voie intramusculaire, en dose unique ET Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour X 7 jours TROISIÈME CHOIX : Azithromycine 2 g par voie orale, en dose unique
CDC, États-Unis <i>STD treatment guidelines (2015)</i> (13)	Ceftriaxone 250 mg, par voie intramusculaire, en dose unique ET Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour X 7 jours
BASHH, UK	Pas de recommandation récente
IUSTI, Europe <i>European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens (2013)</i> (61) ⁽⁵⁾	Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour X 7 jours ET Ceftriaxone 500 mg, par voie intramusculaire, en dose unique

^{zz} Certaines lignes directrices incluent le traitement d'autres pathogènes dans leurs recommandations de traitement de la rectite (voir les détails dans le texte à la section 10.2.1.1).

Tableau 8 **Recommandations de traitement en lien avec *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* pour une personne avec des symptômes de rectite sans résultat de laboratoire disponible au moment de l'évaluation (suite)**

ORGANISATION	RECOMMANDATION DE TRAITEMENT
HAS, France	Pas de recommandation
Australie <i>Australasian sexual health alliance: Australian STI management guidelines for use in primary care (2015)(74)(5)</i>	Si UNE INFECTION À <i>N. GONORRHOEAE</i> EST SOUPÇONNÉE : Ceftriaxone 500 mg, par voie intramusculaire, en dose unique ET Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique Si UNE INFECTION À <i>C. TRACHOMATIS</i> L₁₋₃ (LGV) EST SOUPÇONNÉE : Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour X 21 jours

- 1 « Vu la hausse de la résistance aux antimicrobiens, une association médicamenteuse devrait être utilisée pour le traitement des cas suspects ou confirmés de rectite gonococcique. L'association de deux médicaments ayant des mécanismes d'action différents est réputée pour améliorer l'efficacité du traitement et pourrait retarder l'apparition de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes aux céphalosporines. Le traitement d'association est aussi efficace contre les infections à *Chlamydia* concomitantes, qui sont fréquentes. »(72)
- 2 La céfixime n'est pas recommandée si le patient est un HARSAH. La ceftriaxone 250 mg, par voie intramusculaire en dose unique est alors recommandé, en combinaison avec l'azithromycine 1 g par voie orale en dose unique.
- 3 Traitement d'association de remplacement : L'administration de 1 g d'azithromycine par voie orale est préférable à l'administration de 100 mg de doxycycline par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours, en raison des taux élevés de résistance du gonocoque à la tétracycline et de l'incertitude quant à l'observance d'un schéma thérapeutique de 7 jours. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes ou qui allaitent.
- 4 La spectinomycine est accessible uniquement par l'entremise du programme d'accès spécial de Santé Canada.
- 5 Certaines lignes directrices incluent le traitement d'autres pathogènes dans leurs recommandations de traitement de la rectite (voir les détails dans le texte à la section 10.2.1.1).

10.2.1.2 Recommandations

Traitement de la rectite^{AAA} :

Puisque la rectite peut être causée autant par *C. trachomatis* que par *N. gonorrhoeae*, sans résultat de laboratoire, il est impossible de prioriser en traitement syndromique. Dans cette situation, en présence de symptômes de rectite, le traitement syndromique devrait viser les deux infections (*C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*), selon les recommandations de l'INESSS^{BBB} en vigueur au moment de la rédaction de cet avis :

PREMIER CHOIX :

- Ceftriaxone 250 mg, par voie intramusculaire, en dose unique OU
- Céfixime 800 mg, par voie orale, en dose unique (sans priorisation)

ET

- Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique OU
- Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours (sans priorisation^{CCC})

DEUXIÈME CHOIX : Si ALLERGIE AUX CÉPHALOSPORINES OU ALLERGIE DE TYPE 1 À LA PÉNICILLINE^{DDD}

^{AAA} Lorsque d'autres étiologies qu'une infection à *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* sont soupçonnées, le jugement clinique s'impose et des traitements complémentaires peuvent être administrés.

^{BBB} Document en cours de révision.

^{CCC} Les deux choix de traitement (azithromycine et doxycycline) sont sur le même pied d'égalité, puisque chacun comporte des avantages. Si la rectite s'avère secondaire à *C. trachomatis*, la doxycycline serait préférable, mais si elle s'avère secondaire à *N. gonorrhoeae*, l'azithromycine serait préférable.

^{DDD} Un traitement incluant entre autres une quinolone peut être envisagé à condition de procéder à un prélèvement pour culture de *N. gonorrhoeae* afin de s'assurer de la sensibilité du pathogène isolé (le cas échéant) à la quinolone utilisée.

- Azithromycine 2 g par voie orale, en dose unique

Il faut, au besoin, ajuster le traitement suite aux résultats des TAAN et effectuer un test de contrôle selon les indications spécifiées dans le guide de l'INESSS(12,18). Selon les résultats des analyses de laboratoire :

- Si une infection rectale à *C. trachomatis* est documentée et que l'azithromycine avait été utilisée, un test de contrôle devrait être réalisé, par TAAN, le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement(12,18).
- Si le génotypage révèle qu'il s'agissait d'une infection à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV), traiter à l'aide de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours (voir section 10.3.1.4) :
 - si l'azithromycine avait été utilisée, traiter à l'aide de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours.
 - si la doxycycline avait été utilisée, et que :
 - le traitement de 7 jours n'était pas encore terminé, prolonger le traitement pour un total de 21 jours.
 - le traitement de 7 jours est terminé, reprendre la doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours consécutifs.
- Si une infection à *N. gonorrhoeae* est documentée, peu importe le site, un test de contrôle devrait être réalisé. Le test de contrôle est particulièrement important dans certaines situations (voir le guide sur le traitement pharmacologique des ITSS « Infection à *Chlamydia trachomatis* et Infection à *Neisseria gonorrhoeae* »)(12,18).

10.2.2 PARTENAIRES SEXUELS D'UNE PERSONNE AVEC RECTITE SANS RÉSULTAT DE LABORATOIRE DISPONIBLE AU MOMENT DE L'ÉVALUATION

10.2.2.1 Lignes directrices

Les différentes lignes directrices consultées ne mentionnent pas toujours si un traitement épidémiologique devrait être administré aux partenaires sexuels d'une personne avec des symptômes de rectite. Selon l'outil « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! »^{EEE}, lorsqu'une personne présente un syndrome clinique potentiellement associé à *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, les partenaires^{FFF} de la personne atteinte doivent recevoir un traitement épidémiologique^{GGG}(30). Le choix du traitement à administrer au partenaire n'y est pas précisé. L'ASPC recommande que les partenaires subissent une évaluation clinique et reçoivent un traitement, qu'ils qualifient « d'approprié », quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements(70,71). Les CDC recommandent que les partenaires soient évalués cliniquement pour le pathogène diagnostiqué chez le cas index, et qu'ils reçoivent un traitement épidémiologique selon le pathogène identifié chez le cas index(13). La recommandation du BCCDC consiste en un traitement contre *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* administré d'emblée aux partenaires sexuels d'une personne avec des symptômes de rectite(73). Les lignes directrices de

^{EEE} <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-09W.pdf>. Outil en cours de révision.

^{FFF} Dans les 60 jours précédant le début des symptômes ou le diagnostic;
- pendant qu'elle avait des symptômes;
- avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose.

^{GGG} Traitement administré d'emblée, avant l'obtention du résultat de l'analyse de laboratoire et même si le partenaire est asymptomatique. Le traitement doit être administré aux partenaires sexuels exposés même si leurs résultats d'analyse sont négatifs.

l'IUSTI(61) et de l'Australie(74) ne spécifient pas si un traitement devrait être administré aux partenaires. Le tableau 9 résume ces différentes recommandations.

Un traitement épidémiologique contre *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* devrait donc être administré à un partenaire asymptomatique. Les éléments suivants ont été pris en compte dans l'élaboration de cette recommandation :

- L'infection chez le cas index peut être causée par *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*;
- Un partenaire d'une personne présentant une rectite peut avoir une infection urétrale, pharyngée ou rectale (selon les sites exposés);
- L'adhérence anticipée chez un partenaire asymptomatique est plus probable avec l'azithromycine que la doxycycline. Suite à la réception des résultats des prélèvements effectués au moment de prescrire le traitement épidémiologique du partenaire, la prise en charge pourrait être réévaluée au besoin.

En présence de symptômes de rectite, le partenaire devrait être évalué et traité selon les recommandations émises dans la section précédente (« Personne atteinte de rectite », section 10.2.1.2).

Tableau 9 Traitements recommandés pour les partenaires sexuels d'un cas de rectite (syndrome)

ORGANISATION	RECOMMANDATION DE TRAITEMENT
MSSS, Québec Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! (2014)(30)	Lorsqu'une personne présente un syndrome clinique potentiellement associé à <i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> , les partenaires de la personne atteinte doivent recevoir un traitement épidémiologique (le choix du traitement à administrer au partenaire n'est pas précisé)
ASPC, Canada LDC-ITS chapitre rectite (2010)(70) Déclaration supplémentaire rectite (2014)(71)	Tout partenaire devrait se soumettre à une évaluation clinique et suivre un traitement approprié, quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements
BCCDC, British Columbia, Canada <i>BCCDC Non-certified Practice Decision Support Tool</i> (2015)(73)	Traitement contre <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i>
CDC, États-Unis <i>STD treatment guidelines</i> (2015)(13)	Un traitement épidémiologique est recommandé selon le pathogène identifié chez le cas index
BASHH, UK	Pas de recommandation récente
IUSTI, Europe <i>European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens</i> (2013)(61)	Non spécifié
HAS, France	Pas de recommandation
Australie <i>Australasian sexual health alliance: Australian STI management guidelines for use in primary care</i> (2015)(74)	Non spécifié

10.2.2.2 Recommandations

Traitement des personnes qui rapportent une exposition sexuelle avec une personne atteinte de rectite sans résultat de laboratoire disponible au moment de l'évaluation

Le traitement épidémiologique est administré à un partenaire asymptomatique. Le traitement privilégié chez une personne asymptomatique qui rapporte une exposition sexuelle avec une personne atteinte de rectite devrait être :

- Céfixime 800 mg, par voie orale, en dose unique

ET

- Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique.

Suite à la réception des résultats des prélèvements chez le cas index ou des résultats des prélèvements effectués au moment de prescrire le traitement épidémiologique du partenaire, la prise en charge pourrait être réévaluée au besoin.

En présence de symptômes de rectite, le partenaire devrait être évalué et traité selon les recommandations émises dans la section précédente (« Personne atteinte de rectite », section 10.2.1.2).

10.3 Traitement de la LGV

10.3.1 PERSONNES SYMPTOMATIQUES

10.3.1.1 Recommandations québécoises en vigueur au Québec: Énoncé provisoire sur le diagnostic et le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) (2005)

Ce document est le seul document en vigueur actuellement au Québec, concernant le diagnostic et le traitement de la LGV^{HHH}. Le traitement de premier choix qui y est recommandé est la doxycycline, 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours. Comme autre traitement, on recommande l'érythromycine, 500 mg, par voie orale, 4 fois par jour pendant 21 jours. L'azithromycine 1 g, par voie orale, une fois par semaine pendant 3 semaines est proposé comme traitement possible⁽⁷⁵⁾.

10.3.1.2 Lignes directrices canadiennes et internationales

Lorsqu'une LGV est diagnostiquée, les organisations internationales sont unanimes : la recommandation de traitement est doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours^(7,13,14,49,52,54,56). Des traitements alternatifs en deuxième et/ou troisième intention sont parfois proposés, soit l'érythromycine ou l'azithromycine^(7,13,14,49,52). Les traitements recommandés par les différents organismes sont résumés au tableau 10.

Les CDC mentionnent qu'un traitement avec azithromycine 1 g par voie orale, une fois par semaine, pendant 3 semaines serait probablement efficace comme traitement de la LGV symptomatique, en raison de son action antimicrobienne contre *C. trachomatis*, mais les données cliniques ne permettent pas de le confirmer actuellement⁽¹³⁾. D'ailleurs, ce schéma thérapeutique n'est pas retenu dans leurs recommandations. D'autres organisations proposent également l'azithromycine 1 g par voie orale, une fois par semaine, pendant 3 semaines, comme traitement **possible** pour traiter une infection LGV, dans le cas où le traitement de premier choix (doxycycline) ne peut être administré^(7,14,49,52). Les lignes directrices européennes ne recommandent pas l'utilisation de l'azithromycine pour traiter la LGV⁽⁵⁴⁾, tandis que les lignes directrices australiennes ne proposent aucun traitement alternatif⁽⁵⁶⁾ (voir tableau 10).

^{HHH} http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/download.php?f=d908390d8a7f0d1d7911e149f51a5678.

Tableau 10 Traitements recommandés chez une personne avec LGV symptomatique

ORGANISATION	RECOMMANDATION
MSSS, Québec Énoncé provisoire LGV(2005)(75) ASPC, Canada LDC-ITS LGV(2010)(14) Déclaration supplémentaire LGV (2014)(7)	<u>Traitement privilégié</u> : DOXYCYCLINE 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour x 21 jours <u>Autre traitement</u> : ERYTHROMYCINE 500 mg, par voie orale, 4 fois par jour x 21 jours <u>Traitement possible</u> : AZITHROMYCINE 1 g par voie orale, 1 fois par semaine x 3 semaines
BCCDC, British Columbia, Canada <i>British Columbia Treatment Guidelines STI in adolescents and adults</i> (2014)(49)	<u>Traitement recommandé</u> : DOXYCYCLINE 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour x 21 jours <u>Traitements alternatifs</u> : AZITHROMYCINE 1 g par voie orale, 1 fois par semaine x 3 semaines OU ERYTHROMYCINE 500 mg, par voie orale, 4 fois par jour x 21 jours
CDC, États-Unis <i>STD treatment guidelines</i> (2015)(13)	<u>Traitement recommandé</u> : DOXYCYCLINE 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour x 21 jours <u>Traitements alternatifs</u> : ERYTHROMYCINE 500 mg, par voie orale, 4 fois par jour x 21 jours
BASHH, UK <i>UK National Guideline for the management of LGV: CEG/BASHH Guideline development group</i> (2013)(52)	<u>1^{er} choix</u> : DOXYCYCLINE 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour x 21 jours <u>2^e choix</u> : ERYTHROMYCINE 500 mg, par voie orale, 4 fois par jour x 21 jours. L'AZYTHROMYCINE 1 g par voie orale, 1 fois par semaine x 3 semaines devrait être considéré
IUSTI, Europe <i>European guidelines on the management of LGV</i> (2013)(54)	<u>1^{er} choix</u> : DOXYCYCLINE 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour x 21 jours <u>2^e choix</u> : ERYTHROMYCINE 500 mg, par voie orale, 4 fois par jour x 21 jours
HAS, France Diagnostic biologique de l'infection à <i>C. trachomatis</i> -avis sur les actes (2010)(55)	Ne se prononce pas
Australie <i>Australasian sexual health alliance: Australian STI management guidelines for use in primary care</i> (2014)(56)	<u>Traitement recommandé</u> : DOXYCYCLINE 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour x 21 jours

10.3.1.3 Revue de littérature

Dans le cadre d'une étude prospective non randomisée réalisée à Barcelone entre 2010 et 2014, des chercheurs ont comparé l'efficacité de l'azithromycine 1 g par voie orale, une fois par semaine pendant 3 semaines (n = 32) avec celle de la doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours (n = 28) chez des HARSAH (95 % étaient infectés par le VIH)(76). Les auteurs concluent que le traitement prolongé avec de l'azithromycine est aussi efficace que la doxycycline 21 jours, mais cette étude doit être interprétée avec circonspection, car elle est non randomisée et sa puissance est limitée. De plus, le seul patient chez qui *C. trachomatis* LGV était encore présent au jour 28 avait été traité par l'azithromycine.

10.3.1.4 Recommandations

Traitement de la LGV symptomatique :

Le traitement privilégié de la LGV chez une personne symptomatique devrait être :

- Doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours.

Dans le cas où le traitement privilégié (doxycycline) ne peut être administré, un traitement avec azithromycine 1 g par voie orale, une fois par semaine, pendant 3 semaines serait probablement efficace comme traitement de la LGV, en raison de son action antimicrobienne contre *C. trachomatis*, mais les données cliniques ne permettent pas de le confirmer actuellement.

10.3.2 PERSONNES ASYMPTOMATIQUES

10.3.2.1 Lignes directrices

Selon les recommandations québécoises en vigueur, un typage pour LGV est demandé uniquement dans les cas où un contact aurait été documenté. Toutefois, comme détaillé à la section 6, certains cliniciens demandent, en particulier sur des prélèvements ano-rectaux chez les hommes, un typage LGV lorsque le résultat est positif pour *C. trachomatis*. De plus, si la recommandation faite à la section 9.5 est retenue et appliquée, un génotypage systématique sera effectué en présence d'un résultat positif pour *C. trachomatis* à partir d'un prélèvement rectal.

À notre connaissance, il n'existe actuellement pas de ligne directrice claire explicitant la conduite à tenir chez une personne asymptomatique chez qui une infection rectale à *C. trachomatis* est détectée, qui présente des facteurs de risque de LGV, mais pour qui les résultats de génotypage ne sont pas encore disponibles. **Nous présentons donc ici une réflexion basée sur l'expérience des experts du groupe de travail. Au moment de la rédaction de cet avis, compte tenu des lignes directrices en vigueur (incluant celles de l'INESSS(12) qui ne mentionnent pas spécifiquement la conduite à tenir en présence d'infection rectale), les pratiques des cliniciens sont généralement les suivantes :**

- À la réception d'un résultat positif pour *C. trachomatis* au niveau rectal, la personne reçoit généralement un des deux traitements recommandés pour traiter une infection à *C. trachomatis*, soit :
 - doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours
- OU**
- azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique(12)^{III}.

Selon leur jugement, certains cliniciens optent plutôt d'emblée pour un traitement de doxycycline pendant 21 jours lorsque le contexte épidémiologique local et les facteurs de risque font suspecter une LGV.

^{III} Au moment de rédiger cet avis, le guide sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS « Infection à *Chlamydia trachomatis* et Infection à *Neisseria gonorrhoeae* (août 2013) » était en cours de révision.

- Dans les cas où le résultat du génotypage s'avère positif (en moyenne 4 semaines plus tard^{JJJ}), lorsque le patient aura reçu un traitement de doxycycline pendant 7 jours ou un traitement d'azithromycine en dose unique, différentes conduites ont été observées (voir section 6.2.2 pour des exemples concrets) :
 - retraiter d'emblée avec doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours^{KKK}
- OU**
- procéder à un test de contrôle et retraiter avec doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours uniquement si le test de contrôle est positif pour *C. trachomatis*,
- OU**
- procéder à un test de contrôle au moment d'amorcer un retraitement avec doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours, mais l'arrêter si le test de contrôle est négatif pour *C. trachomatis*.

À noter que les données probantes quant à l'efficacité de l'azithromycine 1 g par voie orale en dose unique ou la doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours, sont insuffisantes pour conclure que ces traitements soit inférieurs ou équivalents à un traitement de doxycycline 21 jours, pour traiter une **infection asymptomatique** à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV). Le retraitement avec doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours constitue toutefois l'approche la plus conservatrice.

10.3.2.2 Recommandations

Traitement de la LGV asymptomatique :

Chez une personne asymptomatique, en présence d'un résultat de génotypage positif pour LGV, le traitement privilégié devrait être le même que pour une personne symptomatique :

- Doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours, et ce même si un test de contrôle avait été effectué (comme indiqué suite au traitement par azithromycine d'une infection rectale à *C. trachomatis*) et s'était avéré négatif^{LLL}.

Rappelons que suite au résultat de TAAN positif pour *C. trachomatis*, la personne devrait déjà avoir reçu un traitement (azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique ou doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours). Compte tenu des délais actuels avant l'obtention du génotypage LGV, il est probable que ce traitement soit terminé au moment de la réception du résultat. Il est donc recommandé, suite à la confirmation de LGV, de reprendre le traitement avec doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pour un total de 21 jours consécutifs. Advenant le cas où le traitement initial de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours ne soit pas encore complété, il s'agira de compléter le traitement pour un total de 21 jours.

^{JJJ} Les scénarios évoqués ici tiennent pour acquis que le résultat de génotypage sera disponible bien après la fin du traitement de l'infection à *C. trachomatis*. Advenant le cas où la recommandation de réduction des délais (section 7.2) serait retenue et appliquée, d'autres scénarios pourraient survenir.

^{KKK} Tel que détaillé à la section 10.3.1, puisque certaines lignes directrices incluent azithromycine 1 g par voie orale, une fois par semaine pendant 3 semaines dans leur recommandations de traitement, certains cliniciens pourraient aussi opter pour ce schéma thérapeutique. Cette option n'a toutefois pas été retenue dans les recommandations du présent avis.

^{LLL} À titre d'exemple : 1) Un test de contrôle est recommandé lorsque l'azithromycine est utilisée pour traiter une infection rectale à *C. trachomatis*(18); 2) Des cliniciens pourraient effectuer des prélèvements suite à un résultat de génotypage LGV positif. Voir section 10.4 pour plus d'informations sur les tests de contrôle.

Si le traitement initial de l'infection rectale à *C. trachomatis* était avec l'azithromycine, commencer le traitement avec doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours et ce même si le test de contrôle à la suite du traitement initial de la chlamydia rectale s'avère négatif.

10.3.3 PARTENAIRES SEXUELS D'UNE PERSONNE INFECTÉE PAR LA LGV

10.3.3.1 Lignes directrices

Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage, et recevoir un traitement empirique (peu importe qu'il y ait ou non la présence de signes et symptômes)(14).

Le MSSS, l'ASPC et les CDC recommandent de traiter un partenaire d'un cas de LGV avec le traitement pour *C. trachomatis*, soit azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique ou doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours(13,14,75). BASHH, l'Australie de même que les lignes directrices européennes de l'IUSTI recommandent de traiter un partenaire d'un cas de LGV avec un traitement de doxycycline pendant 21 jours(52,54,56). Le BCCDC recommande un traitement pour *C. trachomatis* si le cas index est asymptomatique, donc doxycycline 7 jours ou azithromycine 1 g, mais privilégie la doxycycline 21 jours si le cas index est symptomatique(49). Le tableau 11 résume ces différentes recommandations.

Tableau 11 Traitements recommandés pour les partenaires sexuels d'un cas de LGV

ORGANISATION	RECOMMANDATION DE TRAITEMENT
MSSS, Québec Énoncé provisoire LGV (2005)(75) ASPC, Canada LDC-ITS LGV (2010)(14) Déclaration supplémentaire LGV (2014)(7)	« Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et recevoir le traitement empirique (peu importe qu'il y ait ou non la présence de signes et symptômes) de la façon suivante : Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique (Niveau d'évidence III, Grade C) OU Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour X 7 jours (Niveau d'évidence III, Grade C) Si les résultats des analyses confirment une infection à la LGV, traiter selon les recommandations pour le traitement des cas »(14) (Voir tableau 8)
BCCDC, British Columbia, Canada <i>British Columbia Treatment Guidelines STI in adolescents and adults</i> (2014)(49)	Partenaire <u>asymptomatique</u> : Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour X 7 jours OU Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique Partenaire <u>symptomatique</u> et/ou test positif pour LGV : Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour X 21 jours
CDC, États-Unis <i>STD treatment guidelines</i> (2015)(13)	Traitement pour <i>C. trachomatis</i> : Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique OU doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour X 7 jours
BASHH, UK <i>UK National Guideline for the management of LGV: CEG/BASHH Guideline development group</i> (2013)(52)	Traitement LGV : Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour X 21 jours Ou un traitement alternatif de la même durée (Niveau d'évidence IV, Grade C)
IUSTI, Europe <i>European guidelines on the management of LGV</i> (2013)(54)	Traitement empirique pour la LGV (doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour X 21 jours) à administrer, jusqu'à ce que l'infection <i>C. trachomatis</i> /LGV soit exclue (Niveau d'évidence IV, Grade C)
HAS, France Diagnostic biologique de l'infection à <i>C. trachomatis</i> -avis sur les actes (2010)(55)	Non spécifié
Australie <i>Australasian sexual health alliance: Australian STI management guidelines for use in primary care</i> (2014)(56)	Traitement LGV : Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour X 21 jours L'azithromycine 1 g par voie orale, une fois par semaine X 3 semaines est proposée si la doxycycline ne peut être administrée (mais évidences limitées)

Rappelons toutefois un rapport où deux partenaires asymptomatiques de cas de LGV, chez qui le dépistage urétral et rectal était négatif, et qui ont reçu une dose unique d'azithromycine 1 g, ont finalement développé des symptômes compatibles avec une LGV inguinale(77). Sept et seize semaines suite au dépistage initial, respectivement, ces deux personnes ont développé des symptômes compatibles avec une LGV, infection qui a alors été confirmée par un test de

laboratoire(77). L'auteur souligne un manque d'évidence concernant l'efficacité d'un traitement d'azithromycine en dose unique pour les partenaires de cas de LGV(77).

10.3.3.2 Recommandations

Traitement des partenaires sexuels d'une personne infectée par la LGV :

Comme précisé précédemment, la prise en charge des partenaires inclut les prélèvements de dépistage de tous les sites exposés (voir section 9.5) et le traitement épidémiologique. Le résultat des prélèvements de dépistage pourra servir à moduler *a posteriori* le traitement épidémiologique entrepris.

Le traitement épidémiologique privilégié chez les personnes asymptomatiques qui rapportent un contact sexuel avec une personne ayant une LGV confirmée^{MMM} devrait être :

- 1^{er} choix : amorcer un traitement de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours;
 - si les résultats des prélèvements de dépistage s'avèrent négatifs pour *C. trachomatis* : cesser le traitement après sept jours.
 - si les résultats des prélèvements de dépistage s'avèrent positifs pour *C. trachomatis* : compléter le traitement de 21 jours sauf si un résultat de génotypage négatif devient disponible avant la fin du traitement de 21 jours, auquel cas il serait alors possible de cesser le traitement.
- 2^e choix : azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique (à administrer seulement si le clinicien a un doute sur l'adhérence au traitement avec doxycycline).
 - si les résultats des prélèvements de dépistage s'avèrent négatifs pour *C. trachomatis* : ne pas administrer de traitement supplémentaire.
 - si les résultats des prélèvements de dépistage s'avèrent positifs pour *C. trachomatis* : administrer un traitement de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours; si un résultat de génotypage négatif devient disponible avant la fin du traitement de 21 jours, il serait alors possible de cesser le traitement.

La LGV fait partie des maladies visées par le programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS. Le traitement est gratuit tant pour les personnes chez qui une infection est diagnostiquée que pour leurs contacts identifiés(78).

^{MMM} Bien que le traitement épidémiologique des partenaires de personnes infectées par *C. trachomatis* soit azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique ou doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours(12) peu importe le site d'exposition et le syndrome clinique du cas index (voir section 10.1.2), l'approche proposée ici pourrait être applicable lorsque le cas index présente des facteurs de risque et un syndrome clinique fortement compatible avec une LGV, mais que les résultats de génotypage ne sont pas encore disponibles. Il n'est toutefois pas possible ici de proposer des critères ou indicateurs précis; il s'agit donc d'une question de jugement clinique.

10.4 Test de contrôle de l'efficacité du traitement

10.4.1 LIGNES DIRECTRICES

L'ASPC et les lignes directrices australiennes recommandent un test de contrôle systématique par TAAN, en présence de LGV confirmée, trois semaines après la fin du traitement(14,56). BASHH recommande un suivi clinique des patients jusqu'à la disparition des symptômes. Leurs lignes directrices précisent qu'un test de contrôle de routine n'est pas requis si le traitement recommandé (doxycycline pendant 21 jours) a été complété(52). Ils mentionnent que si un test de contrôle est indiqué, il devrait être effectué deux semaines après la fin du traitement antibiotique (Niveau d'évidence IV, Grade C), sans toutefois préciser dans quelle situation il est indiqué(52).

Les lignes directrices européennes de la IUSTI sur la prise en charge de la LGV ne recommandent pas de test de contrôle si le traitement recommandé a été administré (doxycycline 21 jours), sans toutefois spécifier de délais lorsqu'un test de contrôle est réalisé(54). La France, BCCDC et les CDC ne se prononcent pas quant à la nécessité ou non de procéder à un test de contrôle(13,49,55). Les CDC recommandent par contre un suivi clinique des patients jusqu'à la disparition des symptômes, sans concrètement recommander de procéder à un test de contrôle post-traitement(13).

Pour les infections rectales à *C. trachomatis* autre que LGV, seules les lignes directrices australiennes recommandent un test de contrôle(69). Rappelons que lorsqu'un typage est demandé, le délai encouru avant d'obtenir le résultat LGV peut aller jusqu'à six semaines suivant le prélèvement. Le résultat du typage confirmant une LGV serait donc disponible approximativement au même moment où le test de contrôle serait effectué, si le contexte le justifiait.

10.4.2 RECOMMANDATIONS

Test de contrôle de l'efficacité du traitement :

Dans l'avis scientifique sur les indications de procéder à un test de contrôle pour les infections à *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*(18), il est recommandé qu'un test de contrôle de l'efficacité du traitement soit réalisé, entre autres, en présence :

- D'une infection rectale à *C. trachomatis* traitée par azithromycine;
- D'une infection à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV), quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée.

Le test de contrôle doit alors être effectué le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement, peu importe le site d'infection.

Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est différent d'un nouveau dépistage ultérieur. Pour connaître les indications de procéder à un nouveau dépistage, consulter le GQDITSS(9).

11 Période de contagiosité de la LGV

11.1 Lignes directrices

L'ASPC recommande un suivi jusqu'à résolution des symptômes et l'obtention d'un test de contrôle négatif(14). Les CDC, tout comme BASHH, recommandent un suivi clinique jusqu'à résolution des signes et symptômes, mais ne statuent pas sur la période de contagiosité post-traitement(13,52). Les lignes directrices européennes recommandent l'abstinence jusqu'à complétion du traitement et un suivi du patient jusqu'à résolution des symptômes, mais ne recommandent pas de test de contrôle compte tenu de la réponse favorable à la doxycycline pour l'ensemble des patients de la présente épidémie(54).

Sur le portail Santé mieux-être du MSSS^{NNN}, dans la fiche portant sur la LGV (document datant de 2012), il est mentionné :

« Le traitement prend un certain temps avant de guérir l'infection. Pour ne pas transmettre la LGV ou être infectée à nouveau, la personne infectée et ses partenaires doivent éviter d'avoir des relations sexuelles :

- jusqu'à la fin du traitement;
- et jusqu'à ce que le médecin confirme que l'infection est guérie »(79).

11.2 Revue de littérature

Il n'existe pas d'étude rigoureuse sur la durée optimale du traitement de la LGV. Les études cliniques ayant mené à la recommandation de traitement par la doxycycline datent des années 1950 et ont vérifié la réponse au traitement de l'infection par l'évolution clinique et sérologique (test de Frei et fixation du complément)(80), mais la persistance d'organismes, et donc la contagiosité, n'a pas été étudiée (on ignorait même la nature bactérienne de *Chlamydia* à l'époque). Il n'y a pas non plus d'étude portant sur le risque d'acquisition de la LGV après un contact avec une personne traitée. Plusieurs facteurs limitent la recherche sur le sujet :

- Le retard dans le diagnostic, faisant en sorte que les patients sont souvent traités empiriquement, et qu'il est généralement trop tard pour effectuer des prélèvements sérieux per et post traitement, une fois le diagnostic confirmé;
- Le fait que les TAAN puissent amplifier de l'ADN de bactéries non viables;
- La physiopathologie de la LGV faisant en sorte que certaines trouvailles cliniques peuvent être causées par des changements inflammatoires plutôt que par la persistance de l'infection.

De plus, la LGV peut devenir chronique en cas de non-adhérence au traitement ou d'absence de traitement, avec des périodes de rémission et d'exacerbations, ce qui rend difficile de statuer si le patient est guéri « définitivement » lors de la résolution des symptômes. Certains patients ont eu un TAAN négatif et par la suite ont manifesté des symptômes de LGV au stade bubonique(77), ce qui amène un questionnement supplémentaire : se peut-il que certains patients ne présentent plus de bactéries au niveau des muqueuses lors de la survenue du stade bubonique, et que le fait de présenter des bubons ne représente pas forcément un état contagieux? Ce questionnement reste cependant sans réponse.

NNN <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/lymphogranulomatose-venerienne-lgv/>.

Certaines études descriptives ont vérifié la persistance d'organismes à la suite d'un traitement et la survenue d'échecs cliniques et microbiologiques. La cohorte suisse (2003 à 2007) rapporte l'évolution de 11 patients (dont deux rapportant chacun deux échantillons positifs) infectés par la LGV(81). Deux patients ont été traités avec azithromycine 500 mg par voie orale, une fois par jour pendant 3 jours, et ont été considérés comme ayant échoué au traitement(81). Ces deux patients ont ensuite reçu un traitement de doxycycline 100 mg, de même que cinq autres patients, pour des durées variant entre 10 et 20 jours, et tous avaient un test de contrôle négatif (délai entre traitement et test de contrôle non mentionné). Trois patients (pour quatre échantillons positifs) ont reçu 1 g d'azithromycine et ont eu un test de contrôle négatif 28 jours post traitement. Un patient a été traité avec ofloxacin 300 mg 2 fois par jour pendant 7 jours, et le test de contrôle était également négatif(81).

En Espagne, lors de l'éclosion de 2009-2011(5), 94 cas de LGV ont été identifiés : 75 patients ont reçu d'emblée la doxycycline pendant 3 semaines, 14 patients ont reçu ce traitement après un test positif pour LGV (ils avaient reçu initialement 1 g d'azithromycine et avaient encore un TAAN positif), deux patients ont reçu 1 g d'azithromycine et avaient un TAAN négatif à la visite de contrôle, et trois patients n'ont reçu aucun traitement, car ils ne sont pas revenus chercher leurs résultats. On mentionne que sur 91 patients traités, tous sauf trois avaient un TAAN négatif à la fin du traitement, mais on ne mentionne pas si ce test de contrôle a été effectué au jour 21 du traitement ou plus tard post traitement. Selon le moment du prélèvement, on peut avoir retrouvé de l'ADN sans la présence de bactéries viables, ce qui n'a pas été exploré.

Une autre étude publiée par Waalboer en 2006 rapporte 21 cas de LGV, où tous les patients avaient un TAAN négatif suite à un traitement de doxycycline 21 jours(26). Encore une fois, le moment précis du prélèvement post traitement n'est pas mentionné.

Dans une clinique d'Amsterdam, les HARSAH rapportant des relations anales réceptives dans les six derniers mois ont été dépistés pour une infection à *C. trachomatis* (LGV ou non-LGV). Un génotypage LGV était effectué sur les échantillons positifs pour *C. trachomatis* au niveau rectal(82). En présence d'un résultat positif pour LGV, un traitement de doxycycline pour 21 jours était offert. Pour les patients consentants à l'étude, des spécimens ano-rectaux ont été prélevés lors de l'anuscopie aux semaines 1, 2, 3 et 6 suivant le début du traitement de doxycycline. Ces prélèvements ont d'abord été analysés par TAAN à la recherche d'ADN de *C. trachomatis* et, lorsque positif, un TAAN à la recherche d'acide ribonucléique (ARN) était effectué. L'ARN^{ooo} étant moins stable que l'ADN, un résultat positif reflète probablement la présence de bactéries végétatives (viables), ce qui est une évidence indirecte de possible contagiosité. L'étude a inclus 31 patients avec une rectite causée par *C. trachomatis* LGV et 31 patients avec une rectite causée par *C. trachomatis* non-LGV, mais seulement 20 et 26 patients respectivement sont venus à au moins trois des visites de suivi(82).

Parmi les 20 cas de LGV, la recherche d'ADN était négative chez :

- 12 patients sur 17 à la semaine 1;
- 17 patients sur 19 à la semaine 2;
- 17 patients sur 17 à la semaine 3;
- 19 patients sur 19 à la semaine 6(82).

^{ooo} À noter que la recherche de l'ARN est effectuée uniquement dans un contexte de recherche. Les TAAN effectués dans les laboratoires de référence pour des fins cliniques détectent l'ADN.

Parmi les cinq patients chez qui on a retrouvé de l'ADN de *C. trachomatis* à la semaine 1, on a retrouvé de l'ARN de *C. trachomatis* chez quatre d'entre eux. À la semaine 2, on a retrouvé de l'ADN de *C. trachomatis* chez deux patients, dont un chez qui on a retrouvé également de l'ARN de *C. trachomatis* au jour 16 (le prélèvement effectué au jour 30 était négatif pour l'ADN et pour l'ARN)(82).

Au jour 21 (fin du traitement), 16 patients ont eu un examen anoscopique et six patients présentaient encore des anomalies au niveau de la muqueuse rectale. Cinq de ces six patients ont reçu trois semaines supplémentaires de traitement. Tous avaient un TAAN négatif pour l'ARN de *C. trachomatis*, ce qui permet de supposer que les changements muqueux observés étaient possiblement de nature inflammatoire plutôt qu'infectieuse, et que le traitement supplémentaire de doxycycline n'était possiblement pas requis(82).

Chez les patients présentant une rectite à *C. trachomatis* non-LGV, tous les prélèvements de suivi étaient négatifs à la semaine 1 (n = 26), à la semaine 2 (n = 21) et à la semaine 3 (n = 24), mais un patient sur les 26 avait un résultat positif (ADN et ARN) à la semaine 6(82). Chez ce patient, la recherche d'ADN de *C. trachomatis* était négative aux jours 8, 10 et 20; il a rapporté avoir eu des relations sexuelles pendant cette période, ce qui laisse croire que la récurrence s'explique par une réinfection(82).

En se fiant à cette étude, il serait logique de conclure que la période de contagiosité se termine à la fin du traitement de doxycycline pour la LGV. Cependant il s'agit d'une seule étude et le nombre de patients impliqués est petit. Il n'y a cependant pas d'évidence en faveur d'une période de contagiosité prolongée après la fin du traitement de doxycycline 21 jours.

Voici ce qui est connu sur la période de contagiosité de la LGV, et ce qui n'a pas été documenté :

- Il n'y a pas d'étude rigoureuse sur la durée optimale du traitement à la doxycycline. Le traitement d'azithromycine 1 g par voie orale, une fois par semaine pendant trois semaines n'a pas été étudié (avis d'expert), et encore moins la persistance de bactéries post traitement.
- Il n'y a pas de publication sur la transmission de LGV post traitement.
- La grande majorité des cas de LGV rectale rapportés dans l'éclosion HARSAH des années 2000 ont répondu favorablement (résolution des symptômes sans récurrence) à un traitement de doxycycline de 21 jours.
- On a détecté de l'ARN de *C. trachomatis* (évidence indirecte de la présence de bactéries viables) jusqu'à 16 jours après le début d'un traitement de doxycycline, mais pas subséquent.
- Certains cas de LGV au stade bubonique n'ont pas de bactéries détectables par TAAN à l'urètre ou l'anus, leur potentielle contagiosité dans cette circonstance n'a pas non plus été étudiée.

11.3 Recommandations

Période de contagiosité de la LGV :

Les évidences permettant d'établir avec certitude la période de contagiosité de la LGV sont limitées. Il est toutefois raisonnable de penser que celle-ci se termine avec la fin du traitement de doxycycline de 21 jours dans la mesure où il y a résolution des symptômes. Aucune donnée ne permet de statuer sur la période de contagiosité de la LGV à la suite d'un traitement d'azithromycine 1 g une fois par semaine pendant 3 semaines.

Il n'est pas nécessaire d'obtenir un résultat de TAAN négatif dans le but de confirmer la fin de la période de contagiosité. Par contre, un test de contrôle (TAAN *C. trachomatis* et, si positif, avec génotypage LGV) est toujours indiqué (voir section 10.4) pour s'assurer de l'efficacité du traitement.

12 Recommandations du CALI et du CITSS

À la suite de la révision de la littérature et des différences lignes directrices disponibles concernant le dépistage et la prise en charge des infections à LGV, les recommandations suivantes sont proposées.

NOTE IMPORTANTE : Lorsque la doxycycline est recommandée comme traitement, il est important de se rappeler que cet antibiotique est contre-indiqué chez la femme enceinte ou qui allaite. Partout où il en est question dans les présentes recommandations, la doxycycline ne devrait pas être administrée à une femme enceinte ou qui allaite. En cas de doute sur le traitement adéquat à prescrire pour ces patientes, ou en présence d'allergie à la doxycycline, consulter un collègue expérimenté.

12.1 Prédicteurs cliniques d'une LGV chez les personnes présentant une rectite

Les connaissances actuelles limitées ne permettent pas de proposer des prédicteurs cliniques fiables permettant de différencier une rectite à LGV d'une rectite à *C. trachomatis* non-LGV. Il n'est donc pas possible d'émettre des recommandations de traitement différentiel sur la base de la présentation clinique (voir section 10.2). Le clinicien devra donc aussi tenir compte de la présence de facteurs de risque et du contexte épidémiologique local pour exercer son jugement. Un diagnostic de laboratoire précoce est souhaitable afin d'orienter la prise en charge clinique dans le cadre du suivi

12.2 Définitions nosologiques de 2014

Une proposition de nouvelle définition nosologique en fonction des changements mentionnés dans le présent avis est présentée ici, dans le cas d'une infection à LGV. Il s'agit d'une proposition faite par le groupe de travail LGV à l'intention du comité des définitions nosologiques du MSSS, qui a l'autorité d'effectuer de tels changements. Des modifications sont également proposées pour la définition nosologique d'une infection à *C. trachomatis*. Les modifications proposées sont en rouge.

12.2.1 PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS – DÉFINITION NOSOLOGIQUE LGV

Cas confirmé

1) Présence des deux conditions suivantes :

- Détection de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié par au moins une des analyses suivantes¹ :
 - culture;
 - test d'amplification génique approprié.

ET

- 2) À partir d'un résultat positif obtenu par culture ou par détection d'acides nucléiques, confirmation par PCR indiquant la présence d'un génotype associé à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV)².

Notes explicatives :

- ¹ La culture **et** la détection d'acides nucléiques **et les tests sérologiques** ne permettent pas de faire la distinction entre les **génotypes** de *Chlamydia trachomatis* responsables de la lymphogranulomatose vénérienne et ceux qui sont associés aux autres infections. Tout résultat positif à l'un de ces tests de détection doit être confirmé par l'un des tests spécifiques mentionnés au point 2 de la définition de cas confirmé.
- ² Les analyses subséquentes, tel que le séquençage de l'ADN ou la cartographie différentielle de restriction (*restriction fragment length polymorphism* [RFLP]) permettent de préciser le génotype (L1, L2 ou L3) en cause.

Cas probable

Présence des deux conditions suivantes :

1) Un des trois critères suivants :

- rectite, **OU**
- lymphadénopathie inguinale ou fémorale, **OU**
- contact sexuel avec un cas confirmé de lymphogranulomatose vénérienne;

ET

2) Détection de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié par au moins une des analyses suivantes¹ :

- culture;
- test d'amplification génique approprié.

12.2.2 PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS – DÉFINITION NOSOLOGIQUE *C. TRACHOMATIS*

Cas confirmé¹

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

- Isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire; **OU**
- Détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou DFA dans un prélèvement d'origine conjonctivale, pharyngée³, urinaire, urétrale, endocervicale, vaginale ou rectale²; **OU**
- Détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* dans un prélèvement d'origine conjonctivale, pharyngée³, urinaire, urétrale, endocervicale, vaginale ou rectale²; **OU**
- Détection sérologique d'IgM spécifiques chez un nourrisson âgé de moins de trois mois et présentant une pneumonie.

Notes explicatives :

- ¹ Un nouvel épisode d'infection à *Chlamydia trachomatis* ne devrait pas être inscrit au système d'information à l'intérieur d'une période de **(trois semaines ou un mois)** suivant un épisode antérieur, sauf si des renseignements permettent de considérer deux déclarations comme deux épisodes distincts.
- ² Les infections à *Chlamydia trachomatis* qui répondent à la définition de cas probable de lymphogranulomatose vénérienne seront saisies dans le système d'information sous « lymphogranulomatose vénérienne ». **Dans les cas où un génotypage est fait, et que celui-ci s'avère non-LGV, le cas doit être classifié comme infection à *C. trachomatis* (et non-LGV).**

- ³ ~~En plus des prélèvements pharyngés~~, les prélèvements provenant du rhino-pharynx et des voies respiratoires peuvent servir à confirmer un cas chez un nourrisson souffrant de pneumonie au cours des 6 premiers mois de sa vie.

12.3 Facteurs de risque

Bien que plusieurs facteurs de risque soient associés à la LGV^{PPP}, il n'est pas possible, en se basant sur les données actuelles, d'identifier un ou des facteurs de risque qui permettraient d'orienter de façon fiable la prise en charge clinique en présence d'un syndrome clinique ou d'une infection rectale documentée à *C. trachomatis*.

Le jugement clinique sera basé sur la présence de facteurs de risque, une présentation clinique compatible et le contexte épidémiologique local.

La vigie rehaussée des cas déclarés de LGV devrait se poursuivre, afin de caractériser les cas. À cet effet, le formulaire d'enquête épidémiologique devrait être revu et bonifié, notamment afin de bien différencier les personnes infectées avec symptômes de LGV des personnes avec symptômes non spécifiques et des personnes asymptomatiques. Cette mesure pourrait fournir un éclairage sur l'utilité de maintenir un génotypage LGV au-delà des personnes symptomatiques ou rapportant un contact avec un cas de LGV.

12.4 Analyses de laboratoires

12.4.1 SÉROLOGIE

L'analyse de laboratoire privilégiée pour le dépistage et le diagnostic de la LGV est un TAAN. La sérologie ne devrait plus être utilisée.

12.4.2 DÉLAIS POUR L'OBTENTION DES RÉSULTATS DE GÉNOTYPAGE LGV (TEMPS-RÉPONSE)

Le délai pour l'obtention du résultat de génotypage (au minimum, la PCR multiplexe permettant de déterminer s'il s'agit de *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) ou non-LGV) devrait être réduit. Les cibles à viser devraient être de :

- Moins de sept jours entre le prélèvement^{QQQ} et le résultat du TAAN *C. trachomatis*/*N. gonorrhoeae*;
- Dans les cas où le TAAN *C. trachomatis* est positif et qu'un génotypage est effectué, sept jours ou moins entre le résultat du TAAN *C. trachomatis* et le résultat du génotypage LGV versus non-LGV (donc 14 jours ou moins entre le prélèvement et le résultat du génotypage);
- Dans les cas où le génotypage révèle la présence de *C. trachomatis* LGV, un séquençage est effectué pour déterminer le génotype précis (L₁₋₃), mais ce résultat n'ayant pas d'impact sur la prise en charge clinique (il est utile pour des fins de surveillance), un délai prolongé est donc acceptable.

^{PPP} Par exemple : appartenir à une tranche d'âge plus âgée, s'identifier comme HARSAH, être infecté par le VIH ou avoir un partenaire infecté par le VIH, résider dans un grand centre urbain, avoir un antécédent de syphilis, avoir de multiples partenaires, des relations sexuelles en groupe, ou des partenaires anonymes, avoir des relations anales non protégées insertives ou réceptives, procéder à un lavement rectal avant les relations sexuelles, pratiquer le « *fisting* », avoir des relations sexuelles sous l'influence de drogues récréationnelles.

^{QQQ} Le temps analytique est habituellement calculé à partir du moment de la réception de l'échantillon au laboratoire qui effectue l'analyse. Ainsi, le temps entre le prélèvement et la réception au laboratoire réalisant l'analyse (qui peut inclure le passage par un autre laboratoire qui achemine l'échantillon au laboratoire réalisant l'analyse), n'est normalement pas comptabilisé. Pour des fins d'assurance-qualité et d'impact clinique, le délai devrait ici être calculé en fonction du moment du prélèvement et de l'envoi du rapport au clinicien.

Afin de réduire le temps-réponse pour le génotypage, cette analyse devrait être réalisée dans un laboratoire du Québec. Ceci facilitera grandement la prise en charge pour le traitement de la personne infectée ainsi que pour l'IPPAP, avec un possible impact sur la transmission. De plus, la réalisation de l'enquête épidémiologique pourrait être réalisée plus rapidement, ce qui pourrait diminuer les biais de mémoire et augmenter l'efficacité de l'intervention, notamment l'IPPAP.

Le séquençage des échantillons positifs, permettant de préciser le génotype exact, pourrait être réalisé dans un laboratoire québécois ou au LNM, puisqu'il ne s'agit pas d'une information urgente à obtenir dans la prise en charge d'un patient.

12.5 Indications de génotypage LGV dans un contexte de dépistage, lorsque le TAAN est positif pour *C. trachomatis*

À noter que la version du GQDITSS^{RRR} en vigueur au moment de la rédaction de cet avis ne précise pas quels sont les sites à prélever chez un partenaire d'une personne infectée par la LGV. Dans un contexte de contact sexuel avec une personne infectée par la LGV, tous les sites exposés devraient être prélevés, incluant le pharynx.

1) Prélèvements génitaux

À la lumière de la revue de la littérature présentée à la section 8 et de la revue des lignes directrices présentées à la section 9, et ainsi que d'avis d'experts :

- Chez les personnes asymptomatiques, un génotypage LGV sur des prélèvements vaginaux, cervicaux, urétraux ou urinaires est recommandé uniquement chez les partenaires de personnes infectées par la LGV selon les sites exposés. Il est alors nécessaire de spécifier une demande de recherche de LGV sur la requête de laboratoire.
- Malgré la recommandation de l'ASPC(7), le génotypage systématique de prélèvements urétraux ou urinaires positifs pour *C. trachomatis*, même s'ils proviennent de personnes présentant des « critères de risque », n'est pas recommandé au Québec^{SSS}.

2) Prélèvements pharyngés

Selon la version du GQDITSS^{RRR} en vigueur au moment de la rédaction de cet avis(9) et l'avis « Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* »^{RRR} du CALI(10), la recherche de *C. trachomatis* n'est pas recommandée au niveau du pharynx, que ce soit chez les femmes, les hommes hétérosexuels ou les HARSAH, et ce même s'il s'agit d'un partenaire d'une personne infectée par *C. trachomatis*. Cependant, puisque dans la plupart des laboratoires une recherche de *C. trachomatis* sera effectuée par TAAN sur un prélèvement pharyngé réalisé en présence d'une indication de dépistage de *N. gonorrhoeae* au pharynx, des cas d'infection pharyngée à *C. trachomatis* peuvent être détectés.

^{RRR} Document en cours de révision.

^{SSS} Un typage sur demande est possible, en ajoutant une précision sur la requête, à partir d'un prélèvement cervical, urétral, pharyngé, urinaire, d'un ulcère ou de liquide de bubon. Une telle demande serait appropriée si, selon son jugement clinique, le clinicien suspecte une LGV, par exemple en présence de symptôme, ou suite à un contact d'un patient avec une infection LGV confirmée.

À la lumière de la revue de la littérature présentée à la section 8 et de la revue des lignes directrices présentées à la section 9, et ainsi que d'avis d'experts :

- Chez les personnes asymptomatiques, une recherche de *C. trachomatis* sur des prélèvements pharyngés avec génotypage LGV, si le résultat *C. trachomatis* est positif, est recommandée uniquement chez les partenaires de personnes infectées par la LGV en présence d'une exposition pharyngée^{TTT}. Il est alors nécessaire de spécifier une demande de recherche de LGV sur la requête de laboratoire.
- Malgré la recommandation de l'ASPC(7), le génotypage systématique à partir de prélèvements pharyngés positifs pour *C. trachomatis*, même s'ils proviennent de personnes présentant des « critères de risque », n'est pas recommandé au Québec^{UUU}.

3) Prélèvements ano-rectaux

Selon la version du GQDITSS^{VVV} en vigueur au moment de la rédaction de cet avis(9) et l'avis « Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* »^{VVV} du CALI(10), il est recommandé de rechercher *C. trachomatis* à partir d'un prélèvement ano-rectal pour TAAN chez les HARSAH et les travailleuses du sexe, selon les pratiques sexuelles^{WWW}. Compte tenu des données présentées ici à propos des infections rectales à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) :

- Il est recommandé que tous les échantillons rectaux positifs pour *C. trachomatis* (hommes et femmes, dans toutes les régions du Québec) soient génotypés.

12.6 Traitement de l'infection rectale documentée à *C. trachomatis* (non-LGV ou non spécifié LGV)

12.6.1 PERSONNES SYMPTOMATIQUES OU ASYMPTOMATIQUES

Considérant que la récente méta-analyse de Kong démontre une efficacité moindre pour un traitement d'azithromycine unidose, comparativement à un traitement de doxycycline sept jours, dans le traitement d'infections rectales à *C. trachomatis*, chez la personne symptomatique ou asymptomatique, le traitement privilégié de l'infection rectale à *C. trachomatis* chez l'homme et chez la femme devrait être :

- 1^{er} choix : doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours.
- 2^e choix : azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique.

^{TTT} Le dépistage de *C. trachomatis* au niveau pharyngé n'est actuellement pas recommandé dans le GQDITSS, et ce même pour les partenaires de personnes infectées par *C. trachomatis*. Dans ces cas, le traitement épidémiologique du partenaire est le même que celui utilisé pour le traitement d'une infection documentée à *C. trachomatis*, ce qui n'est pas le cas lorsqu'il s'agit d'une infection documentée à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV).

^{UUU} Un typage sur demande est possible, en ajoutant une précision sur la requête, à partir d'un prélèvement cervical, urétral, pharyngé, urinaire, d'un ulcère ou de liquide de bubon. Une telle demande serait appropriée si, selon son jugement clinique, le clinicien suspecte une LGV, par exemple en présence de symptôme, ou suite à un contact d'un patient avec une infection LGV confirmée.

^{VVV} Document en cours de révision.

^{WWW} Il est à noter que puisque plusieurs publications récentes apportent de nouvelles données quant au dépistage des infections rectales à *C. trachomatis* chez les femmes, le groupe de travail « Prélèvements et analyses recommandés pour le dépistage de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* » du CALI se penche actuellement sur cette question dans le cadre de ses travaux pour la mise à jour du GQDITSS.

Si le clinicien a un doute sur l'adhérence de son patient à un traitement de doxycycline, l'azithromycine devrait alors être favorisée. Si l'azithromycine est utilisée, un test de contrôle devrait être réalisé, par TAAN, le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement^{xxx}(18).

12.6.2 PARTENAIRES SEXUELS AYANT EU UNE EXPOSITION RECTALE AVEC UNE PERSONNE INFECTÉE PAR *C. TRACHOMATIS*

Traitement des personnes asymptomatiques qui rapportent une exposition rectale avec une personne infectée par *C. trachomatis* (non-LGV ou sans génotypage disponible) :

Le traitement privilégié chez les personnes asymptomatiques qui rapportent une exposition rectale avec une personne infectée par *C. trachomatis*, en l'absence de résultat de génotypage (voir plus loin lorsque le contact est avec une personne infectée par *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV)), peu importe si le cas index était symptomatique ou non et peu importe les sites d'exposition, devrait être le même que pour les autres types d'exposition (urétrale, vaginale, pharyngée) :

- 1^{er} choix : azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique.
- 2^e choix : doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours.

Si le prélèvement ano-rectal effectué chez le partenaire est positif pour *C. trachomatis* et que :

- L'azithromycine avait été utilisée, un test de contrôle devrait être réalisé, par TAAN, le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement (voir section 10.4).
- Un résultat de génotypage disponible ultérieurement révèle la présence de *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV), traiter le patient à l'aide de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours (voir section 10.3.2.2) :
 - si l'azithromycine avait été utilisée, traiter à l'aide de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours.
 - si la doxycycline avait été utilisée, et que :
 - le traitement de 7 jours n'était pas encore terminé, prolonger le traitement pour un total de 21 jours ;
 - le traitement de 7 jours est terminé, reprendre la doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours consécutifs.

Traitement des personnes symptomatiques qui rapportent une exposition rectale avec une personne infectée par *C. trachomatis* (non-LGV ou sans génotypage disponible) :

Le partenaire symptomatique devient un cas confirmé de *C. trachomatis* (en présence d'un résultat de laboratoire positif) ou un cas de syndrome clinique potentiellement associé à une ITS (en l'absence de résultat de laboratoire) et doit être traité selon les recommandations des guides de l'INESSS sur le traitement pharmacologique des ITSS : le guide « Infection à *Chlamydia trachomatis* et infection à *Neisseria gonorrhoeae* » et le guide « Cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite, épididymite/orchi-épididymite », selon le cas (mises à jour en cours)(11,12).

^{xxx} Pour connaître les autres indications de procéder à un test de contrôle après le traitement d'une infection à *C. trachomatis*, consulter le guide de l'INESSS sur le traitement pharmacologique des ITSS « Infection à *Chlamydia trachomatis* et Infection à *Neisseria gonorrhoeae* »(12). Ce document est en cours de révision.

12.7 Traitement syndromique de la rectite

12.7.1 PERSONNE ATTEINTE DE RECTITE^{YYY}

Puisque la rectite peut être causée autant par *C. trachomatis* que par *N. gonorrhoeae*, sans résultat de laboratoire, il est impossible de prioriser en traitement syndromique. Dans cette situation, en présence de symptômes de rectite, le traitement syndromique devrait viser les deux infections (*C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*), selon les recommandations de l'INESSS^{ZZZ} en vigueur au moment de la rédaction de cet avis :

Premier choix

- Ceftriaxone 250 mg, par voie intramusculaire, en dose unique **OU**
 - Céfixime 800 mg, par voie orale, en dose unique (sans priorisation)
- ET
- Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique **OU**
 - Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours (sans priorisation^{AAAA})

Deuxième choix : si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline^{BBBB}

- Azithromycine 2 g par voie orale, en dose unique

Il faut, au besoin, ajuster le traitement à la suite des résultats des TAAN et effectuer un test de contrôle selon les indications spécifiées dans le guide de l'INESSS(12,18). Selon les résultats des analyses de laboratoire :

- Si une infection rectale à *C. trachomatis* est documentée et que l'azithromycine avait été utilisée, un test de contrôle devrait être réalisé, par TAAN, le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement(12,18).
- Si le génotypage révèle qu'il s'agissait d'une infection à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV), traiter à l'aide de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours (voir section 10.3.1.4) :
 - si l'azithromycine avait été utilisée, traiter à l'aide de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours.
 - si la doxycycline avait été utilisée, et que :
 - le traitement de 7 jours n'était pas encore terminé, prolonger le traitement pour un total de 21 jours.
 - le traitement de 7 jours est terminé, reprendre la doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours consécutifs.

^{YYY} Lorsque d'autres étiologies qu'une infection à *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* sont soupçonnées, le jugement clinique s'impose et des traitements complémentaires peuvent être administrés.

^{ZZZ} Document en cours de révision.

^{AAAA} Les deux choix de traitement (azithromycine et doxycycline) sont sur le même pied d'égalité, puisque chacun comporte des avantages. Si la rectite s'avère secondaire à *C. trachomatis*, la doxycycline serait préférable, mais si elle s'avère secondaire à *N. gonorrhoeae*, l'azithromycine serait préférable.

^{BBBB} Un traitement incluant entre autres une quinolone peut être envisagé à condition de procéder à un prélèvement pour culture de *N. gonorrhoeae* afin de s'assurer de la sensibilité du pathogène isolé (le cas échéant) à la quinolone utilisée.

- Si une infection à *N. gonorrhoeae* est documentée, peu importe le site, un test de contrôle devrait être réalisé. Le test de contrôle est particulièrement important dans certaines situations (voir le guide sur le traitement pharmacologique des ITSS « Infection à *Chlamydia trachomatis* et infection à *Neisseria gonorrhoeae* »)(12,18).

12.7.2 PARTENAIRES SEXUELS D'UNE PERSONNE AVEC RECTITE SANS RÉSULTAT DE LABORATOIRE DISPONIBLE AU MOMENT DE L'ÉVALUATION

Le traitement épidémiologique est administré à un partenaire asymptomatique. Le traitement privilégié chez une personne asymptomatique qui rapporte une exposition sexuelle avec une personne atteinte de rectite devrait être :

- Céfixime 800 mg, par voie orale, en dose unique

ET

- Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique.

Suite à la réception des résultats des prélèvements chez le cas index ou des résultats des prélèvements effectués au moment de prescrire le traitement épidémiologique du partenaire, la prise en charge pourrait être réévaluée au besoin.

En présence de symptômes de rectite, le partenaire devrait être évalué et traité selon les recommandations émises dans la section précédente (« Personne atteinte de rectite », section 12.7.1).

12.8 Traitement de la LGV

12.8.1 PERSONNES SYMPTOMATIQUES

Le traitement privilégié de la LGV chez une personne symptomatique devrait être :

- Doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours.

Dans le cas où le traitement privilégié (doxycycline) ne peut être administré, un traitement avec azithromycine 1 g par voie orale, une fois par semaine, pendant 3 semaines serait probablement efficace comme traitement de la LGV, en raison de son action antimicrobienne contre *C. trachomatis*, mais les données cliniques ne permettent pas de le confirmer actuellement.

12.8.2 PERSONNES ASYMPTOMATIQUES

Chez une personne asymptomatique, en présence d'un résultat de génotypage positif pour LGV, le traitement privilégié devrait être le même que pour une personne symptomatique :

- Doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours, et ce même si un test de contrôle avait été effectué (comme indiqué à la suite du traitement par azithromycine d'une infection rectale à *C. trachomatis*) et s'était avéré négatif^{CCCC}.

^{CCCC} À titre d'exemple : 1) Un test de contrôle est recommandé lorsque l'azithromycine est utilisée pour traiter une infection rectale à *C. trachomatis*(18); 2) Des cliniciens pourraient effectuer des prélèvements suite à un résultat de génotypage LGV positif. Voir section 10.4 pour plus d'informations sur les tests de contrôle.

Rappelons qu'à la suite du résultat de TAAN positif pour *C. trachomatis*, la personne devrait déjà avoir reçu un traitement (azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique ou doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours). Compte tenu des délais actuels avant l'obtention du génotypage LGV, il est probable que ce traitement soit terminé au moment de la réception du résultat. Il est donc recommandé, à la suite de la confirmation de LGV, de reprendre le traitement avec doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pour un total de 21 jours consécutifs. Advenant le cas où le traitement initial de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours ne soit pas encore complété, il s'agira de compléter le traitement pour un total de 21 jours.

Si le traitement initial de l'infection rectale à *C. trachomatis* était avec l'azithromycine, débiter le traitement avec doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours et ce même si le test de contrôle à la suite du traitement initial de la chlamydia rectale s'avère négatif.

12.8.3 PARTENAIRES SEXUELS D'UNE PERSONNE INFECTÉE PAR LA LGV

Comme précisé précédemment, la prise en charge des partenaires inclut les prélèvements de dépistage de tous les sites exposés et le traitement épidémiologique. Le résultat des prélèvements de dépistage pourra servir à moduler *a posteriori* le traitement épidémiologique entrepris.

Le traitement épidémiologique privilégié chez les personnes asymptomatiques qui rapportent un contact sexuel avec une personne ayant une LGV confirmée^{DDDD} devrait être :

- 1^{er} choix : amorcer un traitement de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours;
 - si les résultats des prélèvements de dépistage s'avèrent négatifs pour *C. trachomatis* : cesser le traitement après sept jours.
 - si les résultats des prélèvements de dépistage s'avèrent positifs pour *C. trachomatis* : compléter le traitement de 21 jours sauf si un résultat de génotypage négatif devient disponible avant la fin du traitement de 21 jours, auquel cas il serait alors possible de cesser le traitement.
- 2^e choix : azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique (à administrer seulement si le clinicien a un doute sur l'adhérence au traitement avec doxycycline).
 - si les résultats des prélèvements de dépistage s'avèrent négatifs pour *C. trachomatis* : ne pas administrer de traitement supplémentaire.
 - si les résultats des prélèvements de dépistage s'avèrent positifs pour *C. trachomatis* : administrer un traitement de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours; si un résultat de génotypage négatif devient disponible avant la fin du traitement de 21 jours, il serait alors possible de cesser le traitement.

^{DDDD} Bien que le traitement épidémiologique des partenaires de personnes infectées par *C. trachomatis* soit azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique ou doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours(12) peu importe le site d'exposition et le syndrome clinique du cas index (voir section 10.1.2), l'approche proposée ici pourrait être applicable lorsque le cas index présente des facteurs de risque et un syndrome clinique fortement compatible avec une LGV, mais que les résultats de génotypage ne sont pas encore disponibles. Il n'est toutefois pas possible ici de proposer des critères ou indicateurs précis; il s'agit donc d'une question de jugement clinique.

12.9 Tests de contrôle de l'efficacité du traitement

Un test de contrôle de l'efficacité du traitement doit être réalisé dans les situations suivantes :

- En présence d'une infection rectale à *C. trachomatis* traitée par azithromycine;
- En présence d'une infection à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV), quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée.

Le test de contrôle doit alors être effectué le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement, peu importe le site d'infection.

Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est différent d'un nouveau dépistage ultérieur. Pour connaître les indications de procéder à un nouveau dépistage, consulter le GQDITSS(9).

12.10 Période de contagiosité de la LGV

Les évidences permettant d'établir avec certitude la période de contagiosité de la LGV sont limitées. Il est toutefois raisonnable de penser que celle-ci se termine avec la fin du traitement de doxycycline de 21 jours dans la mesure où il y a résolution des symptômes. Aucune donnée ne permet de statuer sur la période de contagiosité de la LGV à la suite d'un traitement d'azithromycine 1 g une fois par semaine pendant 3 semaines.

Il n'est pas nécessaire d'obtenir un résultat de TAAN négatif dans le but de confirmer la fin de la période de contagiosité. Par contre, un test de contrôle (TAAN *C. trachomatis* et, si positif, avec génotypage LGV) est toujours indiqué (voir section 10.4) pour s'assurer de l'efficacité du traitement.

13 Conclusion

Compte tenu des limites des données disponibles au Québec, il est impossible de répondre avec précision et avec une vue à long terme aux deux premières questions de la demande du SLITSS (voir annexe 1), concernant la pertinence et les indications de procéder à un génotypage LGV chez des personnes asymptomatiques infectées par *C. trachomatis*. Plusieurs études rapportent que 11 à 27 % des infections à *C. trachomatis* L₁₋₃ (LGV) sont asymptomatiques. Une étude allemande rapporte même 53 % de LGV asymptomatiques, mais cette proportion est calculée sur un faible nombre de cas (8 cas sur 15). D'autres études vont à l'encontre de ces données, rapportant de très faibles pourcentages de cas asymptomatiques. Il serait souhaitable de documenter la situation québécoise afin de répondre à ces questions avec plus de précisions. Le génotypage systématique des spécimens ano-rectaux positifs pour *C. trachomatis*, en plus d'être utile pour la prise en charge clinique, permettrait d'estimer la proportion d'infections rectales à *C. trachomatis* qui sont de type L₁₋₃ (LGV), comparativement à celles de type A-K.

Le CALI et le CITSS recommandent donc qu'en plus des cas pour lesquels une recherche de LGV est demandée par le clinicien dans un contexte de syndrome compatible avec une LGV ou d'un contact LGV documenté, tous les échantillons rectaux positifs pour *C. trachomatis* (hommes et femmes, dans toutes les régions du Québec) soient génotypés.

La mise en place de cette recommandation pourrait être valable pour une période de deux ans. Une analyse des résultats obtenus mènera alors à une réévaluation de la recommandation.

Cette stratégie de génotypage systématique, accompagnée d'une réduction des délais (en effectuant l'étape initiale de PCR au Québec plutôt que d'acheminer le spécimen au LNM via le LSPQ) comporteraient les avantages suivants :

- Volet surveillance : la validité (sensibilité, spécificité) de la surveillance des infections rectales à *C. trachomatis* LGV et non-LGV serait améliorée. Il y aurait possiblement une augmentation de cas de LGV confirmés aux dépens des cas probables et moins de cas d'infections à *C. trachomatis* non-LGV faussement classifiés comme LGV probable et moins de cas de LGV faussement classifiés comme infection à *C. trachomatis* non-LGV.
- Volet traitement : en augmentant possiblement le nombre de cas de LGV détectés, il serait légitime de penser que certaines personnes seraient prises en charge différemment, soit en ayant un suivi avec test de contrôle, soit en recevant un traitement prolongé une fois le résultat connu. Ceci dit, l'impact le plus important sur le traitement serait obtenu en diminuant les délais avant l'obtention du résultat de génotypage.
- Volet IPPAP : en augmentant possiblement le nombre de cas de LGV détectés, l'intervention auprès des partenaires pourra être améliorée et mieux adaptée, permettant ainsi de mieux contrôler la propagation de l'infection. Ici aussi, l'impact serait plus important en diminuant les délais avant l'obtention du résultat de génotypage.

Certains indicateurs devraient être documentés afin d'établir, après une période de deux ans, si cette stratégie est efficiente. Si la recommandation est retenue, les membres du groupe de travail LGV s'engagent à proposer un devis détaillé dont la mise en œuvre dépendra des ressources disponibles.

En plus de rappeler les recommandations de traitement de la LGV, le présent avis inclut des recommandations sur la prise en charge clinique des personnes atteintes d'infections rectales à *C. trachomatis* et de rectite, ainsi que de leurs partenaires. Ces recommandations pourront être prises en considération par l'INESSS dans le cadre de la mise à jour des guides d'usage optimal.

Références

- (1) Stoner BP, Cohen SE. Lymphogranuloma Venereum 2015: Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment. Clin Infect Dis 2015 Dec 15;61 Suppl 8:S865-S873.
- (2) Annan NT, Sullivan AK, Nori A, Naydenova P, Alexander S, McKenna A, *et al.* Rectal chlamydia--a reservoir of undiagnosed infection in men who have sex with men. Sex Transm Infect 2009 Jun;85(3):176-9.
- (3) de Vrieze NH, van RM, Schim van der Loeff MF, de Vries HJ. Anorectal and inguinal lymphogranuloma venereum among men who have sex with men in Amsterdam, The Netherlands: trends over time, symptomatology and concurrent infections. Sex Transm Infect 2013 Nov;89(7):548-52.
- (4) Haar K, Dudareva-Vizule S, Wisplinghoff H, Wisplinghoff F, Sailer A, Jansen K, *et al.* Lymphogranuloma venereum in men screened for pharyngeal and rectal infection, Germany. Emerg Infect Dis 2013 Mar;19(3):488-92.
- (5) Rodriguez-Dominguez M, Puerta T, Menendez B, Gonzalez-Alba JM, Rodriguez C, Hellin T, *et al.* Clinical and epidemiological characterization of a lymphogranuloma venereum outbreak in Madrid, Spain: co-circulation of two variants. Clin Microbiol Infect 2014 Mar;20(3):219-25.
- (6) Saxon C, Hughes G, Ison C. Increasing Asymptomatic Lymphogranuloma Venereum Infection in the UK: Results from a National Case-Finding Study. ISSTD 2013 - P3.198. 2013.
- (7) ASPC. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement - Déclaration supplémentaire concernant le diagnostic en laboratoire de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV). 2014.
- (8) Pallawela SN, Sullivan AK, Macdonald N, French P, White J, Dean G, *et al.* Clinical predictors of rectal lymphogranuloma venereum infection: results from a multicentre case-control study in the U.K. Sex Transm Infect 2014 Jun;90(4):269-74.
- (9) MSSS. Guide québécois de dépistage : infections transmissibles sexuellement et par le sang - Mise à jour 2014. [Québec]: Santé et services sociaux Québec, Direction des communications; 2014.
- (10) Tétrault I, Trudelle A, Labbé AC, Venne S, Charest L. Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. Octobre 2013. Institut national de santé publique du Québec; 2015.
- (11) INESSS. Guide de traitement pharmacologique ITSS - Cervicite mucopurulente, Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), Urétrite, Épididymite/orchi-épididymite. Mise à jour 2013. 2013.
- (12) INESSS. Guide de traitement pharmacologique ITSS - Infection à *Chlamydia trachomatis* et infection à *Neisseria gonorrhoeae*. Mise à jour 2013. 2013.
- (13) CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. 2015.
- (14) ASPC. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement 2010 - Chapitre Lymphogranulomatose vénérienne (LGV). 2010.
- (15) Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015.

- (16) 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 Aug;29(8):917-25.
- (17) MSSS. Définitions nosologiques 10^e édition. 2015.
- (18) Trudelle A, Labbé AC, Venne S. Tests de contrôle à la suite de la détection d'une infection à *C. trachomatis* ou d'une infection à *N. gonorrhoeae* : indications et analyses recommandées. Institut national de santé publique du Québec; 2015.
- (19) Savage EJ, van de Laar MJ, Gallay A, van der SM, Hamouda O, Sasse A, *et al.* Lymphogranuloma venereum in Europe, 2003-2008. *Euro Surveill* 2009;14(48).
- (20) de Vries HJ, Fennema JS, Morre SA. Lymphogranuloma venereum among men having sex with men; what have we learned so far? *Sex Transm Infect* 2006 Aug;82(4):344.
- (21) Spaargaren J, Schachter J, Moncada J, de Vries HJ, Fennema HS, Pena AS, *et al.* Slow epidemic of lymphogranuloma venereum L2b strain. *Emerg Infect Dis* 2005 Nov;11(11):1787-8.
- (22) Macdonald N, Sullivan AK, French P, White JA, Dean G, Smith A, *et al.* Risk factors for rectal lymphogranuloma venereum in gay men: results of a multicentre case-control study in the U.K. *Sex Transm Infect* 2014 Jun;90(4):262-8.
- (23) Stark D, van HS, Hillman R, Harkness J, Marriott D. Lymphogranuloma venereum in Australia: anorectal *Chlamydia trachomatis* serovar L2b in men who have sex with men. *J Clin Microbiol* 2007 Mar;45(3):1029-31.
- (24) de Vries HJ, van der Bij AK, Fennema JS, Smit C, de WF, 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 Feb;35(2):203-8.
- (25) Foschi C, Marangoni A, D'Antuono A, Nardini P, Compri M, Bellavista S, *et al.* Prevalence and predictors of Lymphogranuloma venereum in a high risk population attending a STD outpatients clinic in Italy. *BMC Res Notes* 2014;7:225.
- (26) 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 Jun;82(3):207-11.
- (27) Koper NE, van der Sande MA, Gotz HM, Koedijk FD. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men in the Netherlands: regional differences in testing rates lead to underestimation of the incidence, 2006-2012. *Euro Surveill* 2013;18(34).
- (28) ASPC. L'infection à *Chlamydia trachomatis* et le lymphogranulome vénérien au Canada: 2003-2012 Rapport sommaire. Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC); Vol 41-02. 2015.
- (29) Fiset M, Venne S, Fadel R. Lymphogranulomatose vénérienne, Québec, 1^{er} janvier 2005 au 31 août 2014. Portrait épidémiologique. MSSS. 2015.
- (30) MSSS. Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! 2014.
- (31) Charest L. Anal non-L *Chlamydia trachomatis* infection in men who have sex with men, at l'Actuel, Montréal, Quebec. ISSTD 2013 - P1-S2.50. 2013.

- (32) Scieux C, Barnes R, Bianchi A, Casin I, Morel P, Perol Y. Lymphogranuloma venereum: 27 cases in Paris. *J Infect Dis* 1989 Oct;160(4):662-8.
- (33) Schachter J. Confirmatory serodiagnosis of lymphogranuloma venereum proctitis may yield false-positive results due to other chlamydial infections of the rectum. *Sex Transm Dis* 1981 Jan;8(1):26-8.
- (34) Frost E, Collet M, Reniers J, Leclerc A, Ivanoff B, Meheus A. Importance of chlamydial antibodies in acute salpingitis in central Africa. *Genitourin Med* 1987 Jun;63(3):176-8.
- (35) van der Snoek EM, Ossewaarde JM, van der Meijden WI, Mulder PG, Thio HB. The use of serological titres of IgA and IgG in (early) discrimination between rectal infection with non-lymphogranuloma venereum and lymphogranuloma venereum serovars of *Chlamydia trachomatis*. *Sex Transm Infect* 2007 Jul;83(4):330-4.
- (36) Wang SP, Kuo CC, Grayston JT. Formalinized *Chlamydia trachomatis* organisms as antigen in the micro-immunofluorescence test. *J Clin Microbiol* 1979 Aug;10(2):259-61.
- (37) Frost EH, Deslandes S, Bourgaux-Ramoisy D. *Chlamydia trachomatis* serovars in 435 urogenital specimens typed by restriction endonuclease analysis of amplified DNA. *J Infect Dis* 1993 Aug;168(2):497-501.
- (38) Yuan Y, Zhang YX, Watkins NG, Caldwell HD. Nucleotide and deduced amino acid sequences for the four variable domains of the major outer membrane proteins of the 15 *Chlamydia trachomatis* serovars. *Infect Immun* 1989 Apr;57(4):1040-9.
- (39) Chen CY, Chi KH, Alexander S, Ison CA, Ballard RC. A real-time quadriplex PCR assay for the diagnosis of rectal lymphogranuloma venereum and non-lymphogranuloma venereum *Chlamydia trachomatis* infections. *Sex Transm Infect* 2008 Aug;84(4):273-6.
- (40) Severini A, Zubach V, Roy F. Genotyping of *Lymphogranuloma venereum Chlamydia* serovars at the National Microbiology Laboratory. AMMI Canada - CACMID Annual Conference 2014. Poster J02. 2014.
- (41) Ward H, Alexander S, Carder C, Dean G, French P, Ivens D, *et al.* The prevalence of lymphogranuloma venereum infection in men who have sex with men: results of a multicentre case finding study. *Sex Transm Infect* 2009 Jun;85(3):173-5.
- (42) Templeton DJ, Grulich AE, Yew J, Twin J, Jin F, Prestage GP, *et al.* Lymphogranuloma venereum is rare in Australian community-based samples of men who have sex with men. *Sex Transm Dis* 2011 Jan;38(1):48-9.
- (43) Templeton DJ, Sharp N, Gryllis S, O'Connor CC, Dubedat SM. Prevalence and predictors of lymphogranuloma venereum among men who have sex with men at a Sydney metropolitan sexual health clinic. *Sex Health* 2013 May;10(2):190-1.
- (44) de Vrieze NH, van RM, Speksnijder AG, de Vries HJ. Urethral lymphogranuloma venereum infections in men with anorectal lymphogranuloma venereum and their partners: the missing link in the current epidemic? *Sex Transm Dis* 2013 Aug;40(8):607-8.
- (45) Versteeg B, de Vrieze N, Bruisten S. Low prevalence of urethral lymphogranuloma venereum infections among homosexual men visiting the sexually transmitted infection clinic in Amsterdam, the Netherlands. 29th European Conference on Sexually Transmitted Infections. P089. 2015.

- (46) BCCDC. Lymphogranuloma venereum in British Columbia 2004 to 2011. 2012.
- (47) BCCDC. Lymphogranuloma venereum in BC: An update on a re-emerging STI. 2015.
- (48) MSSS. Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage*). GQDITSS 2014.
- (49) BCCDC. British Columbia Treatment Guidelines STI in adolescents and adults (2014). 2014.
- (50) CDC. Recommendations for the Laboratory-Based Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* 2014. 2014.
- (51) Nwokolo NC, Dragovic B, Patel S, Tong CW, Barker G, Radcliffe K. 2015 UK national guideline for the management of infection with *Chlamydia trachomatis*. Int J STD AIDS 2015 Nov 4.
- (52) White J, O'Farrell N, Daniels D. 2013 UK National Guideline for the management of lymphogranuloma venereum: Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV (CEG/BASHH) Guideline development group. Int J STD AIDS 2013 Aug;24(8):593-601.
- (53) Health Protection Agency. Sexually transmitted bacteria reference laboratory - User manual. 2008.
- (54) de Vries HJ, Zingoni A, Kreuter A, Moi H, White JA. 2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015 Jan;29(1):1-6.
- (55) Haute Autorité de Santé. Diagnostic biologique de l'infection à *C. trachomatis* - Avis sur les actes. 2010.
- (56) Australasian sexual health alliance. Australian STI management guidelines for use in primary care - LGV. Australasian sexual health alliance 2015 February 20 Available from: URL: <http://www.sti.guidelines.org.au/sexually-transmissible-infections/lgv>
- (57) ASPC. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement 2010 - Chapitre Infections à *Chlamydia*. 2010.
- (58) Hathorn E, Opie C, Goold P. What is the appropriate treatment for the management of rectal *Chlamydia trachomatis* in men and women? Sex Transm Infect 2012 Aug;88(5):352-4.
- (59) Steedman NM, McMillan A. Treatment of asymptomatic rectal *Chlamydia trachomatis*: is single-dose azithromycin effective? Int J STD AIDS 2009 Jan;20(1):16-8.
- (60) Lanjouw E, Ossewaarde JM, Stary A, Boag F, van der Meijden WI. 2010 European guideline for the management of *Chlamydia trachomatis* infections. Int J STD AIDS 2010 Nov;21(11):729-37.
- (61) de Vries HJ, Zingoni A, White JA, Ross JD, Kreuter A. 2013 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. Int J STD AIDS 2013 Dec 18;25(7):465-74.
- (62) Khosropour CM, Dombrowski JC, Barbee LA, Manhart LE, Golden MR. Comparing azithromycin and doxycycline for the treatment of rectal chlamydial infection: a retrospective cohort study. Sex Transm Dis 2014 Feb;41(2):79-85.

- (63) Kong FY, Tabrizi SN, Fairley CK, Vodstrcil LA, Huston WM, Chen M, *et al.* The efficacy of azithromycin and doxycycline for the treatment of rectal chlamydia infection: a systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemother* 2015 Jan 29.
- (64) Elgalib A, Alexander S, Tong CY, White JA. Seven days of doxycycline is an effective treatment for asymptomatic rectal *Chlamydia trachomatis* infection. *Int J STD AIDS* 2011 Aug;22(8):474-7.
- (65) Hocking JS, Kong FY, Timms P, Huston WM, Tabrizi SN. Treatment of rectal chlamydia infection may be more complicated than we originally thought. *J Antimicrob Chemother* 2014 Dec 4.
- (66) Jordan SJ, Geisler WM. Azithromycin for rectal chlamydia: is it time to leave azithromycin on the shelf?...Not yet. *Sex Transm Dis* 2014 Feb;41(2):86-8.
- (67) Drummond F, Ryder N, Wand H, Guy R, Read P, McNulty AM, *et al.* Is azithromycin adequate treatment for asymptomatic rectal chlamydia? *Int J STD AIDS* 2011 Aug;22(8):478-80.
- (68) White JA. Manifestations and management of lymphogranuloma venereum. *Curr Opin Infect Dis* 2009 Feb;22(1):57-66.
- (69) Australasian sexual health alliance. Australian STI management guidelines for use in primary care - Chlamydia. Australasian sexual health alliance 2015 November 30 Available from: URL: <http://www.sti.guidelines.org.au/sexually-transmissible-infections/chlamydia>
- (70) ASPC. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement 2010 - Chapitre Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement. 2010.
- (71) ASPC. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement - Déclaration supplémentaire concernant les recommandations liées au diagnostic, à la prise en charge et au suivi de la rectite transmissible sexuellement: mars 2014. 2014.
- (72) ASPC. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement 2010 - Chapitre Infections Gonococciques Mise-à-jour : juillet 2013. 2013.
- (73) BCCDC. BCCDC Non-certified Practice Decision Support Tool - Proctitis. 2015.
- (74) Australasian sexual health alliance. Australian STI management guidelines for use in primary care - Ano-rectal syndrome. Australasian sexual health alliance 2015 November 30 Available from: URL: <http://www.sti.guidelines.org.au/syndromes/ano-rectal-syndromes#management>.
- (75) MSSS - Direction de la protection de la santé publique. Énoncé provisoire sur le diagnostic et le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec. 2005.
- (76) Blanco JL, Fuertes I, Bosh J, Gonzalez-Cordon A, Camp R, Martinez E, *et al.* Effective treatment of Lymphogranuloma venereum (LGV) with 1g azithromycin administered weekly for 3 weeks in HIV-infected population . Poster P-R7 CROI 2015. 2015.
- (77) Oud EV, de Vrieze NH, de MA, de Vries HJ. Pitfalls in the diagnosis and management of inguinal lymphogranuloma venereum: important lessons from a case series. *Sex Transm Infect* 2014 Jun;90(4):279-82.
- (78) MSSS. Renseignements complémentaires - Intervention préventive relative aux ITSS. 2014.

- (79) MSSS. Lymphogranulomatose vénérienne (LGV). Portail Santé mieux-être MSSS 2012 August 2 Available from: URL: <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/lymphogranulomatose-venerienne-lgv/>
- (80) McLean CA, Stoner BP, Workowski KA. Treatment of lymphogranuloma venereum. Clin Infect Dis 2007 Apr 1;44 Suppl 3:S147-S152.
- (81) Kamarashev J, Riess CE, Mosimann J, Lauchli S. Lymphogranuloma venereum in Zurich, Switzerland: *Chlamydia trachomatis* serovar L2 proctitis among men who have sex with men. Swiss Med Wkly 2010 Apr 3;140(13-14):209-12.
- (82) de Vries HJ, Smelov V, Middelburg JG, Pleijster J, Speksnijder AG, Morre SA. Delayed microbial cure of lymphogranuloma venereum proctitis with doxycycline treatment. Clin Infect Dis 2009 Mar 1;48(5):e53-e56.

Annexe 1

Demande initiale du SLITSS à l'INSPQ–juin 2013

Questionnement relatif au dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* rectales en lien avec la lymphogranulomatose vénérienne

Questions à soumettre CITSS/CALI

- Est-ce que les données récemment publiées sur la fréquence des LGV asymptomatiques pourraient apporter des nuances ou modifications relatives au dépistage du LGV (actuellement dépistage non recommandé sauf pour contact sexuel d'un cas de LGV dans un contexte d'IPPAP)?
- Est-ce que les données récemment publiées sur la fréquence des LGV asymptomatiques parmi les cas de chlamydia rectale détectés chez des HARSAH pourraient justifier d'acheminer les spécimens ano-rectaux positifs pour CT au laboratoire national de Winnipeg pour recherche des génotypes L₁₋₃ (LGV)?
- Est-ce qu'il serait approprié de mieux documenter la situation au Québec (à l'instar de la Colombie-Britannique) en planifiant une étape initiale de génotypage systématique des spécimens ano-rectaux positifs pour CT et un suivi des résultats afin de prendre une décision éclairée?

Rationnelle

En résumé :

- Il a jusqu'à maintenant été considéré que la prévalence de LGV chez les HARSAH asymptomatiques soit trop faible pour justifier un dépistage systématique de cette infection chez les HARSAH. Toutefois certaines études récentes rapportent une proportion relativement importante de cas asymptomatiques de LGV.
- Il n'y a pas de consensus clair dans la littérature sur la nécessité de faire un génotypage pour tous les cas de CT positifs sur spécimen ano-rectal : si certains estiment que la proportion de LGV parmi ces cas demeure faible (Templeton, Ward), d'autres estiment le contraire (De Vrieze, Haar).

Jusqu'à maintenant, au Québec, la pratique (théorique) de l'utilisation de spécimen ano-rectal pour la détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis* était essentiellement limitée à la détection de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez des personnes présentant un syndrome clinique suggestif. Pour que le spécimen soit analysé, le clinicien devait indiquer sur la requête «recherche de LGV» indiquant un tableau clinique suggestif. Les spécimens positifs pour CT étaient envoyés au Laboratoire national de Winnipeg pour l'identification des génotypes L₁₋₃ associés au LGV.

Récemment, à la suite d'une demande du SLITSS de mettre à jour les analyses recommandées pour le dépistage des ITSS, le Comité d'analyse de laboratoires relatives aux ITSS (CALI) s'est penché notamment sur les analyses recommandées pour le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique.

Les données de la littérature de même que les recommandations de plusieurs autorités de santé publique hors Québec ont amené le CALI à recommander le dépistage par TAAN à partir de spécimens ano-rectaux de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les travailleuses du sexe^{EEEE}. L'application de cette recommandation va augmenter le nombre d'infections à *Chlamydia trachomatis* détectées à partir d'un spécimen ano-rectal.

^{EEEE} Lorsqu'il y a des pratiques sexuelles impliquant une pénétration anale.

Dans la recommandation du CALI (version 8 mai 2013), il n'est pas prévu que les cas avec résultat positif pour CT sur spécimen ano-rectal soient systématiquement acheminés pour détecter les génotypes L₁₋₃ associés au LGV à moins que la requête spécifie une demande de recherche de LGV à cause d'un syndrome clinique compatible ou d'un contact avec un cas de LGV.

- De façon générale, il est considéré que les infections à *Chlamydia trachomatis* **non-LGV** sont le plus souvent asymptomatiques. Pour ce qui est de la LGV, il est traditionnellement considéré que ces infections sont symptomatiques. L'infection rectale à *Chlamydia trachomatis* non-LGV a été sujet d'intérêt depuis quelques années. Ainsi, depuis l'émergence de la LGV chez les HARSAH, plusieurs études ont été réalisées pour mieux documenter l'émergence de cette infection de même que les infections rectales à *Chlamydia trachomatis* non-LGV.
- Dans une étude aux Pays-Bas, 27,2 % des cas de LGV ano-rectale étaient asymptomatiques chez des HARSAH^{FFFF}. Les auteurs recommandent un génotypage systématique de tous les résultats positifs de tests de CT faits à partir de spécimens ano-rectaux.
- Une étude allemande rapporte aussi plusieurs LGV asymptomatiques, soit 53,3 % (8/15) des cas de LGV^{GGGG}. Les auteurs recommandent un génotypage systématique de tous les résultats CT rectal positifs.
- Par ailleurs, des études australiennes ont retrouvé une absence ou une très faible prévalence de LGV chez des HARSAH asymptomatiques^{HHHH,IIII}.
- Une étude américaine^{JJJJ} conclut à un faible réservoir de LGV asymptomatique chez les HARSAH, et ne recommande pas un génotypage de tous les cas de chlamydia rectale asymptomatiques. Dans cette étude 5 % des LGV rectales étaient asymptomatiques. Par ailleurs, parmi les cas de chlamydia rectale non-LGV, 16 % étaient symptomatiques.
- Dans une autre étude américaine^{KKKK}, parmi les cas de CT rectale, 8,2 % avaient un génotypage L₁₋₃ (LGV) et parmi ceux-ci, 17 % étaient asymptomatiques. Par ailleurs, 31 % des cas d'infections rectales de chlamydia non-LGV étaient symptomatiques. Les auteurs recommandent de revoir les recommandations quant au dépistage de CT au niveau rectal chez les HARSAH.
- Dans les études précitées, la proportion de LGV parmi les cas de CT positif sur spécimen ano-rectal (détection systématique de clientèle clinique ITS) était variable : par exemple on rapporte une moyenne de 1,2 % entre 2005-2012 dans de Vrieze, mais proportion augmente depuis 2011, et une proportion de 16,5 % dans Haar.
- Dans une préoccupation d'optimiser la surveillance du LGV, la Colombie-Britannique a réalisé un projet pilote au début 2012 visant à offrir une détection systématique de CT à partir de spécimens extragénitaux auprès d'HARSAH de cliniques ITSS à Vancouver, symptomatiques et asymptomatiques. Pendant une période de 6 mois, 1200 HARSAH ont ainsi eu un dépistage CT et

^{FFFF} De Vrieze NH et collab. Anorectal and inguinal lymphogranuloma venereum among men who have sex with men in Amsterdam, the Netherlands : trend over time, symptomatology and concurrent infections. Sex Transm Infect 2013 Feb 20.

^{GGGG} Haar et collab. Lymphogranuloma venereum in men screened for pharyngeal and rectal infection, Germany. Emerg Infect Dis 2013, Mar; 19(3) :488-92.

^{HHHH} Templeton et coll. Lymphogranuloma venereum is rare in Australian community-based samples of men who have sex with men. Sex Health 2011 Jan ; 38 (1) 48-9.

^{IIII} Templeton et collab. Prevalence and predictors of lymphogranuloma venereum among men who have sex with men at a Sydney metropolitan sexual health clinic. Sex Health 2013 Apr ; 10(2) 190-1.

^{JJJJ} Ward et collab. The prevalence of lymphogranuloma venereum infection in men who have sex with men results of a multicentre case finding study. Sex Trans Infect 2009 Jun 85, 173-5.

^{KKKK} Annan et collab. Rectal chlamydia – a reservoir of undiagnosed infection in men who have sex with men. Sex Transm Infect 2009 Jun 85 : 176-9.

NG au niveau pharyngé et rectal. Parmi les tests faits sur spécimen ano-rectaux, 10 % étaient positif pour CT. Aucun LGV asymptomatique n'a été détecté et le projet pilote a été cessé face à cette observation^{LLLL}.

- Une étude rétrospective a été réalisée à la clinique médicale L'Actuel. Toutefois les données disponibles ne portent que sur les caractéristiques des CT anal non L. Dans cette analyse, 39 % des cas de chlamydia rectale non-LGV avaient des symptômes^{MMMM} (Demande acheminée à L. Charest pour savoir s'ils ont des données LGV dans la même analyse...)
- Au Québec, une compilation des résultats d'analyse de CT effectués à partir de spécimens ano-rectaux^{NNNN} a mis en évidence que 7 % de CT positifs étaient de génotype L₁₋₃ (LGV). Par contre, cette analyse ne spécifie pas les caractéristiques de ces cas, notamment s'ils étaient symptomatiques ou non.

Impacts potentiels de la recherche des génotypes L₁₋₃ (LGV) limitée aux TAAN réalisés à partir d'un spécimen ano-rectal avec résultat positif pour CT, ET mention de tableau clinique compatible ou mention d'un contact d'un cas connu de LGV. (C'est-à-dire que les spécimens ano-rectaux avec résultats positifs de TAAN pour CT réalisés dans un contexte de dépistage ne seraient pas acheminés pour génotypage.)

- Sous-estimation de l'incidence du LGV (selon fréquence de LGV asymptomatique ou si les renseignements cliniques ne sont pas mentionnés dans la requête)
- Traitement non approprié de ces cas puisque le traitement du LGV est différent du traitement de l'infection à *Chlamydia trachomatis* non-LGV. Certains auteurs recommandent d'ailleurs un traitement couvrant le LGV pour les cas de chlamydia anal si un génotypage n'est pas fait.

^{LLLL} Communication personnelle, 3 juin 2013, Travis Halway Hottes, épidémiologiste, BC center for disease control.

^{MMMM} Charest *et al.* Anal nonL Chlamydia trachomatis infection in men who have sex with men, at l'Actuel, Montréal, Quebec. Sex Transm Infect July 2011 Vol 87 Suppl 1 A144 (Abstract ISSTD 2011).

^{NNNN} Murphy D. Présentation au CALI, décembre 2012.

www.inspq.qc.ca

