

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec: Résurgence chez les Harsah depuis 2013

C.-A. Boutin¹, S. Venne², M. Fiset², D. Murphy³, C. Martineau^{1,3}, J. Longtin³, C. Fortin^{1,3}, A.-C. Labbé^{1,3}

1. Département de microbiologie, infectiologie et immunologie, Université de Montréal, Montréal, QC; 2. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Montréal, QC; 3. Institut national de santé publique du Québec, Montréal, QC.



INTRODUCTION

- La LGV est un syndrome causé par *C. trachomatis* de génotype L1, L2 ou L3 (L₁₋₃) transmissible sexuellement, peu rapporté dans les pays industrialisés avant le 21^e siècle. Depuis, des éclosons ont été décrites chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) dans plusieurs pays.
- Alors que moins de 2 cas par an de LGV étaient déclarés au Québec avant 2005, 69 cas ont été déclarés en 2005-2006, puis 9 cas/an de 2007 à 2012. Une augmentation marquée est survenue à partir de 2013 avec 49 cas, suivis de 61 en 2014, 105 en 2015 et 124 en 2016.

OBJECTIF

- Décrire l'épidémiologie et les facteurs de risque associés aux cas de LGV survenus au Québec en période de résurgence, de 2013 à 2016.

MÉTHODES

- Les données relatives aux déclarations de LGV, colligées et anonymisées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) de 2013 à 2016, ont été extraites du portail de l'Infocentre de l'INSPQ.
- Les questionnaires recueillis dans le cadre de la vigie renhaussée ont été transmis au Bureau de surveillance et de vigie (BSV) du MSSS pour analyse, en collaboration avec le Service de lutte contre les ITSS (SLITSS).
- Les définitions nosologiques actuelles sont présentées au tableau 1. Il est à noter que la sérologie a été retirée des définitions de cas probable en 2016.

Tableau 1. Définitions nosologiques de la LGV au Québec (2016)

Cas confirmé	Cas probable
<ol style="list-style-type: none"> <i>C. trachomatis</i> <ul style="list-style-type: none"> isolé d'un spécimen clinique approprié, ou Détecté par technique d'amplification 	<ol style="list-style-type: none"> Présence de <ul style="list-style-type: none"> Rectite, ou Lymphadénopathie inguinale ou fémorale, ou Contact sexuel avec un cas confirmé
ET	ET
2. Confirmation du génotype L ₁₋₃	2. Au moins un test de détection positif pour <i>C. trachomatis</i>

- Pour la recherche de génotype associé à la LGV, un échantillon clinique positif par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour *C. trachomatis* est acheminé au laboratoire de référence pour génotypage par PCR multiplexe et, lorsque positif pour LGV, séquençage au Laboratoire national de microbiologie.

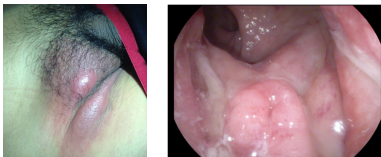


Figure 1. Manifestations cliniques de la LGV. Gauche: lymphadénopathie inguinale (signe du sillon); Droite: inflammation de la muqueuse visualisée par colonoscopie. Source: Dr Neil Gaur

RÉSULTATS

- De 2013 à 2016, 338 cas masculins ont été déclarés (excluant 1 cas transsexuel), majoritairement des HARSAH (99%), d'âge moyen de 41 ans.
- Les cas provenaient surtout de Montréal (81%).
- La majorité des cas était symptomatique (78%); les syndromes les plus fréquents incluent la rectite, l'ulcération/papule et la lymphadénopathie (Figure 2).
- Tel que détaillé au Tableau 2:
 - La plupart (83%) rapporte ≥ 4 partenaires sexuels durant la dernière année, majoritairement rencontrés par l'entremise de l'internet et des saunas.
 - Les antécédents d'ITSS et d'utilisation de drogue étaient fréquents:
 - Majoritairement des PVVH (83%);
 - Avec consommation croissante de Crystal Meth.
 - Alors que 38% des cas déclarés rapportaient avoir eu des relations avec des résidents hors province en 2005-2012, cette proportion est passée à 27% en 2013-2016 (p=0.07).
 - Une proportion importante (20%) de réinfections est notée, avec un nombre élevé de partenaires, d'antécédents d'ITSS et d'utilisation de drogue.

RÉSULTATS (SUITE)

Figure 2. LGV chez les hommes de 15 à 74 ans au Québec de 2005 à 2016: Taux annuel ajusté par 100 000 personnes-année (p-a)

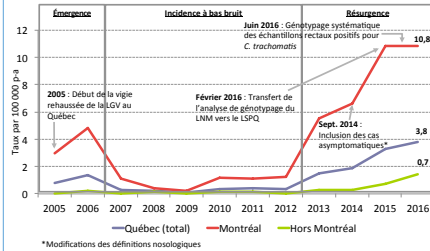
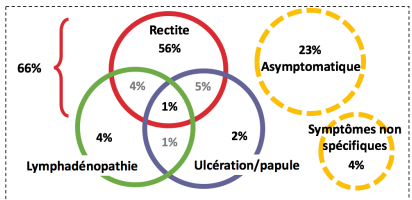


Tableau 2. Manifestations cliniques des cas de LGV (n=303*), Québec, 2013 à 2016

	2013-2015 n=215		2016 n=123		p
	n	%	n	%	
Asymptomatique	37	18%	32	32%	p=0.006
Non-spécifique seulement**	6	3%	6	6%	NS
Syndrôme spécifique***	150	79%	62	62%	p=0.002
Rectite	141	69%	60	60%	NS
Lymphadénopathie	23	11%	7	7%	NS
Ulcération/papule	25	12%	4	4%	NS

*Information manquante pour 35/338 patients (12 en 2013-2015 et 23 en 2016).
** Les syndromes non-spécifiques incluent: malaise/fatigue, écoulement urétral, dysurie, arthralgie, fistule anale et épididymite.
*** Certains patients ont présenté plus d'un syndrome spécifique (n=35).

Figure 3. Manifestations cliniques des cas de LGV (n=303)*, Québec, 2013 à 2016



*Note: Parmi les 338 cas, la présentation clinique était connue pour 303 épisodes. Un total de 69 cas était asymptomatique.

Tableau 3. Facteurs de risque associés aux cas de LGV, Québec, 2013 à 2016

	2013-2016 (Total) Ct (Total)		2013-2016 (Total) Ct (Total)	
	n	%	n	%
Histoire d'ITSS*				
Au moins une	286/295	97%	138	57%
VIH	210/252	83%	50	21%
Syphilis	183/226	81%	48	20%
Gonorrhée	165/211	78%	43	18%
VHB	117/102	11%	28	12%
VHC	117/106	10%	27	11%
Durant les 12 derniers mois:				
Nombre de partenaires				
1 à 3	34	17%	10	4%
4 à 10	70	34%	5	2%
11 à 20	55	27%	10	4%
>20	46	22%	13	5%
Contexte de rencontre*				
Nouveau partenaire	114/119	96%	56	27%
Partenaires anonymes	82/98	84%		
Client de travailleur du sexe	8/191	4%		
Travailleur du sexe	10/196	5%		
Sauna	136/186	73%		
Internet/Applications	136/177	77%		
Club/bar	40/115	35%		
Drogue				
Au moins une				
Crystal Meth			50	21%
Hash-pot			48	20%
Ecstasy			43	18%
Cocaine			28	12%
Poppers			27	11%
Speed			23	10%
GHB			12	5%
Kétamine			10	4%
Crack			5	2%
Héroïne			1	0%
Drogue injectable			10	4%
Non rapporté			13	5%
Relation avec résident hors province				
Au moins une			56	27%

*La proportion pour laquelle l'information est connue diffère pour chacune des variables.
** Patients avec ré-infections inclus plus d'une fois.
ATCC: antécédent; ITSS: infection transmissible sexuellement; VIH: virus de l'immunodéficience humaine; VHB: virus de l'hépatite B; VHC: virus de l'hépatite C.

Tableau 4. Spécimens cliniques reçus au LSPQ pour le génotypage de la LGV, 2013 à 2016*

Années	Spécimens positifs pour C. trachomatis, n	Génotypable par multiplex PCR, n	Génotypes non-LGV, n (%)	Génotypes LGV, n (%)	Génotype spécifique identifié par séquençage		
					L2b	L2	Non disponible
2013	424	414	363 (88)	51 (12)	40	2	0
2014	540	534	475 (89)	59 (11)	55	4	0
2015	670	656	536 (82)	120 (18)	107	4	9
2016	1249	1199	1070 (89)	129 (11)	124	0	5
Total	2883	2803	2444 (87)	359 (13)	335	10	14

*Hauts faits les hommes et femmes, avec séquençage de référence de la région de la sérologie avant novembre 2016.
1) Certains cas de LGV ont été déclarés sur la base de la sérologie avant novembre 2016.
2) Certains patients ont eu plus d'un spécimen positif.
3) Il est possible que certains cas de LGV n'aient pas été inclus dans le programme de surveillance provinciale.

RÉSULTATS (SUITE)

Figure 4. Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois à Montréal, hors Montréal et au Québec, 2013 à 2016 (n=240)

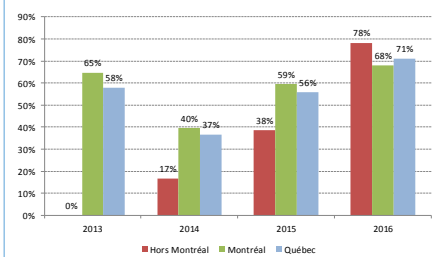


Tableau 5. Traitement des cas de LGV, Québec, 2013-2016 (n=288)

	2013-2016 (Total) n=338		2013-2015 n=215		2016 n=123		p
	n	%	n	%	n	%	
Traitement*							
Approprié**	221	77%	144	74%	77	82%	NS
Première prescription	189	66%	119	61%	70	74%	p=0.03
Deuxième prescription	32	11%	25	13%	7	7%	NS
Inapproprié	67	23%	50	26%	17	18%	NS

Note: Première et deuxième prescriptions (s'il y a lieu), remises au patient après le test d'identification (dépistage, diagnostique ou suite à un contact avec un cas de LGV).
*Information manquante chez 50/338 patients.
**Traitement approprié: Doxycycline pendant 21 jours.

CONCLUSION

- Malgré les limites inhérentes associées à un programme de surveillance provinciale, incluant des données manquantes et la standardisation imparfaite dans la collecte d'information, plusieurs constats peuvent tout de même être faits.
- L'écllosion actuelle de LGV au Québec touche essentiellement une population composée d'HARSAH, majoritairement des personnes infectées par le VIH, rapportant plusieurs facteurs de risque (antécédents d'ITSS, nombre élevé de partenaires et consommation de drogues).
- La proportion croissante des cas asymptomatiques est expliquée en partie par la modification nosologique de 2014, où le résultat de génotypage L₁₋₃ a été considérée suffisante pour retenir le cas, ainsi que par l'implantation d'un génotypage systématique des échantillons rectaux positifs pour *C. trachomatis* au Québec en 2016.
- Le taux de réinfection étant important à Montréal et la transmission considérée sporadique à l'extérieur de Montréal, l'hypothèse d'une sous-population à risque est suggérée.
- Une diminution des rapports sexuels avec des résidents hors province en période de résurgence pointe vers une transmission active au sein du Québec.
- Un nouvel outil clinique pour les cliniciens et collaborateurs est maintenant disponible sur le site msss.gouv.qc.ca

RECRUESCENCE DE LA LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE AU QUÉBEC: DÉTECTION ET TRAITEMENT

RÉFÉRENCES

- MSSS, Définitions nosologiques pour les maladies infectieuses, 10^e édition, Mise à jour octobre 2016
- Labbé, Annie-Claude et coll., Lymphogranulomatose vénérienne: avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec, INSPQ, 2015.
- MSSS. Recrudescence de la Lymphogranulomatose vénérienne au Québec: Détection et traitement. Gouvernement du Québec, 2017.

REMERCIEMENTS

- Infirmiers(ières) de Santé publique, médecins collaborateurs et directeurs de santé publique pour l'enquête épidémiologique
- Médecins cliniciens ayant détecté et effectué le suivi médical des cas MSSS et SLITSS pour la collecte et l'analyse des données
- Membres du groupe de travail LGV du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CAL) de l'INSPQ
- Laboratoires des établissements du réseau de la santé, LSPQ et LNM pour la réalisation des analyses permettant la détection de la LGV