



LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Québec, 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2016

**Portrait épidémiologique réalisé à partir des résultats
de la vigie rehaussée en cours au Québec depuis 2005**

Novembre 2017

Ce document a été réalisé dans l'optique d'une lecture à l'écran ou sur papier.

AUTEURS

Marc Fiset, agent de recherche et de planification, Direction de la vigie sanitaire,
Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, MSSS

Sylvie Venne, médecin-conseil, Direction de la lutte contre les ITSS
Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé, MSSS

COLLABORATEUR

Annie-Claude Labbé, microbiologiste-infectiologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal,
présidente du Comité sur les Analyse de Laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) de l'Institut National de Santé publique du
Québec.

CONTENU

- **Cadre** : Vigie rehaussée des LGV, comme convenu à la TCNMI (2006)
- **Ce document contient 5 sections** :
 1. Informations générales sur la LGV
 2. Méthodologie
 3. LGV en trois temps : Émergence : 2005-2006, Incidence à bas bruit : 2007-2012, Résurgence : 2013 au 31 décembre 2016
 4. Analyses descriptives complémentaires : épisodes de LGV validés entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2016
 5. Données préliminaires pour 2017
 6. Recommandations

ACRONYMES

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

BSV : Bureau de surveillance et de vigie, direction de la protection de la santé publique, MSSS

CALI : Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS, INSPQ

CT : *Chlamydia trachomatis*

CITSS : Comité sur les ITSS, INSPQ

DSPublique : Direction de santé publique

EQSP : Enquête québécoise sur la santé de la population

HARSAH : Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

GQDITSS : Guide québécois de dépistage des ITSS

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPPAP : Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires sexuels

ISQ : Institut de la statistique du Québec

ITS : Infection transmissible sexuellement

ITSS : Infection transmissible sexuellement et par le sang

LGV : Lymphogranulomatose vénérienne

LNM : Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg (ASPC)

MADO : Maladie à déclaration obligatoire

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

P.Québec : Province de Québec

PVVHC : Personne vivant avec le virus de l'hépatite C

PVVIH : Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

RSS : Région sociosanitaire

TAAN : Test d'amplification des acides nucléiques

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

AVIS SUR LA LGV DE L'INSPQ

Fin 2015, le CALI de l'INSPQ a produit un avis sur la LGV auquel ce document fait référence :

Labbé, Annie-Claude, *et coll.*, « Lymphogranulomatose vénérienne : avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec », Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2130_lymphogranulomatose_venerienne.pdf, décembre 2015.

Le texte qui suit fait référence à l'avis par la mention : ***Avis LGV, INSPQ, 2015.***

OUTIL CLINIQUE SUR LA LGV

En octobre 2017, le MSSS a publié un outil clinique sur la LGV, produit à partir de l'avis de l'INSPQ, auquel ce document fait référence : MSSS. Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec: détection et traitement

L'outil présente, entre autres, les modes de transmission, les manifestations cliniques, les prélèvements et analyses ainsi que les traitements recommandés tant pour la personne atteinte que pour ses partenaires

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001956/>

Le texte qui suit fait référence à l'outil par la mention : ***Outil LGV, MSSS, 2017.***



Section I

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LA LGV

- TABLEAU CLINIQUE
- DURÉE DE L'INFECTION
- COMPLICATIONS
- PÉRIODE D'INCUBATION
- PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ
- RÉSERVOIR
- MODES DE TRANSMISSION
- ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE
- TRAITEMENTS
- DÉFINITION NOSOLOGIQUE (MADO)

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Étiologie	Infection bactérienne causée par <i>Chlamydia trachomatis</i> (CT), génotypes L1, L2 et L3.
Tableau clinique	<p>Au Québec, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) affecte particulièrement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et, de façon exceptionnelle, les femmes et la population hétérosexuelle.</p> <p>En général, l'infection se manifeste d'abord à la région anogénitale, puis elle atteint le tissu lymphoïde. L'infection peut être asymptomatique. Non traitée, la LGV peut évoluer en trois stades :</p> <p>LGV primaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petite papule non douloureuse au site d'inoculation pouvant devenir ulcérate et qui passe souvent inaperçue, située sur les organes génitaux (vulve, vagin, col utérin, pénis, etc.), dans l'urètre, l'anus, le rectum ou dans la cavité orale. • Autres syndromes clinique : urétrite, rectite et cervicite. <p>LGV secondaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adénopathie inguinale ou fémorale douloureuse généralement unilatérale. Initialement, les ganglions sont sensibles et légèrement plus gros, puis évoluent en une masse inflammatoire, au sein de laquelle un abcès appelé bubon, peut se former. Les bubons peuvent s'ouvrir et sécréter un pus crémeux blanchâtre. La séparation des ganglions inguinaux et fémoraux par le ligament inguinal produit le signe du sillon classiquement associé à la LGV. • Rectite hémorragique aiguë pouvant s'accompagner d'écoulements muqueux, purulents ou sanguins de l'anus, de douleurs anales et de ténésme, avec ou sans constipation. • S'accompagne souvent de symptômes systémiques comme une fièvre, des frissons, des malaises, des myalgies et des arthralgies. <p>LGV tertiaire</p> <p>Chez 10 à 20 % des cas non traités, la LGV devient chronique. Des lésions inflammatoires qui entraînent des cicatrices peuvent apparaître :</p> <ul style="list-style-type: none"> • obstruction lymphatique causant un éléphantiasis génital; • sténoses ainsi que fistules génitales et rectales.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Durée de l'infection	<p>Les lésions du stade primaire disparaissent d'elles-mêmes en quelques jours.</p> <p>Les lésions de stade secondaire peuvent persister de plusieurs semaines à plusieurs mois.</p> <p>La majorité des personnes atteintes guérissent spontanément après le stade secondaire.</p>
Complications	<p>En absence de traitement, les complications sont liées au stade tertiaire. Ces complications, une fois établies, peuvent ne pas être complètement réversibles malgré le traitement entrepris.</p>
Période d'incubation	<p>LGV primaire : de 3 à 30 jours après le contact infectieux.</p> <p>LGV secondaire : de 2 à 6 semaines après le stade primaire.</p> <p>LGV tertiaire : peut se manifester plusieurs années après l'infection initiale.</p>
Période de contagiosité	<p>Une personne infectée et non traitée peut être contagieuse durant plusieurs semaines ou parfois plusieurs mois après avoir contracté l'infection.</p> <p>Chez les personnes traitées, la transmission est possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à la fin du traitement; • jusqu'à la résolution des signes et symptômes en présence de lésions causées par la LGV.
Réservoir	<p>L'être humain.</p>
Modes de transmission	<p>Dans un contexte sexuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • contact avec des sécrétions génitales infectées; • contact direct avec les exsudats des lésions de la peau ou des muqueuses. <p>Transmission de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement.</p>

Adapté de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, **Guide québécois de dépistage des ITSS, Fiche clinique**. Lymphogranulomatose vénérienne, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, **Juillet 2016**, en ligne <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>

Autres sources: Avis LGV, INSPQ, 2015 et Outil LGV, MSSS, octobre 2017

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Analyses de biologie médicale

Avis LGV, INSPQ, 2015

Outil LGV, MSSS, 2017

En présence de symptômes ou de lésions suggestifs de LGV :

- Déterminer les prélèvements à effectuer selon la présentation clinique et le stade de l'infection.
- Procéder à un prélèvement par écouvillonnage d'une lésion, à un prélèvement urinaire, à un prélèvement par écouvillonnage anorectal, urétral, vaginal ou cervical, ou à un prélèvement par l'aspiration d'un bubon.

Partenaires sexuels d'une personne infectée par le LGV :

- Tous les sites exposés devraient être prélevés, incluant le pharynx (si exposition orale).

Après la détection de *C. trachomatis*, une analyse subséquente est requise pour identifier la présence ou l'absence d'un génotype responsable de la LGV (L1, L2, L3) et permet de confirmer que l'infection est causée par la LGV. L'identification précise du génotype en cause (L1, L2 ou L3) nécessite des analyses supplémentaires (séquençage). La recherche de LGV est effectuée lorsque la situation clinique le justifie :

- En mai 2016, le LSPQ a informé les laboratoires qu'il était dorénavant en mesure de génotyper (par TAAN multiplexe) tous les spécimens anorectaux pour lesquels un résultat de TAAN est positif pour *C. trachomatis*. Les laboratoires ont été invités à acheminer rapidement tous ces spécimens au LSPQ pour que le résultat soit utile pour le suivi clinique de la personne infectée.
- Pour les autres types de spécimens avec TAAN positif pour *C. trachomatis* le LSPQ fera la recherche de génotype LGV seulement si la justification clinique est précisée dans le formulaire de demande d'analyse de laboratoire soit : 1) contact d'un cas connu de LGV ou 2) présence de symptômes ou signes suggestifs de LGV.
- En présence d'un résultat de génotypage LGV positif, le génotype précis peut être identifié par un séquençage de l'ADN réalisé au LNM.

Note : Consultez votre laboratoire serveur afin de connaître les tests disponibles dans votre milieu et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Traitement

Avis LGV, INSPQ,
2015

Outil LGV, MSSS,
2017

Traitement de la LGV symptomatique :

10.3.1.4. Recommandations

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.

Traitement de la LGV asymptomatique :

10.3.2.2. Recommandations

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.

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, une dose unique ou doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours). Étant donné les délais avant l'obtention des résultats du génotypage LGV, il est possible 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, 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.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Traitement

Avis LGV, INSPQ,
2015

Outil LGV, MSSS,
2017

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

10.3.3.2 Recommandations

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 devrait être :

- 1er 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.
- 2e 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.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Définition nosologique de la LGV

Mise en œuvre
Juin 2014¹

Échue en
Octobre 2016

Cas confirmé¹

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) résultat positif à au moins 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).

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 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 .

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 LGV et ceux qui sont associés aux autres infections. Tout résultat positif à l'un de ces tests de détection doit être confirmé par un des tests spécifiques mentionnés au point 2 de la définition de cas confirmé.

Définitions nosologiques, 10^e édition, Comité des définitions nosologiques, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2015

1) Avant Juin 2014, la présence de manifestations cliniques était requise pour le cas confirmé. La modification de juin 2014 a été mise en œuvre par les DSPublique à cette date mais incluses au recueil en juin 2015.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Définition nosologique de la LGV

Mise en œuvre
Octobre 2016

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) Isolement ou détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié; **et**
- 2) Confirmation de la présence d'un géotype associé à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV)¹.

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) Isolement ou détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié.

Note explicative :

1. Après la détection de *C. Trachomatis*, une analyse par PCR permet de constater la présence ou l'absence d'un géotype responsable de la LGV sans l'identifier. Cette analyse permet donc de confirmer un épisode de LGV. Après confirmation d'un géotype associé à la LGV, des analyses subséquentes, tel que le séquençage de l'ADN ou la cartographie différentielle de restriction (restriction fragment length polymorphism [RFLP]), précisent le géotype (L1, L2 ou L3) en cause.



Section II

Méthodologie

- ANALYSE DES DONNÉES
- SOURCES DE DONNÉES ET NOMBRE D'ÉPISODES RETENUS
- CARACTÉRISATION ET VENTILATION DES CAS
- LIMITES À L'INTERPRÉTATION ET AJUSTEMENTS
- RÉPONSES INCONNUES – MISE EN GARDE

MÉTHODOLOGIE

La collecte et l'analyse des données sont réalisées dans le cadre de la vigie rehaussée de la LGV, mise en place au Québec depuis l'émergence de cette infection en 2005.

Note : Ce document traite des cas¹ validés plutôt que des cas déclarés. Les DSPublique valident les déclarations reçues en respect d'une définition nosologique et leur attribue un statut de validation (confirmé, probable). Certaines déclarations pourraient ne pas être validées.

○ Analyse des données

- Type d'étude : descriptive. Un devis descriptif ne permet pas de tirer des conclusions sur la causalité d'une association trouvée entre deux variables.
- **Le fichier MAD0** (données obtenues par l'Infocentre) contient l'ensemble des cas validés par les DSPublique depuis le 1^{er} janvier 2005. Il permet, entre autres, de valider la proportion de formulaires reçus en regard des cas validés, de corroborer les données des formulaires d'enquête reçus (âge, région, sexe, etc.), d'identifier les réinfections potentielles, de compléter certaines données lorsque manquantes au formulaire d'enquête (ex. : tests de laboratoire).
- **Retrait :** Un cas féminin de 2014 de la région de Montréal (un contact d'un cas probable), qui avait été préalablement retenu comme cas probable, a été retiré de la base de données car il ne répond pas à la définition nosologique. En date du 1 mai 2017, pour la période du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2016 et en excluant ce cas, 465 épisodes de LGV étaient inscrits au fichier MAD0.
- **La base de données des cas dont la date d'épisode est antérieure au 1^{er} janvier 2013** contient les données des formulaires d'enquête reçus au BSV pour les cas validés dont la date d'épisode est du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2012. Il contient 118 enregistrements pour les 125 cas validés et inscrits au fichier MAD0 pour cette période. Considérant l'indisponibilité du personnel qui l'a construit, la non-standardisation des formulaires d'enquête, la codification des données, il a été décidé de limiter l'usage de cette base de données au strict minimum. Les données de cette source utilisées dans les analyses sont : sexe des partenaires, avoir eu une relation sexuelle avec un résident hors Québec au cours des 12 derniers mois et antécédents ITSS.
- **La base de données des cas dont la date d'épisode est incluse dans l'intervalle du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2016** contient les données des formulaires d'enquête reçus au BSV avant le 15 mai 2017 pour les cas validés dans la période mentionnée. Elle contient 309 enregistrements (formulaires) pour les 339 épisodes validés et inscrits au fichier MAD0 pour la période.

Considérant que la grande majorité des cas sont détectés à Montréal en cliniques spécialisées et que ces cliniques utilisent un formulaire d'enquête adapté, ce sont les variables de ce formulaire (aussi présentes dans les autres formulaires) qui ont été retenues pour l'analyse.

1) Un cas correspond à une personne et une infection . Dans ce document cas et épisode sont synonymes.

MÉTHODOLOGIE

o Caractérisation et ventilation des cas

- **Les analyses portent uniquement sur les cas masculins**, considérant que 99 % (461/465) des cas validés depuis janvier 2005 sont des hommes.
- **Les cas exclus des analyses** : Deux cas féminins et un cas transsexuel, présentés de façon spécifique, et un cas probable déclaré de façon anonyme en 2008 pour lequel le sexe et l'âge du cas sont inconnus ont été exclus des analyses. La répartition annuelle pour l'ensemble des cas depuis 2005 est fournie.

- **Les cas sont ventilés selon qu'ils sont validés lors d'une flambée ou non**. Un seuil de flambée a été fixé de façon empirique à plus de 6 déclarations de LGV sur 3 mois consécutifs. Ainsi, 3 périodes distinctes sont observées et 2 répondent au critère proposé de flambée. Ces périodes sont nommées *Émergence* et *Résurgence*. Une période intercalaire, alors que l'incidence s'est maintenue sous le seuil de flambée est nommée *Incidence à bas bruit*. Pour la période d'émergence, le seuil de flambée a été franchi au cours du mois de mai 2005 et l'incidence est retombée sous ce seuil en novembre 2006. Pour la période résurgence, le seuil de flambée a été franchi en février 2013.

Pour simplifier la compréhension, faciliter la mise à jour des données dans la continuité et la comparaison avec d'autres sources de données, les 3 périodes ont été circonscrites aux années civiles suivantes :

- Émergence : 2005 et 2006;
 - Incidence à bas bruit : 2007 à 2012;
 - Résurgence : 2013 et plus.
- **Les hommes sont catégorisés selon le sexe de leurs partenaires.**
Un premier niveau classe les cas selon qu'ils aient rapporté avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes :
 - HARSAH : homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes;
 - hétérosexuel : hommes ayant des relations sexuelles exclusivement avec des femmes.
 Le second niveau classe les HARSAH en deux catégories :
 - HARSAH exclusif : homme ayant des relations sexuelles exclusivement avec d'autres hommes;
 - HARSAH non exclusif : homme ayant des relations sexuelles avec des hommes et des femmes.

MÉTHODOLOGIE

o Caractérisation et ventilation des cas (suite)

- **L'âge des cas est ventilé selon les groupes d'âge suivants (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55+).** Toutefois, pour nuancer l'interprétation, certaines figures présentent une ventilation par groupes d'âge quinquennaux.
- **Les cas sont ventilés selon qu'ils aient rapporté ou non avoir été exposés à des partenaires résidant hors province au cours de la dernière année,** suggérant une acquisition potentiellement liée à un contact hors Québec. Dans les faits, cette variable est la fusion des variables « Endroit où le partenaire a voyagé » et « Endroit de résidence du partenaire » lorsque le cas a répondu dans l'affirmative à la question « Relation sexuelle au cours des 12 derniers mois avec un(e) partenaire qui réside habituellement à l'extérieur du Québec ».

Dans le texte, l'expression « Relation avec un résident hors province » est synonyme de « Relation avec un partenaire résidant hors province au cours de la dernière année ».

- **Les cas sont ventilés selon les régions de résidence Montréal et le reste du Québec** (toutes les régions sociosanitaires autres que Montréal); « Hors Montréal » et « reste du Québec » sont synonymes.
- **À partir de l'information sur un antécédent rapporté d'infection par le VIH, les cas sont ventilés selon qu'ils sont des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ou non.**
- **Réinfections potentielles.** Pour tous les épisodes enregistrés entre 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2016, une procédure a été appliquée à la base de données MADO pour identifier les épisodes *dupliqués* (de même date de naissance et de même sexe, dont les dates d'épisode sont différentes) qui, après validation auprès des DSPublique, sont assimilés à des épisodes survenus chez une même personne. La procédure a vérifié la présence d'autres épisodes survenus chez une même personne entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2016. Ces épisodes sont considérées comme étant des **réinfections potentielles** si l'intervalle entre les deux épisodes est plus grand ou égal à 90 jours. Les réinfections sont dites potentielles car la résolution de l'infection n'est pas documentée.

Un intervalle minimum de 3 semaines doit être respecté pour qu'un nouvel épisode puisse être enregistré pour une même personne dans le fichier des MADO. Les situations où plus d'un épisode était identifié pour une même personne dans un délai de moins de 90 jours ont été analysées au cas par cas.

MÉTHODOLOGIE

- **Attribution des antécédents d'ITSS** : Après avoir validé la survenue de plus d'un épisode pour une même personne, les antécédents d'ITSS rapportés pour ces cas lors d'un épisode antérieur ont été attribués aux épisodes plus récents lorsque non rapportés sur les formulaires des épisodes récents. Des antécédents d'ITS ont ainsi été ajoutés pour 7 épisodes.
- **Tous les taux présentés sont compilés pour 100 000 personnes-année.**
- **Les analyses ont été produites sur Excel, des proportions ont été comparés par χ^2 (Epi Info version 7.2.0.1).**
- **Limites à l'interprétation et ajustements**
Les principales limites à l'interprétation sont :
 - l'absence de standardisation des formulaires d'enquête d'une DSPublique à l'autre et dans le temps;
 - le nombre très élevé de réponses « inconnu ».
 Ces problématiques ont été décrites dans le rapport : « Lymphogranulomatose vénérienne Québec, 1^{er} janvier 2005 au 31 août 2014. Portrait épidémiologique au 1^{er} juin 2015, Direction de la protection, MSSS ». Veuillez vous y référer pour plus amples détails.
Les problématiques et les ajustements spécifiques à certaines variables sont discutés à la présentation de celles-ci.

RÉPONSES INCONNUES - MISE EN GARDE

Étant donné le **nombre élevé de réponses « inconnu »** qui sont considérées comme manquantes et par conséquent ne sont pas incluses dans le dénominateur des rapports (ou proportions) présentés dans ce document, le lecteur doit prendre garde de tirer des conclusions hâtives lorsque, pour un rapport donné, la proportion d'« inconnu » est élevée. En effet, plus la proportion d'« inconnu » est élevée, plus grande sera la probabilité que la proportion valide surestimera ou sous-estimera ce qui devrait être observé dans la population.

Les tableaux et les graphiques fournissent les indications nécessaires pour que le lecteur puisse déterminer la proportion de réponses « inconnue » associée aux variables présentés.

- Le nombre de « **cas validés** » indique le nombre total de cas.
- le « **N** » (expression : N=XXX) précise le nombre de cas pour lesquels l'information est connue (**cas validés MOINS N = nombre de cas inconnus**). « N » est le dénominateur du rapport calculé.
- L'absence d'indication (N=XXX) signifie que la variable ne contient pas d'inconnue. Dans ce cas, « **cas validés** » est le dénominateur du rapport calculé.

Section III

LGV de 2005 à 2016

CETTE SECTION COUVRE 3 PÉRIODES : ÉMERGENCE (2005-2006); INCIDENCE À BAS BRUIT (2007-2012) ET RÉSURGENCE (2013 À 2016)

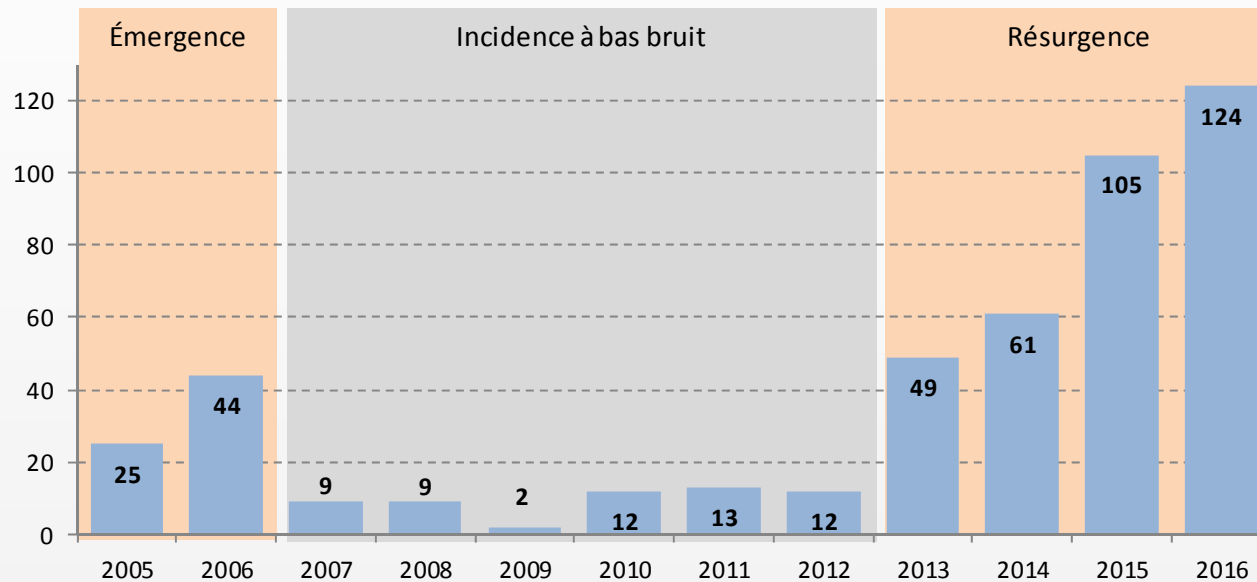
ANALYSES :

- TOTAL DES ÉPISODES SELON L'ANNÉE ET LE LIEU DE RÉSIDENCE
- CAS EXCLUS DES ANALYSES
- CAS MASCULINS SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE
- CAS MASCULINS SELON LE SEXE DES PARTENAIRES
- CAS MASCULINS SELON L'ÂGE
- CAS MASCULINS AYANT EU UNE RELATION SEXUELLE AVEC UN NON-RÉSIDENT DU QUÉBEC, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS
- ANTÉCÉDENTS D'ITSS CHEZ LES CAS MASCULINS
- SYNTHÈSE : LGV DE 2005 À 2016

NOMBRE DE CAS VALIDÉS DE LGV SELON L'ANNÉE ET LE LIEU DE RÉSIDENCE

LGV : Répartition des validés selon l'année, (N = 465)

P.Québec, 2005 à 2016



Source : Fichier MAD0, extraction du 1 mai 2017.

LGV : Répartition des cas validés selon la période,
Montréal, reste du Québec et P.Québec 2005-2016

Régions	Émergence		Incidence à bas bruit		Résurgence		Total 2005-2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Montréal	62	90%	42	74%	275	81%	379	82%
Hors Montréal	7	10%	15	26%	64	19%	86	18%
P.Québec	69	100%	57	100%	339	100%	465	100%

Source : Fichier MAD0, extraction du 1 mai 2017.

CAS EXCLUS DES ANALYSES

Attention :

Quatre cas ont été exclus des analyses, soit trois pendant la période d'incidence à bas bruit et un pendant la période de résurgence : un cas validé de 2008 pour lequel l'âge et le sexe sont inconnus, deux cas féminins et un cas transsexuel, sommairement décrits ci bas. Aussi, pour les analyses subséquentes, seuls les hommes seront retenus (N = 461).

Depuis janvier 2005, on dénombre 2 femmes :

- Femme de 20-25 ans, cas déclaré en 2008, résidant à l'extérieur de Montréal.
 - Cas probable: sérologie positive, manifestation clinique: Papule génitale/lésion.
 - Hétérosexuelle, pas de multiples partenaires.
 - Elle aurait acquis l'infection avec un résident des États-Unis lors d'une relation non protégée.
 - En raison du test de détection (sérologie), ce cas n'aurait pas été validé selon la définition nosologique actuelle.
- Femme de 25-29 ans, cas déclaré en 2012, résidant à l'extérieur de Montréal.
 - Cas confirmé : TAAN positif, séquençage de l'ADN (génotype L2b)
 - L'acquisition serait survenue au Québec.
 - Pas d'autre information disponible.

Depuis janvier 2005, on dénombre 1 transsexuel :

- Transsexuel Homme – Femme, cas déclaré en 2016, de Montréal.
- Cas confirmé : TAAN multiplexe positif, génotype non disponible.

Afin de protéger la confidentialité de cette personne aucune autre information n'est rendue disponible.

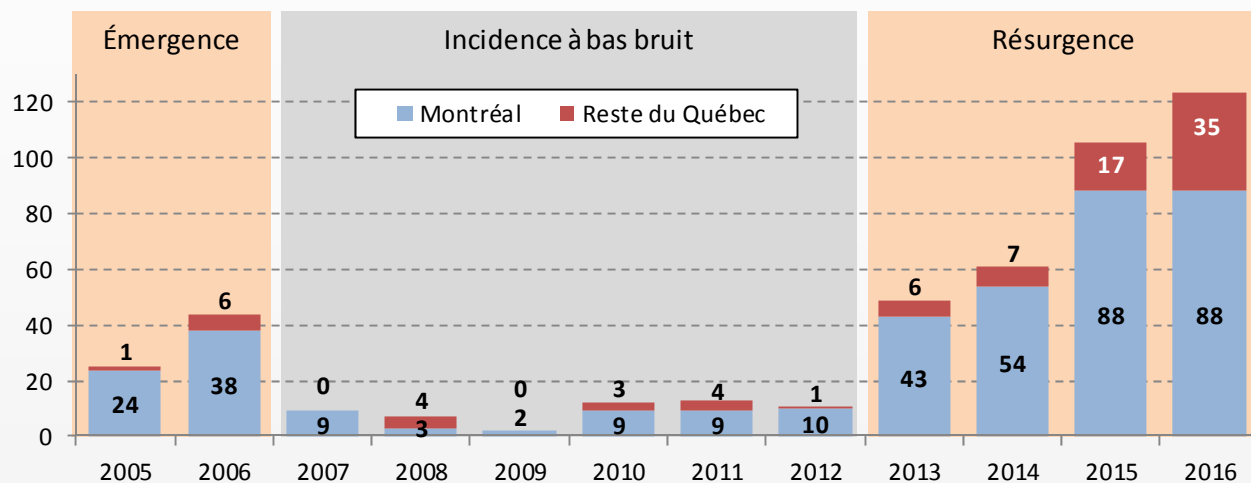
Discussion :

- La survenue de cas féminin pourrait être sous-estimée considérant que 10 cas masculins (2,5 % des cas depuis 2005) avaient des partenaires féminines (2 hommes hétérosexuels et 8 HARSAH non exclusifs).

CAS MASCULINS SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE

LGV : Répartition des cas masculins validés par année (N = 461)

Montréal et reste du Québec, 2005-2016



Source : Fichier MAD0, extraction du 1 mai 2017.

LGV : Répartition des cas validés selon la période,
Montréal, reste du Québec et P.Québec 2005-2016

Régions	Émergence		Incidence à bas bruit		Résurgence		Total 2005-2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Montréal	62	90%	42	78%	273	81%	377	82%
Hors Montréal	7	10%	12	22%	65	19%	84	18%
P.Québec	69	100%	54	100%	338	100%	461	100%

Source : Fichier MAD0, extraction du 1 mai 2017.

CAS MASCULINS SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE

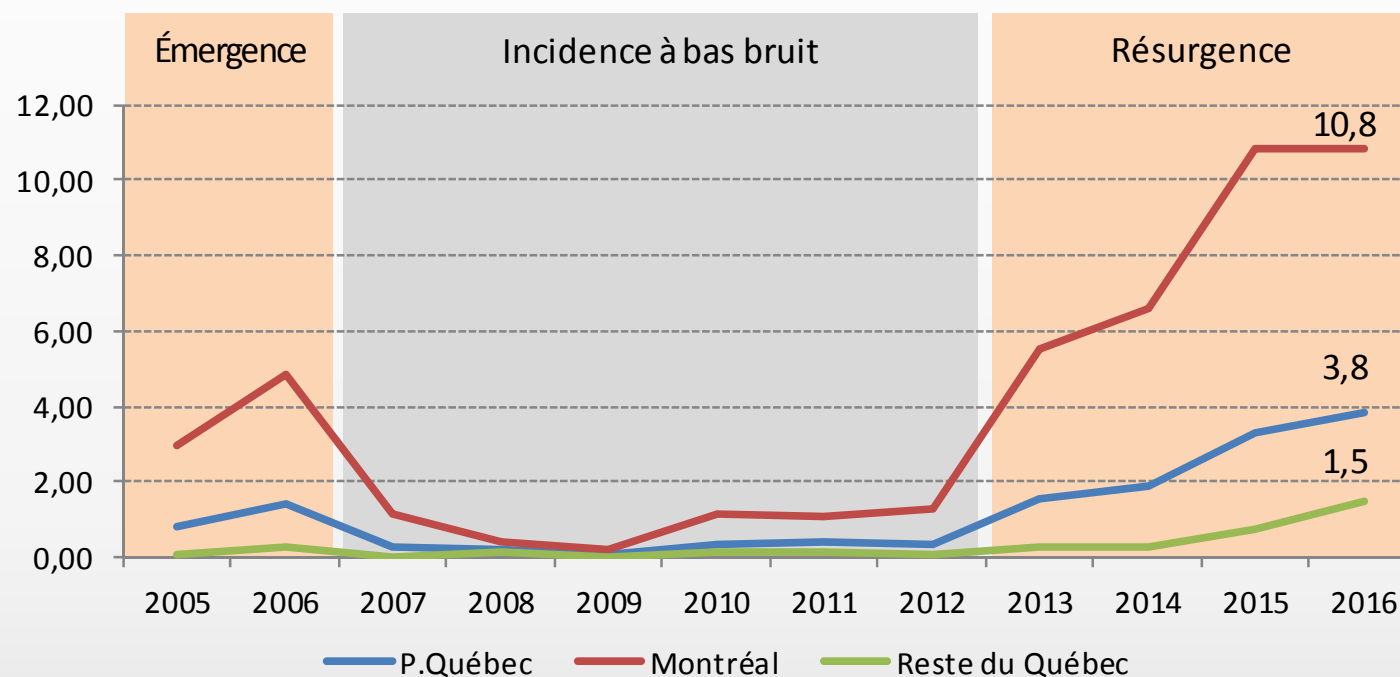
**LGV : Répartition des cas masculins selon la RSS de résidence et la période (N = 461)
Québec, 2005 à 2016**

Régions	Émergence		Incidence à bas bruit		Résurgence		2005 - 2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	1	1%					1	0%
03 Capitale-Nationale			3	6%	7	2%	10	2%
04 Mauricie et Centre-du-Québec			2	4%	1	0%	3	1%
05 Estrie	1	1%			4	1%	5	1%
06 Montréal	62	90%	42	78%	273	81%	377	82%
07 Outaouais					3	1%	3	1%
08 Abitibi-Témiscamingue					1	0%	1	0%
12 Chaudière-Appalaches					6	2%	6	1%
13 Laval	2	3%	2	4%	5	1%	9	2%
14 Lanaudière			3	6%	5	1%	8	2%
15 Laurentides					6	2%	6	1%
16 Montérégie	3	4%	2	4%	27	8%	32	7%
Province de Québec	69	100%	54	100%	338	100%	461	100%

Source : Fichier MAD0, Infocentre, extraction du 1 mai 2017

CAS MASCULINS SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE

LGV : Taux annuel ajusté par 100 000 p.a. chez les hommes de 15 à 74 ans
Montréal, reste du Québec et P.Québec, 2005 à 2016



Sources :

Fichier MAD0, extraction du 1 mail 2017.

Population : Institut de la statistique du Québec, avril 2014

Note : Taux annuel ajusté : méthode de standardisation directe, groupes d'âge décennaux 15-74 ans, population de référence : Hommes du Québec de 2015

CAS MASCULINS SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE

Discussion :

De 2005 et 2016, la grande majorité des cas (82%) sont des Montréalais. La proportion la plus faible de cas de Montréal est observée au cours de la période d'incidence à bas bruit et se situait à 78%.

Depuis 2013, en période de résurgence, l'épidémie ne cesse de progresser. Cependant en 2016 le taux montréalais est identique à celui de 2015. La croissance du taux québécois en 2016 peut être entièrement imputée à l'augmentation des cas hors Montréal.

Montréal

- Durant les périodes *résurgence* et *émergence*, la transmission de l'infection est soutenue à Montréal.
- Le taux d'incidence de la région de Montréal chez les hommes passe de 1,2 cas par 100 000 en 2012 à 11 cas par 100 000 en 2015 et en 2016.

Hors Montréal

- Les régions touchées sont urbaines et périurbaines (RSS : 02, 03, 04, 05, 07, 12, 13, 14, 15 et 16).
 - À l'exception d'un cas en RSS-02 (2005), pour lequel l'infection a potentiellement été acquise avec un contact hors Québec, et d'un cas dans la région RSS-08 (2016), aucun autre cas n'a été déclaré dans les régions excentriques (RSS : 01, 02, 08, 09, 10, 11, 17 et 18).
 - La proportion de cas incidents hors Montréal a été la plus élevée (22 %) durant la période d'incidence à bas bruit.
 - Le taux d'incidence hors Montréal passe de 0,7 cas par 100 000 en 2015 à 1,5 en 2016.
 - De 2005 à 2016, les cas hors Montréal représentent 18 % des cas de LGV. Mais, depuis 2014, la proportion des cas hors Montréal est en progression. De 11,5% des cas de la province en 2014, elle atteint 28,5% en 2016 (150% d'augmentation).

CAS MASCULINS SELON LE SEXE DES PARTENAIRES

Émergence 69 cas validés

Cas masculins selon le sexe des partenaires

Sexe des partenaires	N=68 ¹	%
Femmes (hétérosexuel)	0/68	0%
Hommes (HARSAH)	68/68	100%
exclusif	68/68	100%
non exclusif	0/68	0%

1) Sexe des partenaires inconnu : 1 cas.

Source : Fichier LGV, compilation DSV d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique du Québec.

Incidence à bas bruit 54 cas validés

Cas masculins selon le sexe des partenaires

Sexe des partenaires	N=49 ¹	%
Femmes (hétérosexuel)	1/49	2%
Hommes (HARSAH)	48/49	98%
exclusif	47/48	98%
non exclusif	1/48	2%

1) Sexe des partenaires inconnu : 5 cas.

- **Hétérosexuel :** cas probable, hors Montréal, 20-24 ans, relation avec résidente hors province.

Résurgence 338 cas validés

Cas masculins selon le sexe des partenaires

Sexe des partenaires	N=287 ¹	%
Femmes (hétérosexuel)	1/287	0,3%
Hommes (HARSAH)	286/287	99,7%
exclusif	279/286	98%
non exclusif	7/286	2%

1) Sexe des partenaires inconnu : 51 cas.

- **Hétérosexuel :** cas probable, Montréal, 20-24 ans, relation avec résidente hors province.

CAS MASCULINS SELON LE SEXE DE LEURS PARTENAIRES

**Total 3 périodes
461 cas validés**

**Cas masculins selon le sexe
des partenaires**

Sexe des partenaires	N=404 ¹	%
Femmes (hétérosexuel)	2/404	0,5%
Hommes (HARSAH)	402/404	99,5%
exclusif	394/402	98%
non exclusif	8/402	2%

1) Sexe des partenaires inconnu : 57 cas.

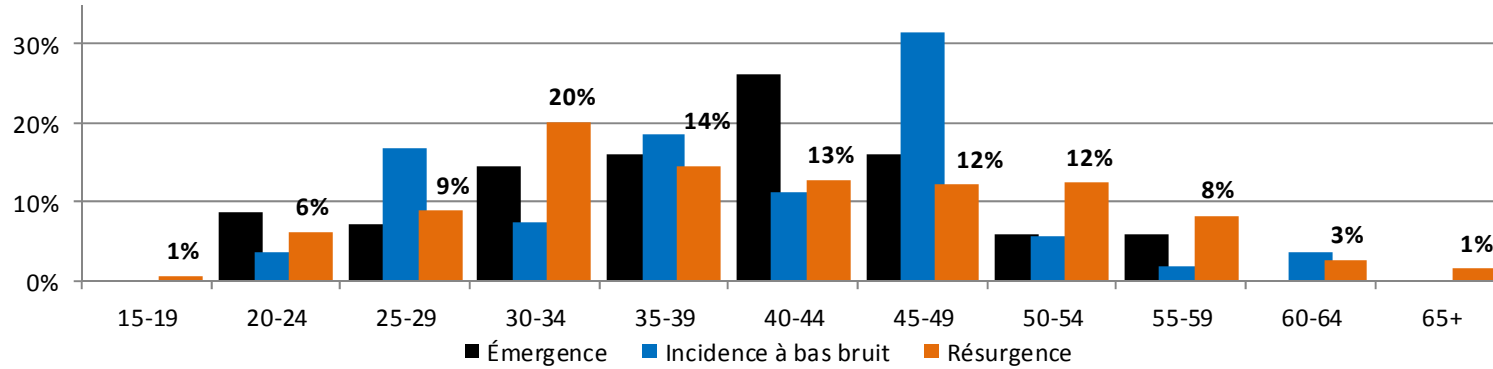
Discussion :

- Depuis 2005, au total des 3 périodes, les HARSAH exclusifs représentent la presque totalité des cas masculins (98 %). Cette proportion explique en grande partie que seulement deux cas féminins aient été validés pour la même période.
- Considérant que 10 cas masculins avaient des partenaires féminines (2 hommes hétérosexuels et 8 HARSAH non exclusifs) on peut penser que le nombre de cas féminins est possiblement sous-estimé.

Source : Fichier LGV, compilation DSV d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique du Québec.

CAS MASCULINS SELON L'ÂGE

LGV : Répartition des cas masculins selon l'âge, P. Québec 2005-2016 (N = 461)



Source : Fichier MAD0, extraction du 1 mai 2017.

Émergence 69 cas validés

- Âge moyen : 39,6; écart-type : 9,0
- Âge médian : 41,5
- Âge min. : 21,1; max. : 58,4

Âge	n	%
15-24	6	9%
25-34	15	22%
35-44	29	42%
45-54	15	22%
55 et +	4	6%
Total	69	100%

Incidence à bas bruit 54 cas validés

- Âge moyen : 40,6; écart-type : 9,6
- Âge médian : 41,7
- Âge min. : 22,6; max. : 64,1

Âge	n	%
15-24	2	4%
25-34	13	24%
35-44	16	30%
45-54	20	37%
55 et +	3	6%
Total	54	100%

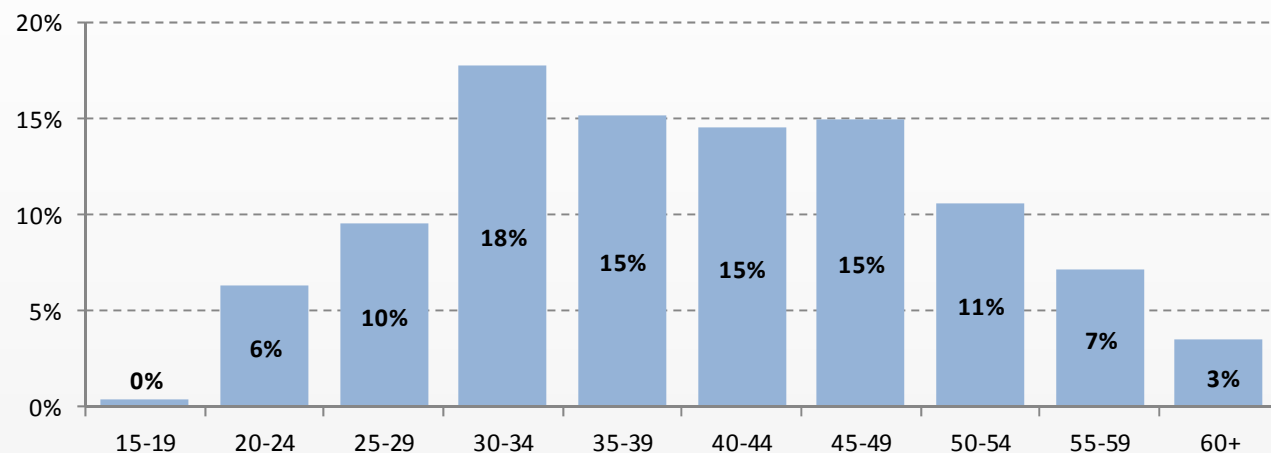
Résurgence 338 cas validés

- Âge moyen : 41,0; écart-type : 11,0
- Âge médian : 39,8
- Âge min. : 19,6; max. : 71,3

Âge	n	%
15-24	23	7%
25-34	98	29%
35-44	92	27%
45-54	83	25%
55 et +	42	12%
Total	338	100%

CAS MASCULINS SELON L'ÂGE

LGV : Répartition des cas masculins selon le groupe d'âge, P.Québec, 2005 à 2016 (N = 461)



Source : Fichier MAD0, extraction du 1 mai 2017.

**Total des 3 périodes
461 cas validés**

Âge	n	%
15-24	31	6,7%
25-34	126	27,3%
35-44	137	29,7%
45-54	118	25,6%
55 et +	49	10,6%
Total	461	100,0%

Étendue d'âge : 19,6 à 71,3 ans ;
Âge moyen : 40,8 ans ;
Écart-type : 10,6 ans.

CAS MASCULINS SELON L'ÂGE

Discussion :

- Depuis 2005, l'âge moyen des cas s'est maintenu autour de 40 ans, 16% des cas ont moins de 30 ans et 21% ont plus de 50 ans.
- La stabilité de la moyenne d'âge des cas depuis 2005 cache cependant des variations temporelles dans les proportions des groupes d'âge.
 - En Résurgence la distribution des cas s'uniformise dans les trois groupes d'âge décennaux de 25 à 54 ans – qui contiennent chacun entre 25 % à 29 % des cas. Les disparités étaient plus marquées au cours des périodes précédentes.
 - La proportion des cas âgés de 35 à 44 ans est passée de 54 % en période d'émergence à 27 % en période de résurgence. Il n'est pas possible de dégager une tendance claire pour ceux de 15 à 24 ans et ceux de 45 à 54 ans.
 - Par ailleurs, l'analyse des données par groupe quinquennales (voir figure page 28) met en évidence que la proportion des 50 ans et plus double en Résurgence. D'environ 11 % du total des effectifs pour les deux périodes antérieures, elle atteint 25 % en Résurgence.
 - La proportion des 15-24 ans demeure faible dans le temps (7 % des cas). Depuis 2013, deux cas âgés de moins de 20 ans (HARSAH exclusifs) ont été validés au Québec, tous deux de la région de Montréal :
 - **1^e cas** : Sans antécédents d'ITSS, asymptomatique, il a consulté pour dépistage suite à la notification d'un partenaire infecté par la gonorrhée. Il rapporte pratiquer le « barebacking » (relations sexuelles volontairement non-protégées); 4 à 10 partenaires au cours de la dernière année et n'avoir des relations sexuelles qu'avec des amis. Il ne rapporte pas de consommation de drogue, ni de relation sexuelle avec un résident hors Québec.
 - **2^e cas** : PVVIH avec antécédents de syphilis, il était symptomatique (rectite) au moment de la consultation. Il rapporte 1 à 3 partenaires au cours de la dernière année. Il utilise Internet comme moyen de rencontre. Il ne rapporte pas de consommation de drogue, ni de relation sexuelle avec un résident hors Québec.

CAS MASCULINS AYANT EU UNE RELATION SEXUELLE AVEC UN NON-RÉSIDENT DU QUÉBEC, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Émergence 69 cas validés

Relation avec un partenaire non-résident du Québec

RSS du cas	N=47 ¹	%
Province de Québec	17/47	36%
Montréal	15/44	34%
Hors Montréal	2/3	67%

1) Relation avec partenaire hors du Québec inconnu : Montréal : 18 cas; hors Montréal : 4 cas; P. Québec : 22 cas.

Incidence à bas bruit 54 cas validés

Relation avec un partenaire non-résident du Québec

RSS du cas	N=34 ¹	%
Province de Québec	14/34	41%
Montréal	7/22	32%
Hors Montréal	7/12	58%

1) Relation avec partenaire hors du Québec inconnue : Montréal : 20 cas; hors Montréal : 0 cas; P. Québec : 20 cas.

Résurgence 338 cas validés

Relation avec un partenaire non-résident du Québec

RSS du cas	N=208 ¹	%
Province de Québec	56/208	27%
Montréal	47/170	28%
Hors Montréal	9/38	24%

1) Relation avec partenaire hors du Québec inconnue : Montréal : 103 cas; hors Montréal : 27 cas; P. Québec : 130 cas.

Total 3 périodes 461 cas validés

Relation avec un partenaire non-résident du Québec

RSS du cas	N=289 ¹	%
Province de Québec	87/289	30%
Montréal	69/236	29%
Hors Montréal	18/53	34%

1) Relation avec partenaire hors du Québec inconnue : Montréal : 141 cas; hors Montréal : 31 cas; P. Québec : 172 cas.

Principaux lieux de résidence des partenaires non-résidents du Québec rapportés pour la période de résurgence :

- Europe (23; 35%)
- États-Unis (16; 23%)
- Ontario (12; 17%)
- Cuba/Mexique (9; 13%)
- Autres (8; 12%)

N = 69; plus d'un lieu de résidence peut être rapporté.

Source : Fichier LGV, compilation DSV d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique du Québec.

CAS MASCULINS AYANT EU UNE RELATION SEXUELLE AVEC UN NON-RÉSIDENT DU QUÉBEC, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Discussion :

Province de Québec

- La proportion des cas ayant rapporté avoir eu une relation sexuelle avec un non-résident du Québec, pour la période d'émergence et d'incidence à bas bruit est de 38 %. Pour la période de résurgence, cette proportion chute à 27 % ($p=0,06$).
- Une exposition hors Québec pourrait être un facteur non négligeable dans l'émergence de la LGV au Québec de même qu'à son maintien durant la période d'incidence à bas bruit, et ce, sans sous-estimer la présence d'autres facteurs contributifs.
- La diminution de la proportion des cas rapportant une relation sexuelle avec un partenaire hors Québec entre les deux premières périodes et la résurgence s'observe tant à Montréal -17 % ($p>0,5$, NS) que dans le reste du Québec -61 % ($p=0,01$).
- Parmi les cas résidant à l'extérieur de Montréal, en période de résurgence, sept autres cas ont rapporté une exposition hors de leur région (sauna montréalais). En combinant l'exposition hors-Québec et hors région, 38 % des cas hors-Montréal (16/42; 23 inconnus) auraient été exposés à l'extérieur de leur région.
- On constate cependant que pour la période de résurgence, moins de cas rapportent avoir eu une relation sexuelle avec un résident hors Québec, ce qui pourrait indiquer une transmission locale/régionale ou interrégionale plus soutenue que lors des périodes précédentes.

Limite à l'interprétation :

- Les questions relatives à cette variable portaient parfois sur 12 mois, parfois sur 2 mois, et la validité de la période questionnée (2 mois vs 12 mois) n'est pas certaine. De plus, depuis 2005 la proportion des cas pour lesquels l'information n'est pas connue est relativement élevée soit 37 % des cas.

ANTÉCÉDENTS D'ITSS CHEZ LES CAS MASCULINS

Émergence 69 cas validés

Antécédents d'ITSS

Infections	N= 64 ¹	%
Aucune	8/64	13%
Au moins une	56/64	88%
VIH	22/39	56%
Syphilis	11/34	32%
Gonorrhée	10/34	29%
VHB	2/25	8%
VHC	0/25	0%

Incidence à bas bruit 54 cas validés

Antécédents d'ITSS

Infections	N= 48 ¹	%
Aucune	9/48	19%
Au moins une	39/48	81%
VIH	26/43	60%
Syphilis	16/38	42%
Gonorrhée	9/40	23%
VHB	3/42	7%
VHC	3/38	8%

Résurgence 338 cas validés

Antécédents d'ITSS

Infections	N= 295 ¹	%
Aucune	9/295	3%
Au moins une	286/295	97%
VIH	210/252	83%
Syphilis	183/226	81%
Gonorrhée	165/211	78%
VHB	11/102	11%
VHC	11/106	10%

Total des 3 périodes 461 cas validés

Antécédents d'ITSS

Infections	N= 407 ¹	%
Aucune	26/407	6%
Au moins une	381/407	94%
VIH	258/334	77%
Syphilis	210/298	70%
Gonorrhée	184/285	65%
VHB	16/169	9%
VHC	14/169	8%

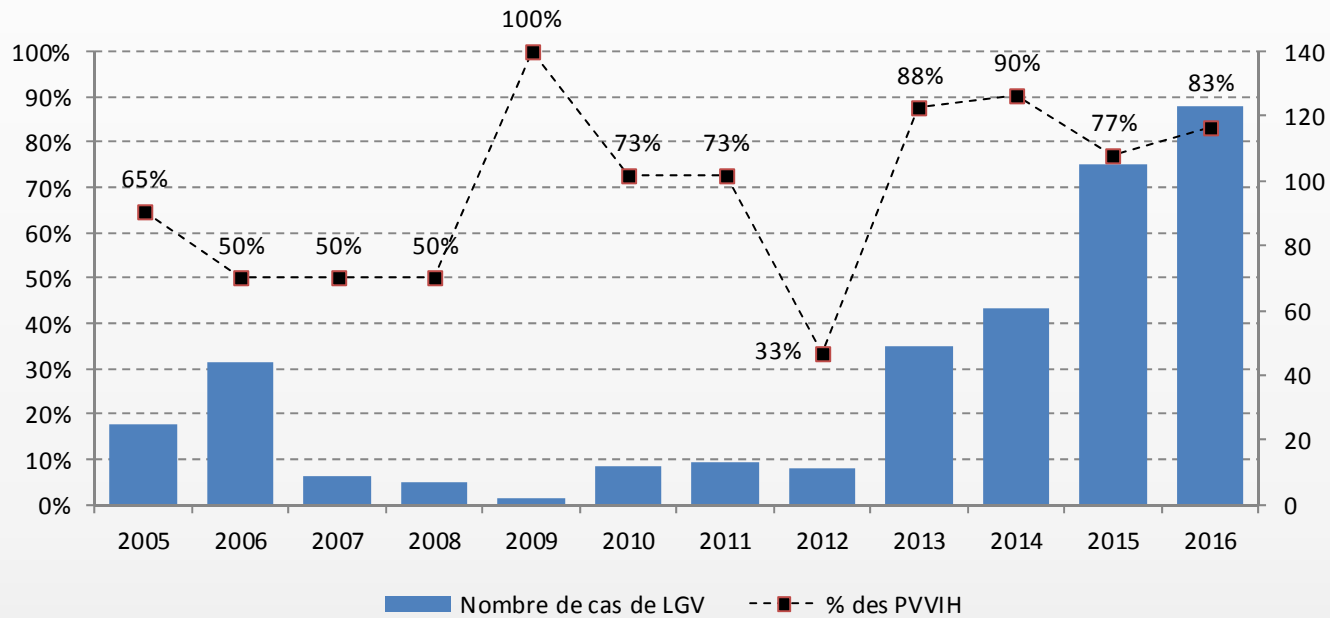
Source : Fichier LGV, compilation DSV d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique du Québec.

Notes :

- Le dénominateur diffère pour chaque infection, car le nombre de cas avec réponses connues varie pour chaque infection.
- Plus d'un antécédent peut avoir été déclaré par épisode.

ANTÉCÉDENTS D'ITSS CHEZ LES CAS MASCULINS

LGV chez les hommes : Proportion des PVVIH parmi les cas et nombre de cas validés par année (N = 461)
P.Québec, 2005 à 2016



Sources : Fichier MAD0, extraction du 1 mai 2017 et Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique du Québec.

Discussion :

- De 2013 à 2016, la proportion des PVVIH parmi les cas de LGV se maintient entre 90% et 77%. Elle est de 83% pour la période.

ANTÉCÉDENTS D'ITSS CHEZ LES HOMMES

Discussion :

- L'analyse des antécédents d'ITSS permet de faire ressortir :
 - une diminution significative de la proportion des cas sans antécédent d'ITSS de 2005-2012 (15%) à la résurgence (3%) ($p < 0.0001$)
 - une augmentation significative de la proportion :
 - des PVVIH : 2005-2012 59% vs 2013-2016 83% ; $p < 0,001$
 - des antécédents de syphilis : 2005-2012 38% vs 2013-2016 81% ; $p < 0,001$
 - des antécédents de gonorrhée : 2005-2012 27% vs 2013-2016 78% ; $p < 0,001$
 - Le VHB et le VHC sont des antécédents comparativement peu rapportés, surtout avant 2013. Toutefois, la proportion est plus élevée en période de résurgence (VHB 11% et VHC 10%). On remarque toutefois pour ceux-ci une très grande proportion d'inconnus.
- En phase de résurgence la population touchée constitue un groupe particulièrement à risque compte tenu de la fréquence accrue de VIH et d'antécédents d'autres ITSS.
- La vaste majorité des cas sont des PVVIH (77% pour les 3 périodes et 83 % pour la période de résurgence). Le fait que ces personnes soient infectées par la LGV indique qu'elles ont des relations sexuelles non protégées.
- Bien que la survenue de la LGV implique des relations sexuelles non protégées, le risque de transmission du VIH ne peut être établi. On ne connaît pas la charge virale des cas et l'information n'est pas disponible sur le statut de leur partenaire; ils sont possiblement aussi des PVVIH.
- **Limite** : Pour une infection donnée, lorsqu'aucune case (oui, non, inconnue) n'est cochée, la réponse est considérée par défaut comme inconnue et exclue du dénominateur. Il est possible que lorsque le questionnaire est complété dans le milieu clinique, les cliniciens ne cochent que les réponses positives et les réponses «non» ne sont tout simplement pas indiquées. Cela pourrait surestimer la proportion de cas avec l'infection.

SYNTHÈSE : LGV DE 2005 À 2016

Discussion :

- À partir de mai 2005, la LGV flambe jusqu'à novembre 2006 pour, par la suite, se transmettre à bas bruit. Débutant en avril 2013, on observe une nouvelle flambée.
- **Similitudes : Résurgence vs périodes antérieures**
 - Les HARSAH montréalais PVVIH constituent la majorité de la population touchée.
 - L'âge moyen des personnes atteintes se maintient à environ 40 ans durant les 3 périodes.
 - De 2005 à 2016, il n'y aurait pas de transmission soutenue de la LGV hors Montréal. D'une part, il y a très peu de cas dans les régions, d'autre part près de 34% des cas résidents hors-Montréal rapportent avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire qui ne réside pas dans sa région.
 - Depuis 2005, un seul cas confirmé de transmission présumée hétérosexuelle d'acquisition locale (dans la province) a été documenté. Le cas, validé en 2012, est une femme âgée entre 20 et 25 ans, résidant à l'extérieur de Montréal.
- **Divergences : Résurgence vs périodes antérieures**
 - Les taux annuels d'incidence de 2016 (MTL : 11/100 000 province QC : 3,8/100 000) sont les plus élevés depuis 2005.
 - La proportion des cas de LGV âgés de 35-44 ans est plus faible que pour les autres périodes; la répartition des cas est plus étalée en période de résurgence avec un pic chez les 30-34; l'âge moyen se maintient à 40 ans en raison de l'incidence plus élevée chez les 50 ans et plus.
 - On observe une augmentation significative de la proportion des PVVIH : cette proportion est de 83% en période de résurgence par rapport à 59% pour les périodes antérieures.
 - On note aussi une diminution significative de la proportion des cas sans antécédents d'ITSS: cette proportion est de 3% en période de résurgence 3% par rapport à 15% pour les périodes antérieures 15%.
 - À Montréal, la transmission intrarégionale serait plus soutenue qu'auparavant : de 2014 à 2016 le taux d'incidence augmente de 64 % (2014 : 6,6; 2016 : 10,8) et la proportion des cas rapportant une relation avec un partenaire hors Québec a diminué, passant de 34 % en émergence à 28 % en résurgence.

SYNTHÈSE : LGV DE 2005 À 2016

Force est de constater que depuis 2005 les taux d'incidence annuels de la LGV demeurent peu élevés comparativement à ceux d'autres ITS touchant la même population. À titre d'exemple, pour l'année 2016 chez les hommes de 15-75 ans les taux d'incidence annuels de syphilis infectieuse (22,3)¹ et d'infections gonococciques (88,9)¹ sont nettement plus élevés que ceux de la LGV (3,8).

Une combinaison des deux hypothèses suivantes offre peut-être un début d'explication :

- l'infection est, dans la plupart des cas, symptomatique, donc plus susceptible de mener à une consultation et d'être ainsi détectée et traitée, ce qui favoriserait le contrôle de la propagation;
- l'infection évolue en vase relativement clos au sein d'une sous-population âgée (médiane et moyenne : 40 ans) d'HARSAH exclusifs qui sont aussi des PVVIH.

On ne peut exclure une sous-estimation du dénombrement des cas :

- l'infection étant rare, il est possible que des cas symptomatiques n'aient pas été détectés, surtout avant que la recherche de LGV à partir des spécimens anorectaux positifs pour *C. trachomatis* soit devenue systématique (juin 2016). Depuis la mise en place de cette mesure, des cas d'infection à d'autres sites pourraient ne pas être détectés puisque que le génotypage LGV ne sera fait que si le clinicien a demandé spécifiquement la recherche de LGV au formulaire de demande d'analyse.
- il est possible que des cas asymptomatiques ne soient pas détectés. Actuellement, la seule indication de dépistage est chez les partenaires de cas de LGV et l'intervention auprès des partenaires est souvent limitée par la difficulté de les retracer (partenaires anonymes, non joignables, etc.).

Le fait que le LSPQ effectuée (depuis juin 2016) un génotypage LGV pour tous les spécimens ano-rectaux dont le résultat de TAAN est positif pour *C. trachomatis*. pourrait expliquer une partie de l'augmentation des cas validés en 2016.

1) Portail de l'infocentre de l'INSPQ à partir des données de maladie à déclaration obligatoire, juin 2017

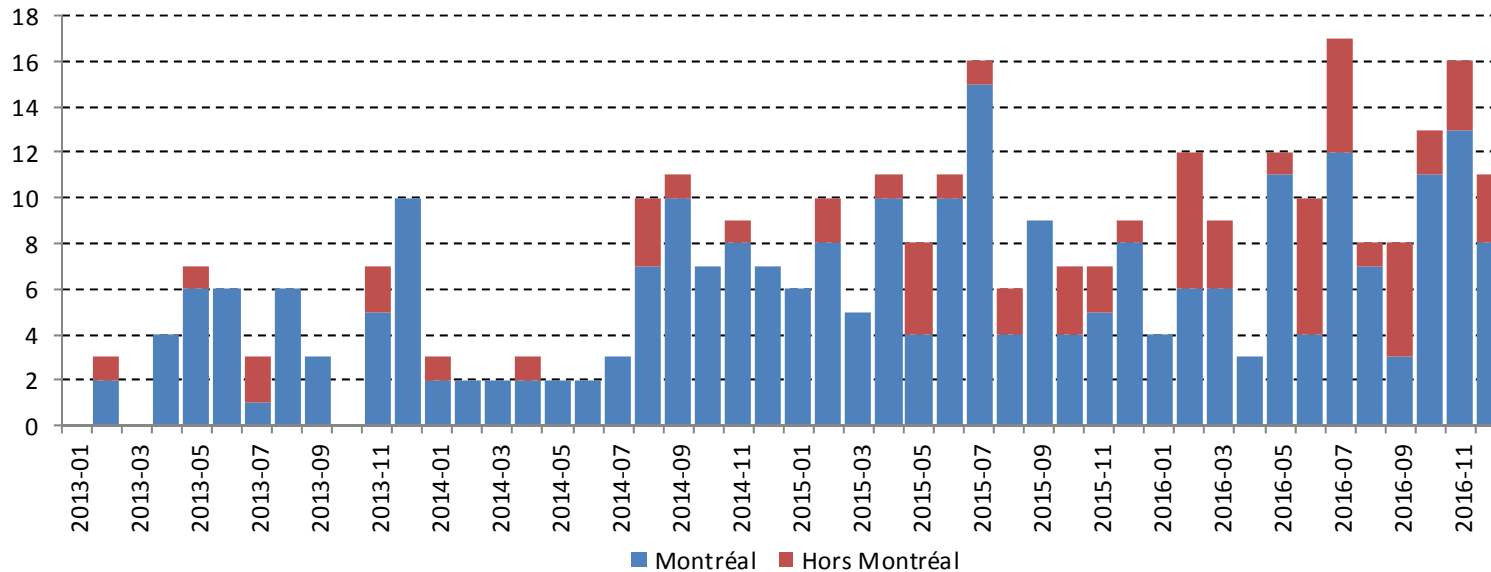
Section IV

Analyses descriptives : cas de LGV chez les hommes, 2013 à 2016 (Résurgence)

- COURBE ÉPIDÉMIQUE ET DÉNOMBREMENT DES CAS POUR MONTRÉAL ET RESTE DU QUÉBEC
- NOMBRE DE CAS SELON LA RÉGION ET RELATION AVEC PARTENAIRE HORS MONTRÉAL
- MANIFESTATIONS CLINIQUES
- RAISONS DU PRÉLÈVEMENT
- ANALYSES DE LABORATOIRE
- STATUT DE VALIDATION ET GÉNOTYPES
- TRAITEMENTS SELON LA CONFORMITÉ AUX RECOMMANDATIONS: AVIS LGV, INSPQ, 2015
- NOMBRE DE PARTENAIRES SELON LA PÉRIODE
- CONTEXTE DE RENCONTRES DES PARTENAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS
- CONSOMMATION DE DROGUES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS
- RÉINFECTIONS POTENTIELLES
- ANALYSE SELON LE STATUT VIH
- SOMMAIRE – PÉRIODE RÉSURGENCE
- COMPARAISON : QUÉBEC - COLOMBIE BRITANNIQUE
- BREF APERÇU SUR L'ANNÉE 2017

COURBE ÉPIDÉMIQUE ET DÉNOMBREMENT DES CAS DE MONTRÉAL ET DU RESTE DU QUÉBEC

LGV, Courbe épidémiologique des cas masculins selon le mois de l'épisode et la région de résidence
Montréal et le reste du Québec, 2013-2016 (338 cas validés)



Source : Fichier MAD0, extraction du 1 mai 2017.

Discussion :

- À Montréal, on observe une augmentation entre 2013 et 2015; de 2015 à 2016, le nombre de cas demeure stable (n=88).
- Au Québec, la progression observée en 2016 est donc entièrement imputée à l'augmentation de cas hors Montréal.

NOMBRE DE CAS SELON LA RÉGION ET RELATION AVEC PARTENAIRE HORS MONTRÉAL

**LGV, répartition des cas masculins selon la région et l'année
Montréal, Montérégie, autres régions, P.Québec, 2013 à 2016 (N= 338)**

RSS	2013		2014		2015		2016		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Montréal	43	88%	54	89%	88	84%	88	72%	273	81%
Hors Montréal	6	12%	7	11%	17	16%	35	28%	65	19%
<i>Montérégie</i>	1	2%	1	2%	11	10%	14	11%	27	8%
<i>autres régions</i>	5	10%	6	10%	6	6%	21	17%	38	11%
P.Québec	49	100%	61	100%	105	100%	123	100%	338	100%

Source : Fichier MAD0, extraction du 1 mai 2017.

Discussion :

- Depuis le début de la résurgence, le nombre de cas résidant hors de Montréal augmente. Leur proportion parmi l'ensemble des cas atteint 28% en 2016.
- La Montérégie se démarque avec 11% des cas provinciaux pour les années 2015 et 2016.
- En 2016, les RSS 03 et 13 ont validé 4 cas; les RSS 05 et 14 : 3 cas; les RSS 12 et 15 : 2 cas et les RSS 04, 07 et 08 ont validé 1 cas.

LGV : Relation avec un partenaire hors région¹ chez les cas hors Montréal, 2013-2016 (65 cas validés)

RSS du cas	N=42	%
Hors Montréal	16/42	38%
Montérégie	3/16	19%
Autres régions	13/26	50%

1) Relation avec un partenaire non-résident du Québec ou avoir rapporté un contexte de rencontre à Montréal.

Discussion :

Hors Montréal :

- la transmission intra-régionale serait plus soutenue en Montérégie que dans les autres régions, 19% des cas y rapportent une exposition hors région contre 50% pour les autres régions (p=0,04).
- excluant la Montérégie, la transmission intra-régionale semble épisodique, tant par le faible nombre de cas validés que par la proportion de cas ayant eu des relations avec un partenaire hors région.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

LGV, manifestations cliniques par épisode parmi les cas masculins
P.Québec, 2013 à 2016

Cas validés	215		123		338	
	2013-15		2016		2013-16	
	N= 203		N= 100		N= 303	
Manifestations cliniques	n	%	n	%	n	%
Aucune	37	18%	32	32%	69	23%
Symptômes de rectite ¹ seulement	118	58%	51	51%	169	56%
Symptômes de rectite ¹ et ulcération/papule	13	6%	3	3%	16	5%
Symptômes de rectite ¹ et lymphadénopathie	7	3%	6	6%	13	4%
Lymphadénopathie seulement	10	5%	1	1%	11	4%
Lymphadénopathie et ulcération/papule	3	1%	0	0%	3	1%
Ulcération/papule seulement	6	3%	1	1%	7	2%
Ulcération/papule, symptômes de rectite ¹ et lymphadénopathie	3	1%	0	0%	3	1%
Symptômes non spécifiques seulement ²	6	3%	6	6%	12	4%

Consultez le tableau :
manifestations cliniques associées
à symptômes de rectite

Consultez le tableau :
manifestations cliniques non
spécifiques parmi les cas
rapportant des manifestations
cliniques

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique.

Notes :

Plus d'un symptôme peut avoir été rapporté par épisode.

Des symptômes non spécifiques peuvent avoir été rapportés avec des symptômes spécifiques.

1) Regroupant les symptômes suivants : rectite, douleur anale, selles sanguinolentes, pertes rectales, tenesme, constipation et diarrhée.

2) Cas rapportant des symptômes excluant symptômes de rectite, lymphadénopathie et ulcération/papule.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

LGV, manifestations cliniques parmi les cas masculins les ayant précisés
P.Québec, 2013 à 2016

Cas validés	166		68		234	
Manifestations cliniques	2013-15		2016		2013-16	
	n	%	n	%	n	%
Manifestations non spécifiques seulement ¹	6	4%	6	9%	12	5%
Manifestations cliniques spécifiques ²	160	96%	62	91%	222	95%
Symptômes de rectite ³	141	85%	60	88%	201	86%
Ulcération/papule	25	15%	4	6%	29	12%
Lymphadénopathie	23	14%	7	10%	30	13%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique.

Notes :

Plus d'un symptôme peut avoir été rapporté par épisode.

1) Cas rapportant des symptômes excluant symptômes de rectite, lymphadénopathie et ulcération/papule.

2) Peut être accompagné de symptômes non spécifiques

3) Regroupant les symptômes suivants : rectite, douleur anale, selles sanguinolentes, pertes rectales, tenesme, constipation et diarrhée.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

LGV, manifestations cliniques non spécifiques parmi les cas masculins en rapportant, P.Québec, 2013 à 2016

Cas validés	166		68		234	
	2013-15		2016		2013-16	
	n	%	n	%	n	%
Rapporte des manifestations non spécifiques ¹	29	17%	20	29%	49	21%
Manifestations non spécifiques seulement	6	4%	6	9%	12	5%
Manifestations non spécifiques et spécifiques	23	14%	14	21%	37	16%
Malaise/asthénie	10	6%	2	3%	12	5%
Écoulement urétral	6	4%	0	0%	6	3%
Symptômes systémiques	0	0%	6	9%	6	3%
Brûlement mictionnel	3	2%	2	3%	5	2%
Autres symptômes non spécifiques ²	6	4%	6	9%	10	4%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique.

Notes :

Plus d'un symptôme peut avoir été rapporté par épisode.

1) Cas rapportant des symptômes non spécifiques (malaise/asthénie, écoulement urétral, etc.). Ils peuvent aussi avoir rapporté des spécifiques (symptômes de rectite, lymphadénopathie et ulcération/papule).

2) Symptômes rapportés une seule fois : Arthralgie, Fistule anale, Épididymite, Dysurie, Rash cutané, Douleur testiculaire, Douleurs au bas ventre, fessier et aux jambes, Plaques autour de l'anus, Prurit anal, Tache au pénis, Uretrite.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

LGV, manifestations cliniques associées à symptômes de rectite
 parmi les cas masculins les présentant, P.Québec 2013-2016

Cas validés	141		60		201	
Manifestations cliniques associées à symptômes de rectite	2013-15		2016		2013-16	
	n	%	n	%	n	%
Rectite	88	62%	45	75%	133	66%
Tenesme	15	52%	3	15%	18	37%
Selles sanguinolantes	52	37%	18	30%	70	35%
Douleur anale	58	41%	11	18%	69	34%
Pertes rectales	43	30%	9	15%	52	26%
Constipation	11	38%	1	5%	12	24%
Diarrhée	2	7%	3	15%	5	10%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique.

Note : plus d'un symptôme peut avoir été rapporté par épisode.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

- L'information sur la présence de manifestations cliniques était disponible pour 303 cas parmi les 338 cas validés au cours de la période entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2016, soit un taux de réponse de 90 %.
- Selon les informations disponibles, 69 cas étaient asymptomatiques (23 %), ce qui est cohérent avec ce qui est décrit dans la littérature. Cela étant, la proportion de cas asymptomatiques est possiblement sous-estimée :
 - La définition nosologique de la LGV (en vigueur avant juin 2014) stipulait qu'un cas devait être symptomatique (ou contact d'un cas confirmé de LGV) pour être validé : confirmé ou probable. Certains épisodes validés au début de la période de résurgence pourraient ne pas avoir été validés malgré un résultat confirmant la présence de LGV.
 - La confirmation du diagnostic par les analyses de laboratoire est complexe : une recherche de *Chlamydia trachomatis* est d'abord faite et, si le résultat est positif, une analyse supplémentaire (génotypage) doit être réalisée pour identifier les génotypes responsables de la LGV.
 - Jusqu'à la fin de 2015, les analyses de génotypage, spécifiquement demandées par le médecin, étaient réalisées au LNM.
 - En février 2016, le LSPQ acquiert la capacité de réaliser les analyses de génotypage de LGV.
 - En juin 2016, le LSPQ procède à la recherche systématique des génotypes de LGV pour tous les spécimens ano-rectaux positifs à *C. trachomatis* qui lui sont transmis.
 - La proportion de cas sans symptômes rapporté est passée de 18% (2013-2015) à 32% en 2016 ($p=0.01$), ce qui est probablement en lien avec la nouvelle procédure du LSPQ.
- Parmi les cas où la présence de manifestations cliniques était rapportée, la grande majorité (85%) rapporte des symptômes de rectite. Cette manifestation clinique est rapportée tant pour le stade primaire que pour le stade secondaire. Elle est reconnue comme typique de la LGV.
- D'autres manifestations cliniques spécifiques tels l'ulcération/papule (correspondant au stade primaire) et la lymphadénopathie (correspondant au stade secondaire) sont respectivement rapportés par 12 % et 13% des cas. Comme la lésion primaire passe souvent inaperçue, il n'est pas surprenant que cette manifestation soit peu fréquente parmi les cas validés.
- De 2013 à 2016, 14 cas (6%) ont rapporté n'avoir eu que des manifestations cliniques non spécifiques.

RAISONS DU PRÉLÈVEMENT

LGV, Raisons de la demande du test de détection parmi les cas masculins, P.Québec, 2013-2016

Cas validés	215		123		338	
Raison du test	2013-15 N= 201		2016 N= 101		2013-16 N= 302	
	n	%	n	%	n	%
Présence de symptômes	154	77%	67	66%	221	73%
Dépistage	36	18%	32	32%	68	23%
Contact d'un cas connu de LGV	11	5%	1	1%	12	4%
Contrôle post-traitement	0	0%	1	1%	1	0%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

RAISONS DE LA DEMANDE DU TEST DE DÉTECTION

Discussion :

- Pour 68 cas (23%), le prélèvement a été effectué dans un contexte de dépistage auxquels s'ajoutent 12 cas où le prélèvement a été effectué à la suite d'un contact avec un cas connu de LGV. La seule indication de dépistage spécifique du LGV est le contact avec un cas connu de LGV. Une des limites du questionnaire est de ne pas préciser la raison d'avoir répondu «dépistage» pour les cas où un contact avec un cas connu de LGV n'a pas été mentionné. Il est possible qu'ils s'agisse de dépistage *de C trachomatis* et que le LGV ait été détecté grâce à la recherche systématique de génotype LGV pour les spécimens ano-rectaux positifs.
- Parmi les cas pour lesquels le dépistage était identifié comme raison du prélèvement, 11 cas (données non présentées) présentaient des symptômes (9 en 2013-15 et 2 en 2016). L'indication que le test ait été demandé en contexte de dépistage devrait suggérer l'absence de symptômes à la consultation. Cela étant, à la suite de la réception du résultat confirmant la présence de LGV, le patient peut identifier des symptômes frustes qu'il n'avait pas mentionnés lors de la consultation initiale.
- Parmi les cas pour lesquels le contact avec un cas connu de LGV était identifié comme raison de prélèvement, 7 étaient asymptomatiques, 2 présentaient des manifestations cliniques non spécifiques et 3 présentaient des manifestations cliniques spécifiques de LGV.
- La faible proportion de cas détectés en contexte d'IPPAP (à la suite au « Contact d'un cas connu de LGV ») questionne sur la capacité du réseau de réaliser cette intervention ou sur la capacité du questionnaire de capter l'information sur ce contexte. Il est rapporté par les cliniciens et la littérature que les partenaires d'HARSAH sont souvent difficiles à retracer (partenaires anonymes, non joignables, etc.). Cependant, étant donné le nombre relativement faible de cas de LGV par rapport à d'autres ITS, l'IPPAP pourrait probablement avoir un impact significatif sur la propagation de l'infection. Il serait donc pertinent de sensibiliser les cliniciens et consolider le soutien que la santé publique peut leur offrir pour cette intervention.

ANALYSES DE LABORATOIRE

LGV, Tests de laboratoire : détection et confirmation,
Hommes, P.Québec 2013-2016

Cas validés		215		123		338	
Tests de laboratoire		2013-15		2016		2013-16	
		n	%	n	%	n	%
Détection	TAAN ¹ uniquement	196	91%	115	94%	311	92%
	TAAN et Sérologie	5	2%	-	-	5	1%
	TAAN et Culture	4	2%	5	4%	9	3%
	Culture uniquement	7	3%	2	2%	9	3%
	Sérologie uniquement	3	1%	-	-	3	1%
Confirmation	Séquençage de l'ADN ou TAAN multiplexe ²	205	95%	123	100%	328	97%

Source : Fichier MADO, extraction du 1 mai 2017.

1) TAAN : Test d'amplification des acides nucléiques réalisé en laboratoire du réseau.

2) Un TAAN multiplexe, réalisé au LSPQ, permet de détecter la présence des génotypes de la LGV sans toutefois les identifier. S'il s'avère positif, le spécimen sera envoyé au LNM pour séquençage de l'ADN afin d'identifier le génotype.

Notes :

Plus d'un test de détection peut avoir été rapporté par épisode.

En 2016, il y a un épisode pour lequel aucun test de détection n'est précisé au fichier MADO (N=122).

Discussion :

- Cinq des 7 sérologies ont été demandées pour des Montréalais. Les 2 autres l'ont été pour un cas de l'Outaouais et un cas de la Montérégie.
- Un TAAN a aussi été demandé pour 5 des 7 sérologies. Le test de confirmation a été demandé par le médecin traitant pour 1 seul de ces 5 cas.
- À noter que la sérologie n'est pas recommandée pour le diagnostic de LGV. *Avis LGV, INSPQ, 2015*. La définition nosologique actuelle (en vigueur depuis octobre 2016) ne permettrait pas de valider un cas sur la seule base d'une sérologie.
- Une culture est indiquée comme test de laboratoire pour 18 cas. La culture était le seul test pour 9 d'entre eux. Ceci soulève un questionnement puisque la culture n'est pas utilisée en clinique pour détecter *C. trachomatis*.

STATUTS DE VALIDATION ET GÉNOTYPES

LGV, Statuts de validation des cas masculins, P.Québec, 2013 à 2016

Cas validés	215		123		338	
Statuts de validation	2013-15		2016		2013-16	
	n	%	n	%	n	%
cas probables	10	5%	0	0%	10	3%
cas confirmés	205	95%	123	100%	328	97%

Source : Fichier MADO, extraction du 1 mai 2017.

LGV, Génotypes des cas confirmés, Hommes, Québec 2013 à 2016

Cas validés	205		123		328	
Génotypes rapportés	2013-15 N= 205		2016 N= 123		2013-16 N= 328	
	n	%	n	%	n	%
Non rapporté ¹	3	1%	6	5%	9	3%
Non génotypable ²	5	2%	-	-	5	1%
Génotype L2	10	5%	-	-	10	3%
Génotype L2B	187	87%	117	94%	304	90%

Source : Fichier MADO, extraction du 1 mai 2017.

Notes :

1) Le résultat du séquençage de l'ADN n'a pas été saisi au fichier MADO, ni au formulaire d'enquête.

2) Le séquençage de l'ADN n'a pas permis d'identifier le génotype précis associé à la LGV.

Discussion :

- Pour valider un cas de LGV en conformité avec les définitions nosologiques, les génotypes de la LGV doivent être détectés, pas nécessairement identifiés. Après détection de *C. trachomatis* par TAAN, une analyse supplémentaire avec un TAAN multiplexe permet de détecter la présence ou l'absence d'un génotype responsable de la LGV sans toutefois l'identifier. Cette analyse permet donc de confirmer un épisode de LGV. Subséquemment, d'autres analyses (séquençage de l'ADN ou la cartographie différentielle de restriction [RFLP]) identifieront le génotype (L1, L2 ou L3). En conséquence, connaître le génotype en cause n'est pas une condition essentielle pour la validation nosologique d'un cas de LGV.
- La modification de la définition nosologique peut influencer l'évolution des statuts de validation
- Tous les génotypes L2 sont localisés à Montréal.

TRAITEMENTS SELON LA CONFORMITÉ AUX RECOMMANDATIONS : AVIS LGV, INSPQ, 2015

LGV, traitements rapportés selon la conformité aux recommandations
Hommes, P.Québec, 2013 à 2016 (N=288)

Traitements conformes aux recommandations	221	77%
Épisodes d'une prescription	189	66%
Doxycycline [21 jrs]	158	55%
Doxycycline [21 jrs], Ceftriaxone [250mg i.m.]	23	8%
Doxycycline [21 jrs], Cefixime [800mg p.o.]	3	1%
Doxycycline [21 jrs], Azithromicine [1g p.o.]	4	1%
Doxycycline [21 jrs], PenG [2.4 M.u.]	1	0%
Épisodes de deux prescriptions¹	32	11%
Doxycycline [7 jrs] ► Doxycycline [21 jrs]	5	2%
Azithromicine [1g p.o.] ► Doxycycline [21 jrs]	10	3%
Azithromicine [1g p.o.], Cefixime [800mg p.o.] ► Doxycycline [21 jrs]	3	1%
Azithromicine [1g p.o.], Ceftriaxone [250 mg i.m.] ► Doxycycline [21 jrs]	11	4%
Azithromicine [1g p.o.], PenG ► Doxycycline [21 jrs]	1	0%
Cefixime [800mg p.o.] ► Doxycycline [21 jrs]	1	0%
Ceftriaxone [250mg i.m.], Cefixime [800mg p.o.] ► Doxycycline [21 jrs]	1	0%
Traitements non conformes aux recommandations	67	23%
Doxycycline de posologie de 14 jours ou moins en association ou non avec d'autres antibiotiques ²	19	7%
Autres traitements sans prescription de doxycycline	48	17%
Azithromycine [1g p.o.]	17	6%
Azithromycine [1g p.o.], Ceftriaxone [250 mg i.m.] ³	25	9%
Azithromycine [1g p.o.], Cefixime [800mg p.o.]	2	1%
Ceftriaxone [250 mg i.m.]	3	1%
PenG [2.4 M.u.]	1	0%

Source : Fichier LGV, compilé par le DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique.

Notes :

Le dosage de la doxycycline n'est pas indiqué dans le tableau compte tenu du critère de conformité.

1) Épisodes de deux prescriptions : [première prescription] ► [deuxième prescription]

2) et 3) Incluant 1 épisode de deux prescriptions non conformes.

Discussion :

- Il est prévisible que plusieurs cas (34/288; 12 %) aient reçu deux prescriptions. Les résultats du génotypage sont reçus en clinique plusieurs jours après le résultat initial d'infection à *C. trachomatis*.
- Le délai moyen entre deux épisodes de prescription pour 2013 à 2016 est de 39 jours (N=30). Ce délai est stable en comparant 2016 à 2013-15.
- On ne retrouve aucun cas traité avec Azithromycine 1 g 1/semaine pour 3 semaines.

Aux fins de classement, tous les traitements incluant la doxycycline pour une durée de 21 jours, peu importe le dosage mentionné ont été considérés conformes puisque le dosage pouvait être sujet à interprétation.

TRAITEMENTS SELON LA CONFORMITÉ AUX RECOMMANDATIONS : AVIS LGV, INSPQ, 2015 ET OUTIL LGV, MSSS, 2017

LGV, Traitements selon la conformité aux recommandations
Hommes, P.Québec, 2013 à 2016

Cas validés	215		123		338	
Conformité du traitement	2013-15 N= 194		2016 N= 94		2013-2016 N= 288	
	n	%	n	%	n	%
Traitements conformes	144	74%	77	82%	221	77%
Traitements conformes à la 1 ^e prescription	119	61%	70	74%	189	66%
Traitements conformes à la 2 ^e prescription	25	13%	7	7%	32	11%
Traitements non conformes ¹	50	26%	17	18%	67	23%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

Notes :

Plus d'un traitement peut avoir été reçu par épisode.

1) Incluant 2 épisodes de deux prescriptions non conformes.

Recommandations québécoises pour le traitement pour le traitement de la LGV

Traitement privilégié	Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 fois par jour pendant 21 jours
-----------------------	--

Autre traitement possible	Azithromycine, 1 g, p.o., 1 fois semaine pour 3 semaines
---------------------------	---

Source : Avis LGV, INSPQ, 2015; Outil LGV, MSSS, 2017

Discussion :

- 77 % des traitements rapportés contre la LGV sont conformes aux recommandations. Cette proportion a augmenté entre 2013-2015 (74%) et 2016 (83%)
- Malgré l'amélioration notée en 2016 (82% avec traitement conforme), près du quart des cas validés entre 2013 et 2016 (23%) ne semblent pas avoir reçu le traitement recommandé pour cette infection.
- Un test de contrôle est recommandé à la suite du traitement de LGV. Il est donc possible que malgré un traitement sous-optimal, certains cas aient eu un résultat négatif au test de contrôle, ce qui peut avoir amené le clinicien à ne pas offrir un nouveau traitement, même si l'avis LGV de l'INSPQ recommande d'offrir le traitement optimal même si le test de contrôle est négatif.

Les recommandations pour le traitement de la LGV sont reproduites intégralement aux pages 9 et 10 de ce document.

TRAITEMENTS SELON LA CONFORMITÉ AUX RECOMMANDATIONS : AVIS LGV, INSPQ, 2015 ET OUTIL LGV, MSSS, 2017

Discussion :

- Les traitements non conformes pour la LGV sont par ailleurs conformes aux recommandations de traitement pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* non-LGV ou l'infection gonococcique.

Jusqu'à février 2016, les résultats confirmant la LGV étaient transmis aux cliniciens plusieurs semaines après le résultat positif pour *C. trachomatis* (sans précisions sur le géotype) ou *N. gonorrhoeae*. Aussi, les cliniciens ont-ils traité leur patient sur la base des premiers résultats disponibles.

Plusieurs raisons peuvent expliquer que le traitement n'ait pas été ajusté après réception du résultat de confirmation de la maladie : patient non revu, résolution du tableau clinique, test de contrôle négatif, etc.

L'ajustement du traitement de la LGV devrait être facilité depuis que le LSPQ est en mesure de détecter les géotypes de la LGV et de transmettre le résultat au clinicien en temps opportun.

NOMBRE DE PARTENAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

LGV, Répartition du nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois, Hommes, Montréal, reste du Québec, P.Québec, 2013 à 2016

Cas validés	215		123		338	
Régions / Nombre de partenaires	2013-15		2016		2013-2016	
	n	%	n	%	n	%
Montréal	N= 115		N= 51		N= 166	
1 à 3	21	18%	5	10%	26	16%
4 à 10	40	35%	15	29%	55	33%
11 à 20	20	17%	20	39%	40	24%
plus de 20	34	30%	11	22%	45	27%
Reste du Québec	N= 20		N= 19		N= 39	
1 à 3	3	15%	5	26%	8	21%
4 à 10	10	50%	5	26%	15	38%
11 à 20	6	30%	9	47%	15	38%
plus de 20	1	5%	0	0%	1	3%
Québec	N= 135		N= 70		N= 205	
1 à 3	24	18%	10	14%	34	17%
4 à 10	50	37%	20	29%	70	34%
11 à 20	26	19%	29	41%	55	27%
plus de 20	35	26%	11	16%	46	22%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique.

Le fait d'avoir de nombreux partenaires est un facteur de risque d'acquisition d'ITSS.

- Pour les trois territoires observés, il n'y a pas de variation significative de 2013-15 à 2016.
- Au Québec de 2013 à 2016, 83 % des cas ont eu 4 partenaires et plus durant les douze mois précédents l'infection; 49 % en ont eu 11 et plus.
- À Montréal de 2013-15 à 2016 la proportion de cas ayant eu de 1 à 10 partenaires a diminué de 53 % à 39 % tandis que celle des cas ayant eu 11 partenaires et plus est passée 47 % à 61 %; (p=NS).
- Pour la période, la proportion de cas ayant plus de 20 partenaires au cours des 12 derniers mois est significativement plus importante à Montréal (27%) qu'en région (3%); p=0,01. L'absence de « grand transmetteur » hors Montréal soutient l'hypothèse d'une transmission sporadique dans ces régions.
- Hors Montréal : Même si les proportions sont plus faibles qu'à Montréal, une augmentation des cas ayant eu 11 partenaires ou plus est aussi observée, passant de 35% à 47%; (p=NS).

CONTEXTES DE RENCONTRES ET TYPES DE PARTENAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

LGV, Contextes de rencontre et types de partenaire au cours des 12 derniers mois, Hommes, Montréal, reste du Québec, et P.Québec, 2013 à 2016

Cas validés	273		65		338	
	Montréal		Reste du Québec		Québec	
Contexte de rencontre						
Sauna	106/150	71%	30/36	83%	136/186	73%
Internet	108/143	76%	28/34	82%	136/177	77%
Club/Bar	34/100	34%	6/15	40%	40/115	35%
Types de partenaire						
Travailleur du sexe	7/155	5%	3/41	7%	10/196	5%
Client de travailleur du sexe	6/151	4%	2/40	5%	8/191	4%
Partenaires anonymes	63/73	86%	19/25	76%	82/98	84%
Nouveaux partenaires	86/90	96%	28/29	97%	114/119	96%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

Notes : Plus d'un contexte peut avoir été rapporté par épisode.

Discussion :

- pas de différence significative entre les proportions observée chez les résident de Montréal et ceux du reste du Québec.

CONTEXTE DE RENCONTRES ET TYPES DE PARTENAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Discussion :

○ Contexte de rencontre

- Au Québec parmi les cas, tant à Montréal qu'hors-Montréal, les contextes de rencontre les plus populaires sont l'Internet (77 %) et le sauna (73 %). Tant à Montréal que dans le reste du Québec, les clubs/bars sont beaucoup moins souvent identifiés comme contexte de rencontre (35%).

○ Travailleurs du sexe

- 10 cas se sont déclarés travailleurs du sexe, leur moyenne d'âge est de 33 ans.
- Tous sont des HARSAH exclusifs, 5 sont des PVVIH et 2 pour lequel le statut VIH est inconnu.
- 7/10 résident à Montréal.
- Contexte de rencontres : Sauna (4/6), Internet (1/4), Club/bar (1/3).
- 6 travailleurs du sexe se sont aussi déclarés clients de travailleur du sexe.

○ Type de partenaires

- La majorité des cas du Québec (84 %) rapportent avoir eu des relations avec des partenaires anonymes au cours des 12 derniers mois. Les cas hors Montréal rapportent moins souvent de partenaires anonymes que ceux de Montréal (76 % vs 86 %).
- Presque tous les cas (96 %) rapportent avoir connu de nouveaux partenaires au cours des 12 derniers mois.
- Il n'y a pas de différence notable entre les cas Montréalais et les cas résidant hors-Montréal (sauf pour partenaires anonymes).
- L'incapacité de retracer les partenaires exposés (tels les partenaires anonymes) constitue un frein important dans le contrôle de l'épidémie. Pour certains partenaires dits «Anonymes», certaines informations sont parfois disponibles, permettant de les joindre par l'entremise des médias sociaux. Les DSPubliques développent progressivement de nouvelles stratégies pour joindre de tels partenaires.

CONSOMMATION DE DROGUES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

LGV, Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois
Montréal et le reste du Québec, Hommes, P.Québec, 2013 à 2016

Cas validés	273		65		338	
Consommation de drogues	Montréal (N= 194)		Hors Montréal (N= 46)		Québec (N= 240)	
	n	%	n	%	n	%
Aucune	80	41%	22	48%	102	43%
Consomme	114	59%	24	52%	138	58%
Ecsatzy	41	22%	2	5%	43	19%
Crystal meth	41	22%	9	21%	50	22%
Hash-pot	39	21%	9	21%	48	21%
Cocaine	26	14%	2	5%	28	12%
Poppers	26	14%	1	2%	27	12%
GHB	10	5%	2	5%	12	5%
Ketamine	9	5%	1	2%	10	4%
Speed	20	11%	3	7%	23	10%
Heroïne	1	1%	0	0%	1	0%
Crack	4	2%	1	2%	5	2%
UDI	5	3%	5	12%	10	4%
Non rapportés	10/114	9%	3/24	13%	13/138	9%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique.

Notes :

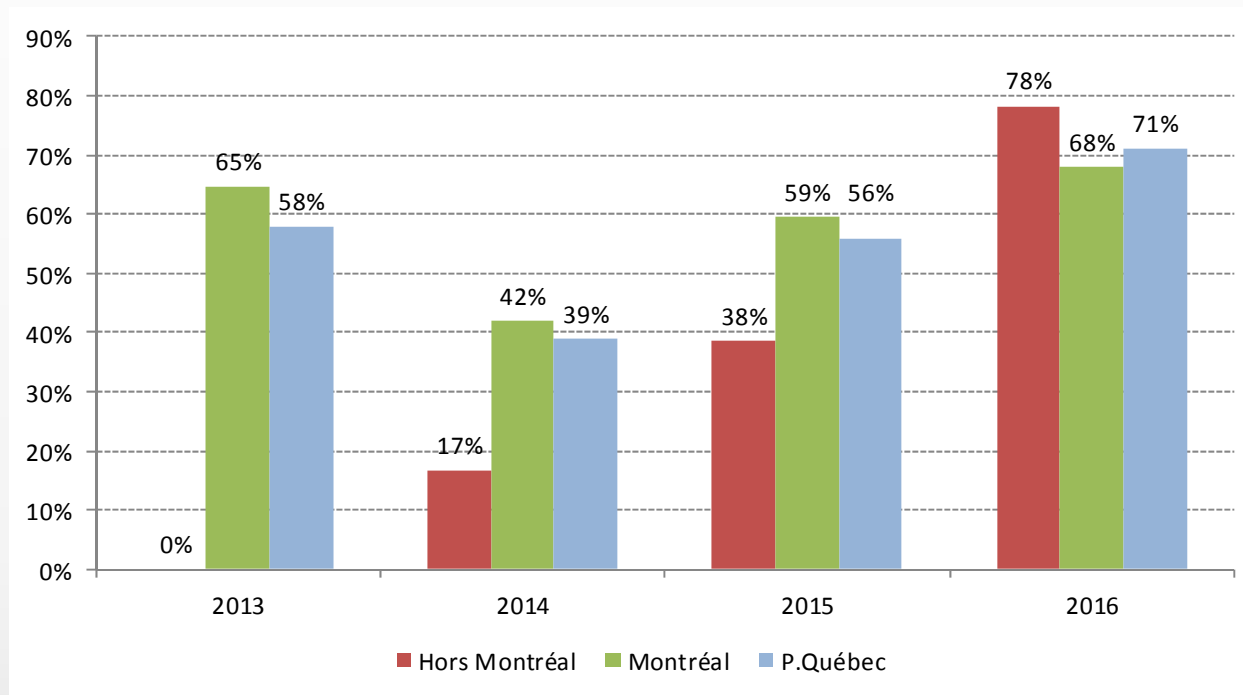
Plus d'une drogue peut avoir été rapportée par épisode.

Le dénominateur des drogues consommées est calculé comme suit : [Aucune consommation] PLUS [Consomme] MOINS [Non rapportées].

- Le Crystal meth (22 %) et le Hash-pot (21 %) sont, dans des proportions similaires, les drogues les plus rapportées tant chez les cas de résidents de Montréal qu'hors Montréal.
- L'ecstasy (19 %) est la troisième drogue la plus rapportée, presque exclusivement par des cas de Montréal.
- La cocaïne, les Poppers, et le Speed sont rapportés moins souvent et le sont presque exclusivement par des cas de Montréal.
- 10 cas de LGV se sont rapportés utilisateurs de drogue injectable.
- La proportion de cas qui rapporte le mode de consommation par injection est significativement plus importante ($P=0,005$) hors Montréal (14% ; 5/36) qu'à Montréal (3 % ; 5/183)
- Aucun utilisateur de drogues injectables ne rapporte un antécédent de VHC. L'information est disponible pour 5 des 10 utilisateurs de drogues injectables.

CONSOMMATION DE DROGUES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

LGV, Évolution de la proportion de la consommation de drogues chez les hommes au cours des 12 derniers mois pour Montréal, le reste du Québec et P.Québec, 2013 à 2016 (N=240)



Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

Discussion :

- De 2014 à 2016 la proportion des cas qui rapportent consommer des drogues au cours des 12 derniers mois est en forte croissance. Au Québec, de 2014 à 2016 cette proportion passe de 37% à 71%, une augmentation de 93%. L'augmentation est encore plus marquée chez les cas résidant Hors-Montréal (+370%) qu'à Montréal (+72%).
- Cela étant, les données laissent entrevoir des fluctuations temporelles importantes alors que les proportions de consommateurs de drogue de 2013, à Montréal et au Québec, ne sont pas significativement différentes de celle de 2016.

CONSOMMATION DE DROGUES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

LGV, Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois par année,
Hommes, P.Québec, 2013 à 2016

cas validés	49		61		105		123	
	2013 (N= 38)		2014 (N= 49)		2015 (N= 77)		2016 (N= 76)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aucune	16	42%	30	61%	34	44%	22	29%
Consomme	22	58%	19	39%	43	56%	54	71%
Ecsatzy	11	32%	7	15%	14	20%	11	15%
Crystal meth	3	9%	6	13%	19	27%	22	29%
Hash-pot	6	18%	4	8%	15	21%	23	31%
Cocaïne	4	12%	5	10%	9	13%	10	13%
Poppers	5	15%	3	6%	9	13%	10	13%
GHB	0	0%	3	6%	7	10%	2	3%
Ketamine	0	0%	4	8%	3	4%	3	4%
Speed	2	6%	2	4%	3	4%	16	21%
Heroïne	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
Crack	1	3%	0	0%	0	0%	3	4%
UDI	0	0%	1	2%	3	4%	6	8%
Non rapportés	4/22	18%	1/19	5%	7/43	16%	1/54	2%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique.

Notes :

Plus d'une drogue peut avoir été rapportée par épisode.

Le dénominateur des drogues consommées est calculé comme suit : [Aucune consommation] PLUS [Consomme] MOINS [Non rapportées].

- En 2016 la proportion des consommateurs de drogue est 22% plus élevé qu'en 2013.
- De 2014 à 2016 les drogues qui ont connu les plus fortes hausses de consommation parmi les cas validés de LGV sont le Speed (+425%), le Hash-pot (+250 %) le Crystal meth (+123%) et les Poppers (+110 %). La tendance est à interpréter avec prudence car il s'agit de petits chiffres.
- Entre 2014 et 2016, le mode de consommation par injection est passé de 2% à 11%
- En 2016 le Crystal meth et le Hash-pot sont consommés par environ 30% des cas de LGV, le Speed par 20 %.

CONSOMMATION DE DROGUES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Autres résultats (non présentés) :

- Pour la période de résurgence, les consommateurs de drogue sont (données non présentées) :
 - significativement plus jeunes (moyenne de 38 ans) que ceux qui n'en consomment pas (moyenne 43 ans); ($p < 0,05$).
 - plus susceptibles d'avoir eu plus de 10 partenaires au cours des 12 derniers mois (60%; 47/78) que ceux qui ne consomment pas (30%; 21/69); ($p < 0.001$).
 - plus susceptibles d'aller au sauna (67%; 67/100) que ceux qui ne consomment pas (42%; 14/33); ($p = 0.01$)

Discussion :

- Au Québec :
 - forte progression de 2014 à 2016 de la proportion des consommateurs de drogue au sein des cas (+ 93%): en 2014, 37% des cas de l'ensemble du Québec rapportent une consommation de drogues alors qu'en 2016 cette proportion est de 71%.
 - progression statistiquement significative de 2014 à 2016 de la proportion des consommateurs de drogue par injection au sein des cas passant de 2% (1/49) à 11% (6/57). De plus, la proportion de cas qui rapporte le mode de consommation par injection est significativement supérieur hors Montréal (14 %; 5/36) qu'à Montréal (3 %; 5/182). Les petits effectifs rendent l'interprétation difficile mais soulève à tout le moins un questionnement.
- Selon l'étude Argus¹ auprès d'HARSAH, 22 % des répondants avaient consommé de la cocaïne par voie nasale au cours des derniers six mois; selon les informations recueillies pour les cas de LGV, 12% avaient consommé de la cocaïne et 2% du crack ; il est difficile d'interpréter la différence observée si ce n'est que la collecte de données pour l'Étude d'Argus s'est effectuée avant 2010 et que la consommation de drogues se modifie constamment.
- La fréquence élevée de consommation de drogues parmi les cas de LGV validés entre 2013 et 2016, supporte l'hypothèse que les HARSAH PVVIH atteints de LGV constituent une clientèle spécifique à très haut risque d'acquisition d'ITSS.

1. G. LAMBERT et al., ARGUS 2008-2009 : Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes, Rapport synthèse, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada, 2012.

RÉINFECTIONS POTENTIELLES

Méthodologie : Pour tous les cas validés entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2016, d'autres épisodes pour une même personne ont été recherchés dans l'ensemble des épisodes validés depuis le 1^{er} janvier 2005. Les DSPublique concernées ont validé l'identité des personnes pour lesquels plus d'un épisode a été identifié, de façon à s'assurer que ce soit les mêmes.

Réinfection potentielle : Un intervalle inter épisode - la différence en jour entre les dates de prélèvement – d'au moins trois mois (90 jours et plus) pour une même personne¹ a été retenu comme critère pour classer le second épisode en tant que réinfection potentielle. Ce délai est déterminé de façon arbitraire compte tenu que un nouvel épisode est déclaré pour un même personne, il est difficile de discriminer s'il s'agit d'une nouvelle infection ou d'une infection non résolue. Plus le délai entre les deux épisodes est grand plus la probabilité qu'il s'agisse d'une nouvelle infection est élevée, surtout dans le contexte où les cas de LGV surviennent dans une population à risque très élevé de contracter une ITS. De plus, pour les patients ayant reçu le traitement recommandé, la probabilité d'infection non résolue en est diminuée.

En 2016, deux épisodes répétés chez une même personne ne respectant pas le critère d'intervalle de 90 jours sont survenus et ont été analysés de façon distincte. Il pourrait s'agir d'un épisode initial non résolu avec persistance de l'infection.

Dans cette section, seront présentées dans l'ordre a) les données relatives aux épisodes multiples pour les personnes, b) l'analyse des infections possiblement non résolues et, après ajustement des données, c) les analyses sur les réinfections potentielles.

1) Intervalle entre deux épisodes proposé par M. Rönn, Hughes, G., White, P, et al. Characteristics of LGV repeaters: analysis of LGV surveillance data, *Sexually Transmitted Infections*, 2014, 90 : 275–278.

RÉINFECTIONS POTENTIELLES

LGV, Personnes infectées selon le nombre d'épisodes de réinfection, P.Québec, 2013 à 2016

Personnes	N= 303	
	n	%
Un seul épisode	267	88%
Épisodes multiples	36	12%
Au moins une réinfection potentielle	34	11%
une seule réinfection potentielle et un délai inter épisodes de moins de 90 jours	1	0,3%
un délai inter épisodes de moins de 90 jours	1	0,3%
Réinfections potentielles	35	12%
Délais inter épisodes de moins de 90 jours	2	1%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

Discussion :

- Après validation des DSPublique, on constate que les 338 épisodes validés de 2013 à 2016 sont attribués à 303 personnes.
- 267 personnes ont eu un seul épisode.
- 36 personnes ont eu plus d'un épisode.
 - 35 personnes ont des délais inter épisodes de plus de 90 jours. Parmi ces personnes, une a eu un troisième épisode à moins de 90 jours du précédent.
 - 1 personne a eu un second épisode à moins de 90 jours du précédent.
- Aussi pour la période, des réinfections potentielles sont survenues chez 35 personnes.

- **Réinfection potentielle** : Un intervalle inter épisode de 90 jours et plus pour une même personne.

RÉINFECTIONS POTENTIELLES

Description des cas dont le délai inter épisodes est de moins de 90 jours

- En 2016, 2 épisodes – pour deux personnes distinctes – ont été validés à moins de 90 jours d'intervalle.
- Les deux cas sont des résidents de Montréal.

1^{er} cas :

- 1^{ere} consultation : la personne présente des pertes rectales et reçoit une injection de Ceftriaxone 250mg. Le prélèvement a lieu le même jour. Le résultat de confirmation de la LGV sera reçu 29 jours plus tard.
- 2^e consultation : 66 jours après le 1^{er} prélèvement. La personne rapporte des symptômes de rectite qui sont réapparus environ 8 jours auparavant. Un traitement de Doxycycline 100mg PO, BID 21 jrs est prescrit. Un prélèvement sera réalisé le jour suivant. Il s'est avéré positif pour LGV.
- Analyse: considérant que le traitement initial n'était pas optimal, une infection initiale non résolue est possible mais la disparition initiale des symptômes suivie d'une reprise de symptômes pourrait aussi témoigner d'une nouvelle infection.

2^e cas :

- 1^{ere} consultation : la personne est asymptomatique et consulte pour un dépistage. Aucun traitement n'est administré à ce moment et un prélèvement est réalisé. Le résultat de confirmation de la LGV sera reçu 77 jours plus tard, le jour même du second prélèvement.
- 2^e consultation : 77 jours après le 1^{er} prélèvement la personne consulte pour des manifestations cliniques de rectite. Un prélèvement est réalisé et s'est avéré positif pour LGV. Un traitement de Doxycycline 100mg PO, BID 21 jrs est prescrit 7 jours après le second prélèvement.
- Analyse: Considérant l'absence de traitement lors de l'épisode initial, Infection non résolue probable

RÉINFECTIONS POTENTIELLES

Parmi les 35 personnes pour lesquelles une réinfection potentielle a été retracée, 11 (31%) avaient présenté au moins un épisode avant 2013. Puisque les données des épisodes survenus avant 2013 sont incomplètes, ces épisodes sont donc exclus des analyses.

LGV, Personnes infectées selon le nombre d'épisodes, P.Québec, 2013 à 2016

Personnes	N= 303	
	n	%
Un seul épisode	268	88%
Réinfections potentielles	35	12%
Personnes s'étant réinfectées une seule fois	26	9%
Personnes s'étant réinfectées une seconde fois ¹	9	3%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

1) Ces personnes ont été infectées 3 fois.

LGV, Ventilation des épisodes selon les personnes, P.Québec, 2013 à 2016

Épisodes	N= 336			
	n	n	n	%
Épisodes uniques ¹	268			80%
Épisodes chez les personnes se réinfectant	68			20%
Premier épisode		25		7%
Réinfections potentielles		43		13%
2e épisode			34	10%
3e épisode			9	3%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

Notes :

Les épisodes antérieurs à 2013 sont exclus du tableau

1) Sans antécédant d'infection à la LGV

Discussion :

- De 2013 à 2016, 35 personnes se sont réinfectées (12% des personnes infectées à la LGV durant la période), soit 26 pour lesquels on constate une seconde infection et 9, une troisième infection.
- Durant la période, 68 épisodes (20% des épisodes) sont attribués aux 35 personnes qui se sont réinfectées.

RÉINFECTIONS POTENTIELLES

LGV, Intervalle entre les épisodes de réinfection potentielle, P.Québec, 2013 à 2016

Intervalles en mois/années révolues	(N= 43)	
	n	%
Moins d'un an	17	40%
3 mois à 6 mois	7	16%
7 mois à 12 mois	10	23%
1 an	15	35%
2 ans	2	5%
3 ans	2	5%
4 ans et plus	7	16%

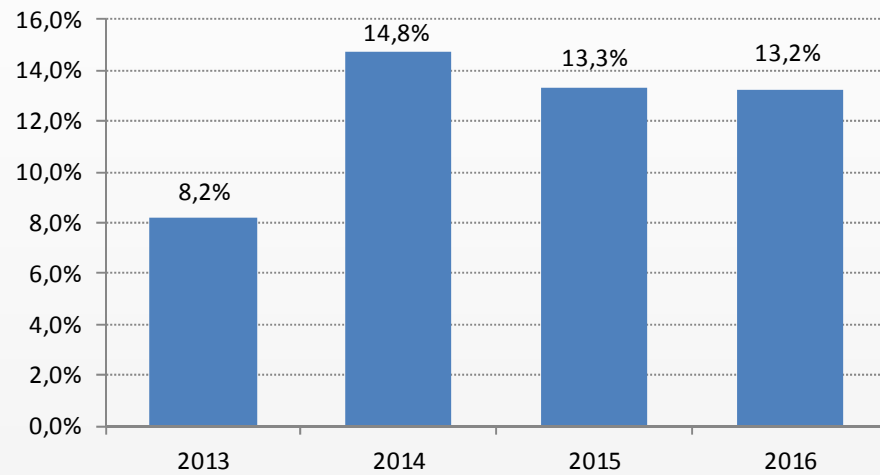
Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

Discussion :

- Le délai minimum observé entre 2 réinfections potentielles est de 108 jours; le maximum est de 3 846 jours (10 ½ ans).
- 75 % des réinfections ont lieu dans les deux ans suivant le premier épisode.
- 7 personnes se sont potentiellement réinfectées entre 3 et 6 mois après un premier épisode : 4 ont reçu un traitement conforme au premier épisode; pour les 3 autres, le traitement au premier épisode est inconnu. Au deuxième épisode, pour les 7 cas, le traitement était conforme.
- Les personnes qui n'ont eu qu'un épisode sont en moyenne plus jeune à l'infection (40 ans) que ceux qui se réinfectent le sont à leur premier épisode (43,2 ans) ; (p=NS).

RÉINFECTIONS POTENTIELLES

LGV, proportion de réinfection, Hommes, P. Québec, 2013 à 2016



Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

Discussion :

- Le pourcentage de réinfection annuelle pour les 3 dernières années d'observation se maintient à 13 % ce qui est élevé.

RÉINFECTIONS POTENTIELLES

LGV, Certaines caractéristiques des personnes se réinfectant comparées à celles de personnes infectées une seule fois, P.Québec, 2013 à 2016

Caractéristiques	à la dernière réinfection (N= 35)		une seule infection (N= 268)	
Âge				
15-24 ans	1/35	3%	21/268	8%
25-34 ans	7/35	20%	82/268	31%
35-44 ans	7/35	20%	78/268	29%
45-54 ans	12/35	34%	59/268	22%
55 ans et plus	8/35	23%	28/268	10%
Raisons de consultation				
Contact LGV	2/29	7%	9/243	4%
Dépistage	11/29	38%	52/243	21%
Asymptomatiques à la consultation	10/30	33%	55/245	22%
Antécédents d'ITSS				
Infection au VIH	29/30	97%	155/193	80%
Syphilis	27/27	100%	132/173	76%
Gonorrhée	24/25	96%	118/162	73%
Hépatite B	3/9	33%	6/76	8%
Hépatite C	2/8	25%	8/80	10%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

Notes : pour les personnes se réinfectant, ce sont les données du dernier épisode qui sont prises en compte.

LGV, Certaines caractéristiques des personnes se réinfectant comparées à celles de personnes infectées une seule fois, pour les 12 derniers mois, P.Québec, 2013 à 2016

Caractéristiques	à la dernière réinfection (N= 35)		une seule infection (N= 268)	
Nombre de partenaires				
1 à 3	3/18	17%	25/165	15%
4 à 10	4/18	22%	58/165	35%
11 à 20	4/18	22%	49/165	30%
plus de 20	7/18	39%	33/165	20%
Relation avec résident hors Québec	6/19	32%	47/164	29%
Contexte de rencontre				
Sauna	15/18	83%	108/146	74%
Internet	12/16	75%	114/142	80%
Club/bar	4/12	33%	30/86	35%
Travailleur du sexe	0/16	0%	10/149	7%
Client de travailleur du sexe	0/16	0%	7/154	5%
Usage de drogue	17/22	77%	106/194	55%
Utilisateur de drogues injectables	1/23	4%	8/182	4%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

Notes :

Pour les personnes se réinfectant, ce sont les données du dernier épisode qui sont prises en compte.

RÉINFECTIONS POTENTIELLES

Discussion :

- De 2013 à 2016:
 - 303 hommes ont été infectés par la LGV.
 - 268 hommes n'auraient été infectés qu'une fois.
 - Pour 35 personnes (35/303, 12 %), au moins un autre épisode a pu être retracé.
 - On dénombre 68 épisodes validés pour 35 personnes avec plus d'une infection, soit 20 % de tous les épisodes.
 - Les 68 épisodes se déclinent ainsi : 25 premiers épisodes et 43 épisodes de réinfections potentielles. Parmi les 43, 34 étaient un 2^e épisode et 9 étaient un 3^e épisode.
 - Il y a 11 épisodes antérieurs à 2013. Ces 11 épisodes sont relatifs à 10 hommes (l'un d'eux a eu un premier épisode avant 2013). Six des 10 hommes se sont infectés pour la première fois en 2005 ou 2006 (période d'émergence) ce qui marque sans doute chez ceux-ci une persistance temporelle des comportements à risque d'acquisition de la LGV.
 - En comparant les hommes se réinfectant à ceux qui n'ont connu qu'un épisode d'infection, on constate que les 45 ans et plus se réinfectant sont significativement sur représentés par rapport à ceux qui n'ont connu qu'un épisode (57 % vs 32%; $p=0,004$).
 - La comparaison fait aussi ressortir pour les cas qui se réinfectent des proportions significativement plus élevées :
 - d'antécédents d'ITSS ($p<0,05$) : VIH : 97% vs 80%; Syphilis : 100% vs 76%; Gonorrhée : 96% vs 73%; VHB : 33% vs 8%
 - d'usage de drogues 77% vs 55% $p=0,04$
 - Autres différences notables mais non significatives :
 - Les cas se réinfectant ayant plus de 11 partenaires au cours des 12 derniers mois est de 61 % contre 50 % pour ceux qui n'ont connu qu'un épisode.
 - La proportion des Montréalais se réinfectant est le double celle des résidents hors Montréal 13 % (31/241) vs 6 % (4/62) ; 89 % des cas de réinfection résident à Montréal.
- Cela semble compatible avec une prise de risque particulièrement élevée.
- Par contre, les cas se réinfectant sont plus susceptibles de se présenter en dépistage (38% vs 21% $p=0,046$).

RÉINFECTIONS POTENTIELLES

La proportion des réinfections potentielles est élevée. Cette observation est cohérente avec la circulation du pathogène dans un groupe restreint. Même si, dans l'ensemble, les cas de LGV se caractérisent comme une population à risque élevé d'ITSS, les caractéristiques des personnes avec réinfections identifient une sous-population encore plus à risque

En Angleterre, on rapporte¹ qu'entre 2004 et 2010, 66 cas parmi 1 281 HARSAH atteints par la LGV ont été réinfectés (> 3 mois entre deux épisodes). Ces personnes étaient plus susceptibles d'être séropositives pour le VIH, de visiter une clinique à Londres, d'avoir contracté l'hépatite C.

Selon l'article, la réinfection suggère des relations régulières avec des partenaires infectés par la LGV. Les personnes qui se réinfectent appartiendraient potentiellement à un groupe qui soutient la transmission de la LGV.

Dans l'épidémiologie classique, les renseignements des personnes qui se réinfectent sont utilisés pour expliquer la persistance d'une ITS par la saturation de l'infection au sein d'un petit sous-groupe de la population à haut risque.

L'identification de ces sous-groupes pourrait être une piste pour une intervention ciblée.

1) Traduit et adapté de : M. Rönn, Hughes, G., White, P, et al. Characteristics of LGV repeaters: analysis of LGV surveillance data, *Sexually Transmitted Infections*, 2014, 90 : 275–278.

RÉINFECTIONS POTENTIELLES

Dans une perspective de surveillance régulière (validation des épisodes au fichier MADO), que faire avec un nouvel épisode survenant moins de 90 jours après un épisode antérieur ?

La règle de base pour considérer que deux déclarations de LGV réfèrent à un seul épisode est celle du Recueil des définitions nosologiques; pour les deux cas répertoriés, le délai de 3 semaines est largement excédé.

Recueil des définitions nosologiques, MSSS, 2016, note page 39

1) Étant donné qu'un délai minimal de 3 semaines doit être observé avant que ne soit effectué un test de contrôle par détection d'acides nucléiques, un nouvel épisode d'infection à C. trachomatis ne devrait pas être validé à l'intérieur de cette période, sauf si des renseignements cliniques permettent d'arriver à une autre conclusion.

- Aussi toute déclaration reçue plus de 3 semaines après une déclaration précédente pour une même personne sera considérée comme un épisode distinct dans une perspective de surveillance afin de respecter les définitions nosologiques qui visent à assurer la cohérence des données de surveillance. Cette disposition s'applique même si l'enquête épidémiologique nous oriente vers une infection non résolue (ex : absence de traitement du premier épisode).
- Le critère de 90 jours pour considérer une réinfection demeure arbitraire et est utilisé uniquement pour raffiner les analyses dans le contexte de vigie rehaussée.

ANALYSE SELON LE STATUT VIH

LGV chez les hommes : Répartition des cas selon le statut VIH et l'année, P. Québec 2013-2016

Statut VIH	2013 N= 49	2014 N= 61	2015 N= 105	2016 N= 123	Total
Statut connu					
PVVIH	35 88%	47 90%	64 77%	64 83%	210 83%
Non PVVIH	5 13%	5 10%	19 23%	13 17%	42 17%
Total	40 100%	52 100%	83 100%	77 100%	252 100%
Statut inconnu	9 18%	9 15%	22 21%	46 37%	86 25%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

Note : Le dénominateur de la proportion est le nombre de cas dont le statut est connu. Il exclut les statuts inconnus

LGV, Répartition du statut VIH inconnu selon l'âge, P. Québec, 2013 à 2016

Âge	(N inconnu = 86)	
	N	%
15-24 ans	6/23	26%
25-34 ans	30/98	31%
35-44 ans	24/92	26%
45-54 ans	17/83	20%
55 ans et plus	9/42	21%
Tous âges	86/338	25%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

Discussion :

- De 2013 à 2016, le statut VIH est connu pour 75% des épisodes (252/338)
- Cependant :
 - En 2013-2014, le statut VIH était connu pour 84 % (92/110) des cas, alors qu'en 2015-2016 le statut VIH est connu pour 70 % (160/228) des cas.
 - Pour l'ensemble de la période, la proportion des statuts VIH inconnus diminue avec l'âge. Elle est la plus élevée dans le groupe d'âge où il y a le plus de cas (25-34 ans).

ANALYSE SELON LE STATUT VIH

LGV, Certaines caractéristiques des PVVIH comparées à celles des NON PVVIH, P.Québec, 2013 à 2016

Caractéristiques	PVVIH (N= 210)		Non PVVIH (N= 42)	
Âge				
15-24 ans	13/210	6%	4/42	10%
25-34 ans	55/210	26%	13/42	31%
35-44 ans	56/210	27%	12/42	29%
45-54 ans	57/210	27%	9/42	21%
55 ans et plus	29/210	14%	4/42	10%
Moyenne	42,0		39,8	
Raisons de consultation				
Contact LGV	9/202	4%	1/42	2%
Dépistage	47/202	23%	9/42	21%
Asymptomatiques à la consultation	46/205	22%	9/42	21%
Antécédents d'ITSS				
Syphilis	142/163	87%	18/40	45%
Gonorrhée	116/143	81%	21/38	55%
Hépatite C	8/67	12%	1/33	3%
Aucun antécédent			9/37	24%
Deux antécédents	34/210	16%	7/37	19%
Plus de 2 antécédents	141/210	67%	14/37	38%
Réinfections potentielles	39/210	19%	1/42	2%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

LGV, Certaines caractéristiques des PVVIH comparées à celles des NON PVVIH pour les 12 derniers mois, P.Québec, 2013 à 2016

Caractéristiques	PVVIH (N= 210)		Non PVVIH (N= 42)	
Nombre de partenaires¹				
1 à 3	24/129	19%	6/33	18%
4 à 10	48/129	37%	11/33	33%
11 à 20	28/129	22%	8/33	24%
plus de 20	29/129	22%	8/33	24%
Relation avec résident hors Québec¹	26/131	20%	15/34	44%
Contexte de rencontre¹				
Sauna	89/127	70%	16/25	64%
Internet	86/120	72%	25/28	89%
Club/bar	28/88	32%	6/13	46%
Travailleur du sexe¹	6/138	4%	1/27	4%
Client de travailleur du sexe¹	7/134	5%	0/27	0%
Usage de drogue¹	89/160	56%	15/36	42%
Utilisateur de drogues injectables¹	6/151	4%	0/34	0%

Source : Fichier LGV, compilation DVS d'après les formulaires d'enquête obtenus des DSPublique

ANALYSE SELON LE STATUT VIH

En 2015, la proportion des PVVIH parmi les cas a diminué à 77 % par rapport à 2013-14 (89 %) pour remonter en 2016 à 83%. La proportion de PVVIH de 2013 à 2016 est de 83 %.

En comparant les PVVIH et les NON PVVIH (personnes qui ne rapportent pas d'infection au VIH) parmi les cas de LGV on constate que :

- Les cas PVVIH sont plus susceptibles de résider à Montréal (181/211; 86%) que les non PVVIH (29/41; 71%); (p=0.02).
- Les PVVIH par rapport aux non PVVIH ont des proportions significativement plus élevées :
 - d'antécédents d'ITSS (p<0,001) : Syphilis (87 % vs 45 %); Gonorrhée (81 % vs 55 %).
 - de plus de 2 antécédents d'ITSS (67 % vs 38 %; p=0,00)
 - de plus de 4 antécédents d'ITSS (44 % [93/210] vs 14 % [5/37]; p=0,00) données non présentées.
 - de réinfections potentielles (19 % vs 2 %; p=0,01); 39 cas de réinfection chez les PVVIH contre 1 chez les NON PVVIH.
- Les PVVIH sont moins susceptibles d'avoir des relations avec des résidents hors Québec (20 % vs 44 %; p=0,00).

Par ailleurs

- Parmi les PVVIH, 56 % rapportent consommer des drogues contre 42% pour les non PVVIH (différence non statistiquement significative). Pour les 3 drogues les plus rapportées aucune différence significative n'est observée entre PVVIH et non PVVIH : Ecstasy (18% vs 8%), Crystal Meth (18% vs 18%) et Hash-pot (19% vs 10%).
- Tous les utilisateurs de drogues injectables pour lesquels le statut VIH est connu sont des PVVIH (n=6).
- Tous les clients de travailleur du sexe (7) sont des PVVIH.
- Les contextes de rencontre sont légèrement différents: les PVVIH rapportent moins de rencontres par internet (72 % VS 89 %) et plus de rencontres dans les saunas (70% vs 64%) que les non PVVIH mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

En résumé , il n'a pas été possible de mettre en évidence des différences statistiquement significatives entre les cas de LGV qui sont PVVIH et les cas de LGV chez les non PVVIH, sauf pour ce qui est du lieu de résidence, des antécédents d'ITS comme la syphilis, la gonorrhée, le fait d'avoir plus de 2 antécédents d'ITSS, les réinfections potentielles et avoir eu des partenaires hors-Québec

ANALYSE SELON LE STATUT VIH

Malgré toutes ces différences, les PVVIH et non PVVIH ont les mêmes profils de nombre de partenaires rencontrés au cours des 12 derniers mois.

Considérant que les non PVVIH ont moins d'antécédents d'ITSS, des réinfections quasi inexistantes, il est possible que leur prise de risque soit plus récente.

Considérant que les personnes non PVVIH chez lesquelles une LGV a été déclarée cumulent plusieurs facteurs de risque, qu'il est possible que ces personnes aient acquis leur infection d'une PVVIH puisque cette infection est rapportée chez la majorité des cas de LGV, il serait pertinent de connaître l'usage de PrEP au sein des Non PVVIH et la charge virale des PVVIH, pour avoir une estimation du risque de transmission du VIH en lien avec la progression de la LGV

Il semble que l'éclosion (résurgence) se maintient grâce à un groupe à très haut risque suffisamment important où les PVVIH sont surreprésentés.

SOMMAIRE – PÉRIODE RÉSURGENCE

- Le taux d'incidence annuel par 10 000 personnes-années de la LGV au Québec progresse (2013 : 43,6; 2016 : 107,7). En 2016 le taux annuel n'a cru que de 16% comparativement aux années antérieures (2015 : 72%; 2014 : 26%). Par ailleurs, on remarque que les taux annuels montréalais de 2015 et 2016 sont identiques alors que celui des résidents hors Montréal pour, les mêmes années, a doublé (2015 : 28,1; 2016 : 55,8). Cela étant, les taux de 2016 sont les observations les plus élevées depuis 2005.
- La majorité des cas (74 %) sont détectés sur la base de symptômes. En 2016 cette proportion diminue à 67 %. Elle était de 81% en 2013-2015.
- La fréquence des manifestations cliniques spécifiques à la LGV – qui ne sont pas mutuellement exclusifs – est : symptômes de rectite (86 %), ulcération/papule (12 %) et lymphadénopathie (13 %).
- La majorité (77 %) des cas validés ont reçu un traitement conforme aux recommandations.
- Presque tous les cas ont un antécédent d'ITSS. Le VIH est omniprésent. Les antécédents de syphilis, d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique sont aussi très fréquents et nous indiquent qu'il s'agit d'une sous-population avec des risques très élevés d'ITSS.
- La moitié des cas (50%) rapportent 11 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois; cette proportion était de 45% en 2013-2015, Elle est de 57% en 2016. L'augmentation de cette proportion est observée tant à Montréal que dans le reste du Québec.
- Dans l'ensemble de la période de résurgence, un peu plus de la moitié des cas (57%) a consommé de la drogue au cours de l'année précédant l'infection mais cette proportion a nettement augmenté en 2016. Cette tendance mérite d'être surveillée et des liens seraient à faire avec les études comportementales auprès des HARSAH et des PVVIH pour documenter si cette tendance est spécifique au bassin de personnes atteintes de LGV ou si elle reflète des modifications de comportements des HARSAH en général.
- Onze cas ont rapporté avoir eu des relations sexuelles en lien avec le travail du sexe.
- Pour l'ensemble de la période la proportion des réinfections est élevée (12 %). Cette observation est cohérente avec la circulation du pathogène dans un groupe restreint.
- Même si, dans l'ensemble, les cas de LGV se caractérisent comme une population à risque élevé d'ITSS, les caractéristiques des personnes avec réinfections identifient une sous-population encore plus à risque.

SOMMAIRE – PÉRIODE RÉSURGENCE

Portrait des cas

- HARSAH exclusifs (98 %).
- Adultes relativement âgés, en moyenne 40 ans.
- Presque tous les cas présentent des antécédents d'ITSS (97 %), notamment le VIH (83 %) et la syphilis (84 %).
- La majorité des cas proviennent de la région de Montréal (81%). Toutefois cette proportion était de 72% en 2016, proportion beaucoup plus faible que qu'au cours des années précédentes.

La LGV se transmettrait au sein d'un groupe relativement restreint.

- Facteurs soutenant l'hypothèse :
 - La quasi-totalité des cas sont HARSAH exclusif (98 %).
 - La proportion des PVVIH (83 %) est très élevée.
 - L'absence de transmission soutenue hors Montréal et hors Montérégie : 50% (13/26) cas résidant hors de ces deux régions rapportent des expositions hors de leur région.
 - Le taux de réinfections potentielles est relativement élevé (12%; 35/303).
 - Le taux d'incidence est faible au sein de la population, nettement inférieur à celui de la syphilis.

Rôle potentiel du sérotriage dans la concentration de l'infection au sein des HARSAH PVVIH

Considérant que la proportion de cas ayant de multiples partenaires est élevée et que la LGV semble se maintenir au sein d'une sous-population de HARSAH PVVIH, le sérotriage contribue-t-il à ce que cette infection soit surtout concentrée chez des HARSAH PVVIH ?

Le sérotriage est la stratégie pour restreindre les relations anales non protégées aux partenaires séroconcordants, de même statut sérologique. Des études chez les HARSAH séropositifs démontrent qu'entre 22,5 et 29,1 % des répondants pratiquent le sérotriage^{1,2}.

1. Snowden, Jonathan M., H. Fisher Raymond et Willi McFarland. (2009). Prevalence of seroadaptive behaviors of men who have sex with men, San Francisco, 2004. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 85, no 6, p. 469-476.
2. McFarland, Willi, Yea-Hung Chen, H. Fisher Raymond, Binh Nguyen, Grant Colfax, Jason Mehrtens, Tyler Robertson, Ron Stall, Deb Levine et Hong-Ha M. Truong. (2011). HIV seroadaptation among individuals, within sexual dyads, and by sexual episodes, men who have sex with men, San Francisco, 2008. *AIDS Care*, vol. 23, no 3, p. 261-268.

COMPARAISON : QUÉBEC - COLOMBIE-BRITANNIQUE (BC)

Une analyse de l'épidémiologie de la LGV au BC été présentée lors du Congrès annuel canadien de recherche sur le VIH/sida à Montréal en avril 2017

Sommairement :

- On constate l'émergence de 2004 à 2007, une période d'incidence à bas bruit de 2008 à 2010 et la résurgence de l'infection depuis 2011 avec une hausse très importante du nombre de cas en 2015.
- Début de la recherche systématique de LGV parmi les spécimens ano-rectaux positifs pour *C. trachomatis* en 2011
- Dépistage systématique au site ano-rectal chez les HARSAH dans les cliniques du British-Columbia Center for Disease Control (BCCDC) depuis 2012
- Une vigie rehaussée est en cours.
- Les données recueillies au Québec ne sont pas toujours comparables à celles du BC

Source :

Wong J, Hoang L, Makaroff S, Montgomery C, Severini A, Goldman L, Gilbert M, Grennan T. Epidemiology and Risk Factors of Lymphogranuloma Venereum in British Columbia from 2011-2015.

Présentation de Troy Grennan, 7 avril 2017

https://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2015/10/CAHR2017_AbstractVolume_Mar29.pdf (abrégé EPH2.02)

COMPARAISON : QUÉBEC - COLOMBIE-BRITANNIQUE (BC)

LGV, Comparaison Colombie Britannique et P.Québec

Cas de LGV	Colombie-Britannique 2011-2015 125 cas	Québec 2013-2016 338 cas masculins
Âge	60% 40 à 59 ans	45% 40 à 59 ans
Sexe partenaires	100% HARSAH, 6% non exclusifs	99% HARSAH, 2% non exclusifs
Présentation clinique	88% rectite, 12% asymptomatique	67% rectite, 23% asymptomatique
Statut VIH	66% (4% d'inconnus)	83% (25% d'inconnus)
Charge virale	74% indétectable	Non disponible Variable incluse dans le prochain questionnaire d'enquête
	18% entre 40 et 1000 copies	
	7% charge de plus de 1000 copies	
	11% inconnus	

Source :

Wong J, Hoang L, Makaroff S, Montgomery C, Severini A, Goldman L, Gilbert M, Grennan T. Epidemiology and Risk Factors of Lymphogranuloma Venereum in British Columbia from 2011-2015.

Présentation de Troy Grennan, 7 avril 2017

https://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2015/10/CAHR2017_AbstractVolume_Mar29.pdf (abrégé EPH2.02)

Discussion

- L'évolution de l'épidémie ressemble à celle du Québec (émergence, bas bruit, résurgence) cependant le nombre de cas validés est beaucoup plus élevé au Québec.
- La proportion de cas chez les moins de 40 ans semble plus élevée au Québec.
- La proportion de cas asymptomatique semble plus élevée au Québec même si le dépistage du LGV est en vigueur en CB depuis 2012.
- La proportion de PVVIH semble beaucoup plus élevée au Québec; à noter que la proportion de cas où l'information n'est pas connue est aussi plus élevée au Québec.
- Les informations recueillies sur la charge virale en CB indiquent que la grande majorité des cas ont une charge virale indétectable ou faible; un risque de transmission du VIH pourrait être un enjeu important dans 7% des cas qui ont une charge virale élevée dans la mesure où les partenaires de ces cas ne sont pas encore infectés. Les données sur la charge virale ne sont pas recueillies au Québec pour l'instant.

BREF APERÇU SUR L'ANNÉE 2017

- Le nombre de déclaration de la LGV pour les 10 premiers mois de 2017 (N=80) est en baisse de 20% par rapport à 2016 (N=97).
- En 2017 après 10 mois d'observations :
 - Tous les cas validés, à l'exception d'un cas dont le sexe n'est pas précisé, sont des hommes.
 - Quant à l'âge des cas au Québec en 2017 :
 - la moyenne d'âge (42,6 ans) est à la hausse par rapport à 2016 (40,9 ans).
 - la proportion des cas de 50 ans et plus est de 29 % ;
 - la proportion des jeunes de moins de 25 ans (N=2) demeure marginale (environ 3%).
 - l'âge moyen à Montréal est de 41,9 ans ; reste du Québec 45,4 ans.
 - 79% des cas résident à Montréal. La proportion des résidents montréalais parmi l'ensemble des cas est à la hausse par rapport à 2016 (72%) mais n'atteint pas la proportion observée de 2013-15 (86%)

Source : Fichier MADO, Infocentre, extraction le 10 novembre 2017.



Section V
Recommandations

RECOMMANDATIONS

Poursuivre la vigie rehaussée qui est pertinente pour :

- Cerner avec plus de précision la sous-population atteinte;
- Vérifier que la transmission demeure limitée au sein d'une population bien spécifique;
- Détecter l'extension de l'éclosion à d'autres clientèles que les HARSAH;
- Avec la modification de la définition nosologique, mieux suivre la proportion de cas asymptomatiques;
- Contribuer à évaluer la pertinence de poursuivre la détection systématique des génotypes LGV pour les spécimens ano-rectaux avec résultats positifs au TAAN (recommandation de l'avis LGV, détection systématique des génotypes LGV pour les spécimens ano-rectaux avec TAAN positif pour *Chlamydia trachomatis*) débuté le 8 février 2016.

Améliorer la qualité des données

- Certaines limites de la collecte de données sont observées : formulaires d'enquête différents, questions différentes, questions ouvertes et semi-ouvertes, quantités de données manquantes.
 - Une révision du questionnaire LGV pour harmoniser la collecte de données est en cours et un nouveau questionnaire devrait être utilisé pour l'année 2018. Un soutien auprès des régions pour l'appropriation du nouveau questionnaire est prévu.
- Pour l'année 2016, la proportion plus importante de données inconnues, notamment pour le statut VIH est préoccupante, et une sensibilisation des régions semble requise pour obtenir une meilleure exhaustivité des renseignements colligés.

Procéder à une analyse de réseau sexuel

- L'analyse des relations (les liens et la nature de ces liens) qui unissent les membres du sous-groupe (les cas de LGV), mis en évidence dans ce rapport, permettrait de décrire les facteurs de risque propres au sous-groupe et la dynamique de la transmission. L'analyse favoriserait l'identification d'interventions efficaces.
- Cependant la faisabilité d'une telle analyse n'est pas acquise. La disponibilité de l'expertise requise pour mener une telle enquête et la contribution des membres du sous-groupe à l'étude présentent d'importants défis.