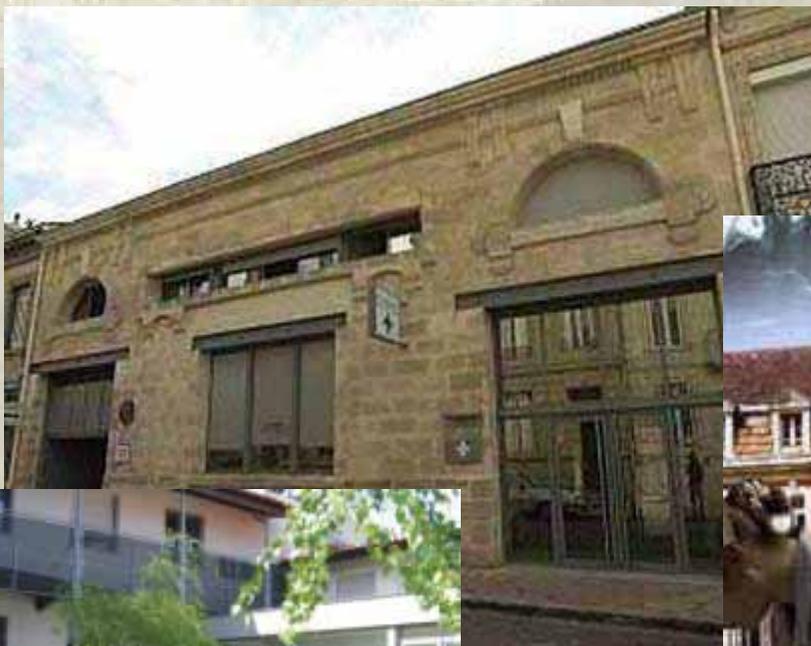


# *Épidémie de LGV en 2006...*

*F. Juguet*



Clinique th.Ducos.

MSPB Bagatelle

Bordeaux

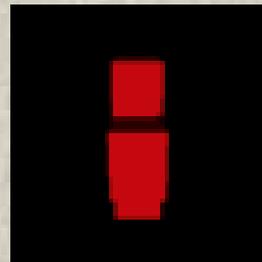
## *Le début de l'histoire*

- ❖ Rotterdam ,début 2003
- ❖ 3 cas de rectite aiguë dues à *chlamydia trachomatis*.
- ❖ Examen des partenaires : diagnostic de Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale chez 15 homosexuels .
- ❖ dont 13 VIH +
- ❖ *C. Trachomatis serovar L2*

Nieuwenhuis RF et al, clin infect dis 2004.

## *La libre circulation*

- ❖ Pratiques sexuelles à haut risque
- ❖ Sujets contacts dans d'autres pays
- ❖ Alerte donnée le 14 janvier 2004 par le « European surveillance system for STI »
- ❖ En France, relai de l'information par l'InVS



## *L'enquête*

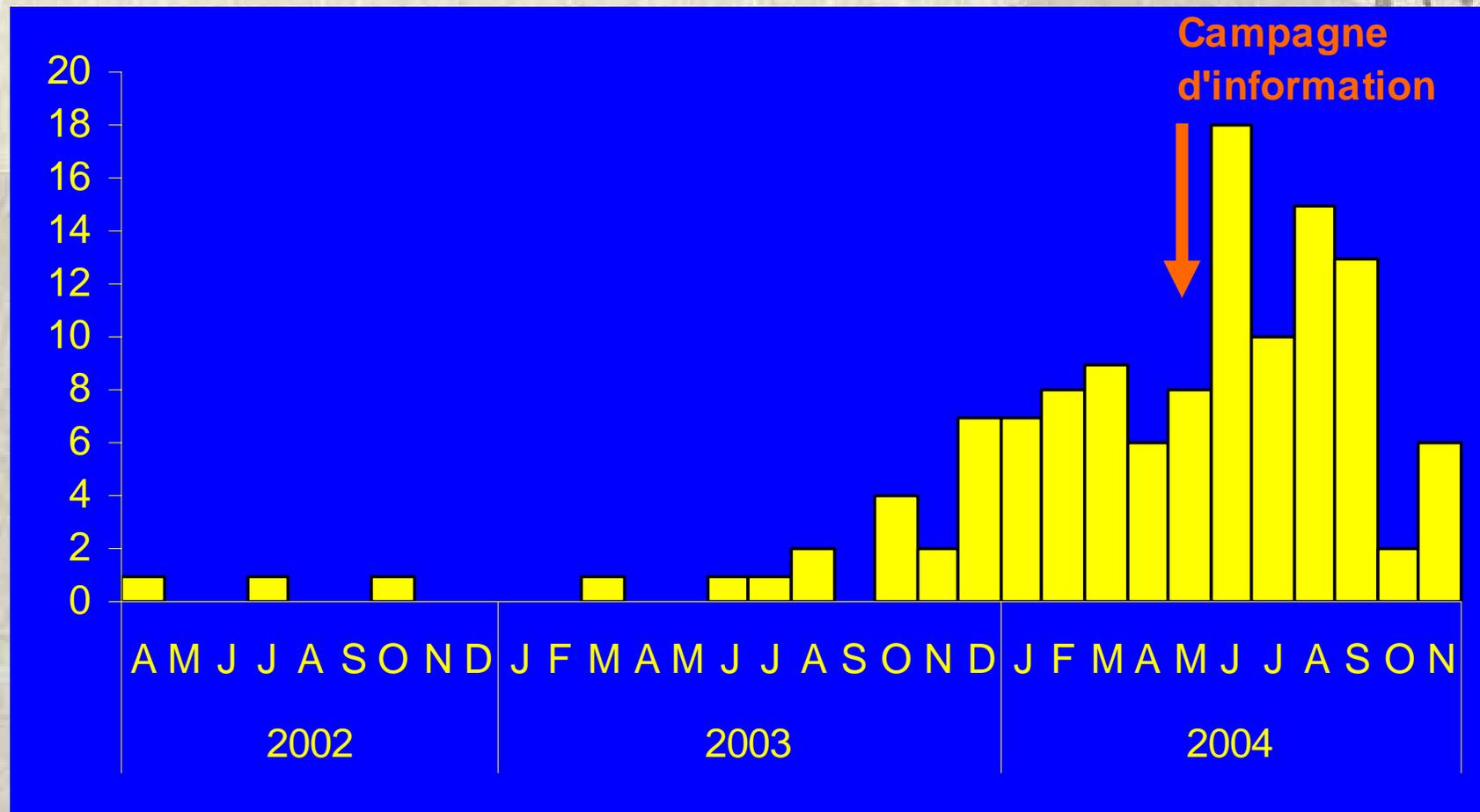
- ❖ Auprès des labos du réseau Renachla, du CNR des chlamydia et des centres parisiens de surveillance de la syphilis.
- ❖ 14 cas rétrospectifs entre octobre 2003 et janvier 2004
- ❖ dus à CT serovar L2

# *L'action !*

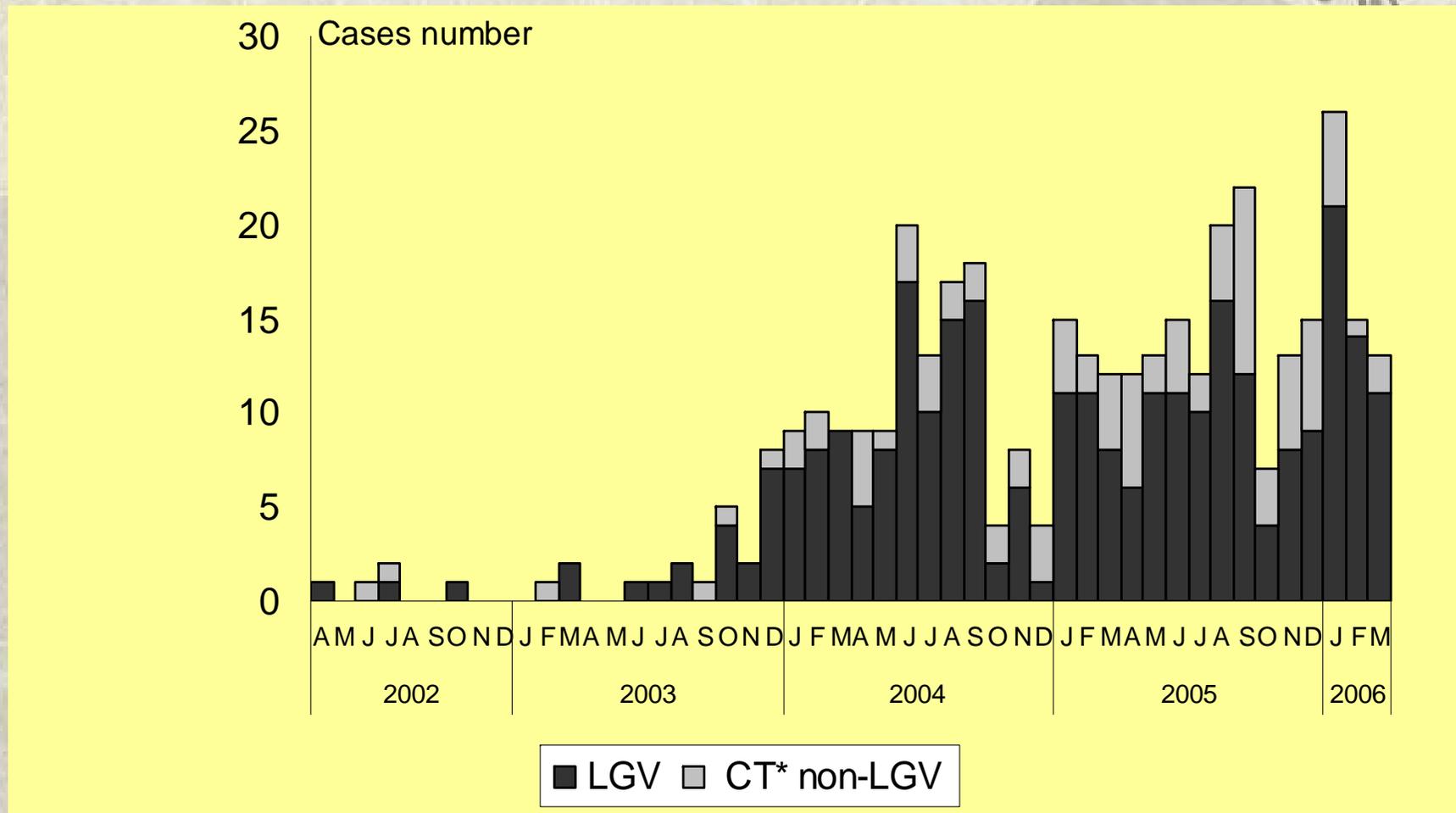
- ❖ Info ciblée.
- ❖ Mise en place d'un réseau sentinelle.
- ❖ Enquête prospective.



# *Situation épidémiologique des cas de LGV rectales en France au 30/11/2004*



# *Et en 2006 ?*



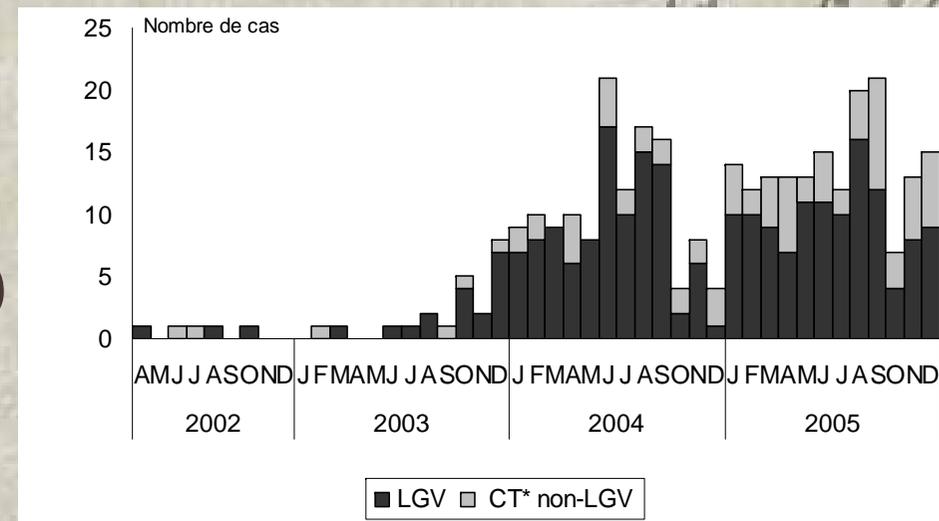
# *Surveillance prospective*

- ❖ InVS
- ❖ Deux DAV, Deux Labos microbio, un centre de proctologie
- ❖ CNR Bordeaux
- ❖ ...
- ❖ Données épidémiologiques simples
- ❖ Génompage.

# Surveillance

- ❖ Depuis mars 2004
- ❖ 323 souches rectales, dont 241 L2 (75%)
- ❖ Variant L2b
- ❖ CT non LGV (25%)

Da et G



Hérída M, De Barbeyrac B et al,



*LGV : Ce  
qui vient  
à l'esprit*



Clinical pictures, University Rotterdam

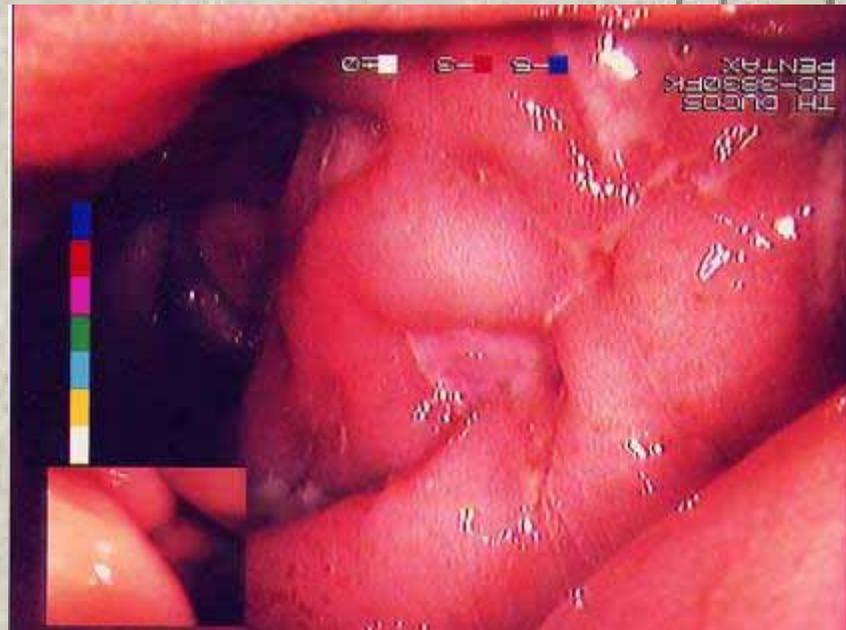
## *Ce que l'on voit aujourd'hui*

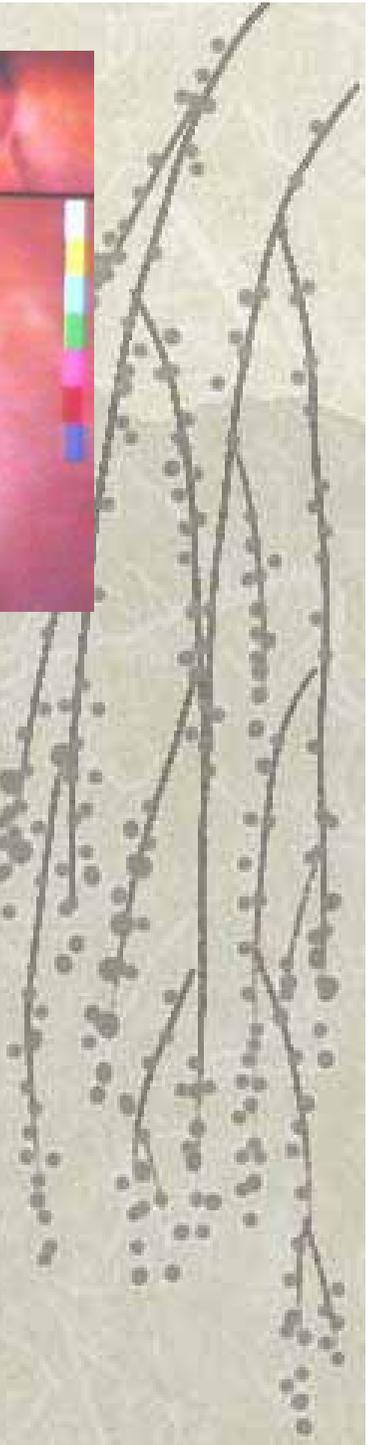
- ❖ Emissions glairo-sanglantes.
  - ❖ Constipation
  - ❖ Ténésme
  - ❖ AEG
- 
- ❖ Parfois depuis très longtemps...

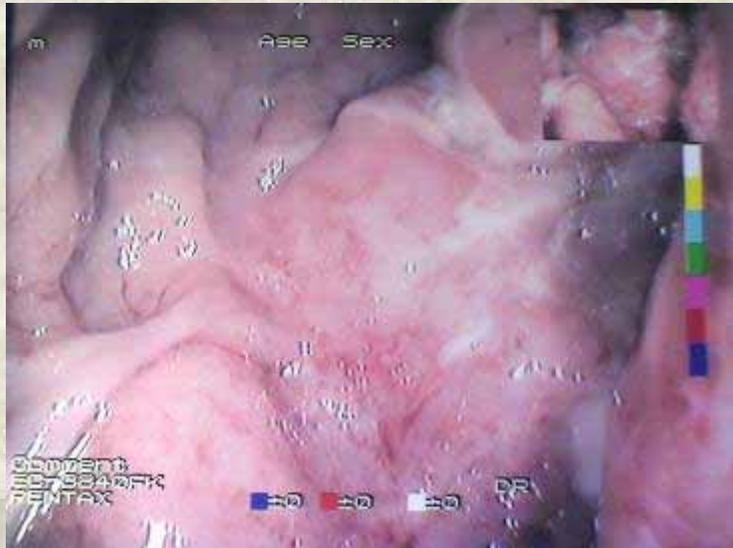


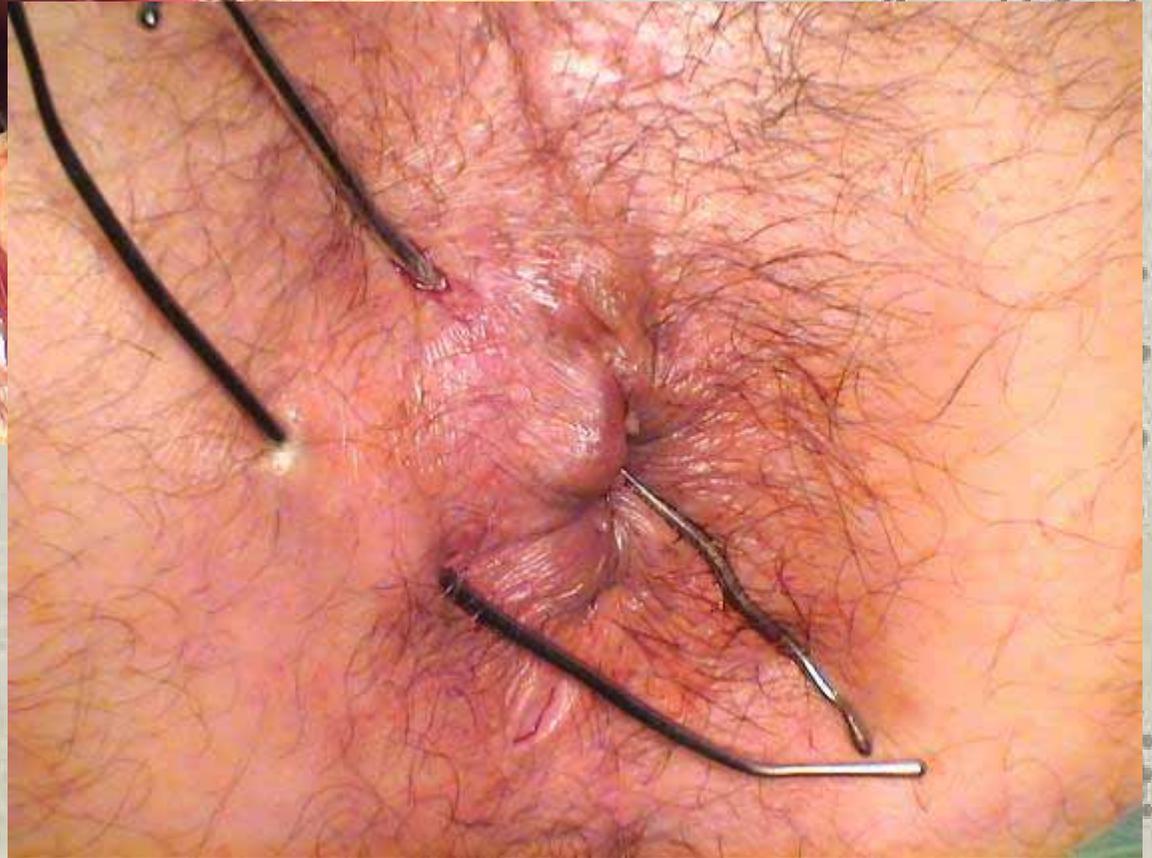
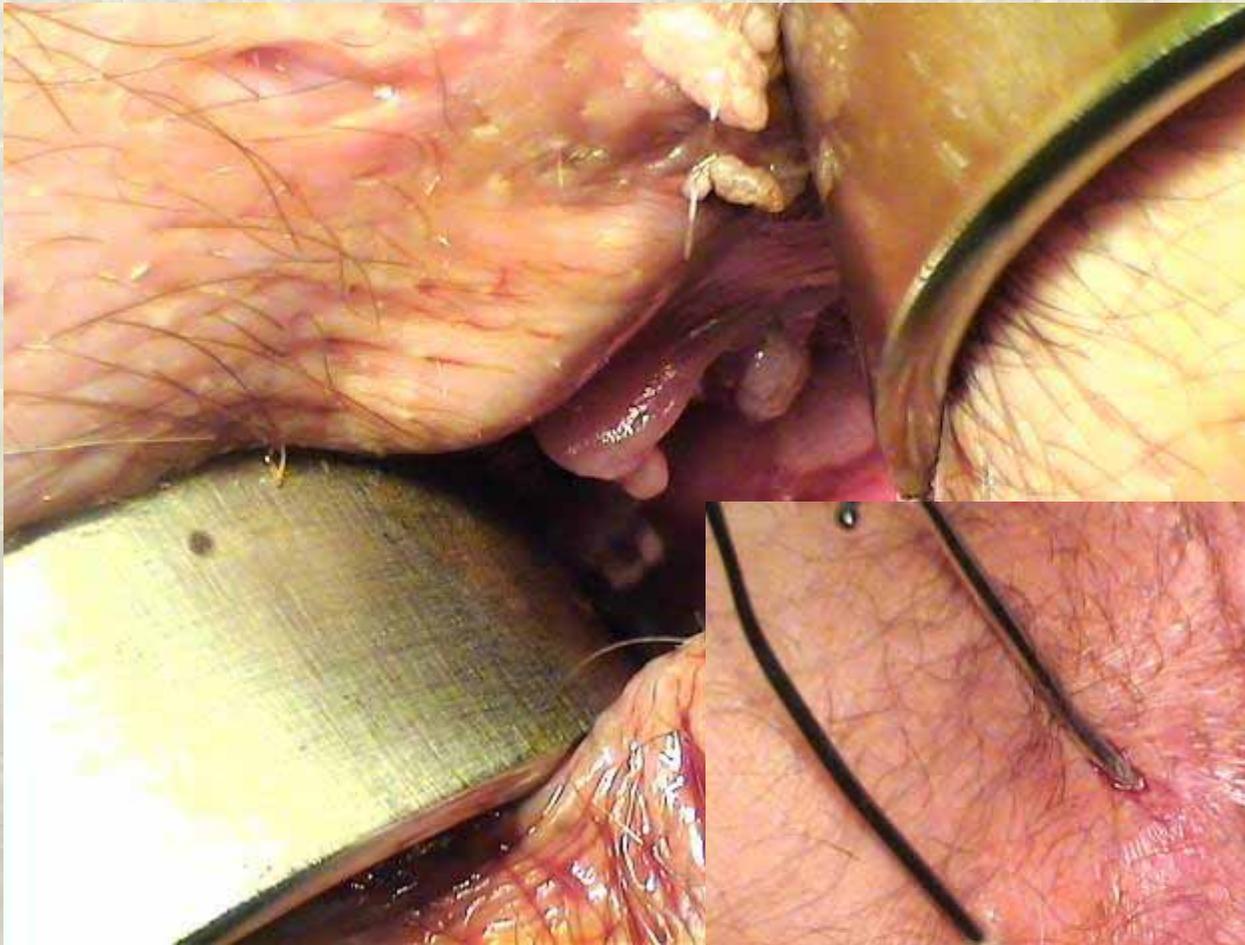
## *Ce que l'on voit aujourd'hui (2)*

- ❖ Marge anale le plus souvent normale
- ❖ Exsudat muco-purulent
- ❖ Erythème
- ❖ Ulcérations plutôt creusantes











## *Chez qui ?*

- ❖ Homosexuels
- ❖ VIH + dans 60 à 90% des cas. (85%)
- ❖ Partenaires multiples (1-8), inconnus ?
- ❖ Surtout rapports réceptifs non protégés.
- ❖ Conduites sexuelles à haut risque, sortant du cadre de la sodomie « ordinaire » ?

# *Diagnostic*

- ❖ Anuscopie suffisante.
- ❖ Écouvillonnage ou biopsie sur milieu 2SP :  
La PCR + confirme l'infection à CT.
- ❖ Certitude : génotypage.
- ❖ Forte probabilité si sérologie fortement +



## *Diagnostic*

- ❖ Rechercher systématiquement les autres IST.
- ❖ 35 à 70% de co-infection hors VIH.
- ❖ Si possible examiner les partenaires.



# *Traitement*

- ❖ Doxycycline 100 mg deux fois par jour pendant 21 jours.
- ❖ Roxithromycine 150 mg deux fois par jour pendant 21 jours.
- ❖ Contrôler ?





Remerciements :

Dr B. De Barbeyrac, CNR des chlamydia, Bordeaux

Dr M. Herida, InVS

Pr JM Ragnaud et Pr D. Neau, service des maladies infectieuses,  
Bordeaux