



## **Anorectites à Chlamydiae trachomatis**

Epidémie de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou Maladie de Nicolas-Favre  
Epidémie alarmante principalement en région parisienne

La LGV est une infection sexuellement transmissible due aux bactéries Chlamydia trachomatis (CT) de sérotypes L1, L2 et L3.

La transmission de la LGV est le plus souvent observée lors de rapports non protégés lors de pénétrations anales, vaginales ou buccales.

Depuis janvier 2004 des cas de lymphogranulomatose rectale ont été signalés d'abord à Rotterdam puis dans différentes capitales européennes. En Ile de France et à Bordeaux, l'InVS a recensé 14 cas de LGV rectale de sérotype L2 en 2003 et 14 au 1er trimestre 2004.

L'enquête épidémiologique des 14 premiers cas montre que les personnes infectées sont des homosexuels masculins dont plus de la moitié est co-infectée par le VIH.

La LGV est une infection contagieuse dont les lésions primaires passent souvent inaperçues.

La LGV avait disparu d'Europe ainsi le diagnostic est rarement évoqué avant l'apparition des complications.

Les cliniciens confrontés à cette pathologie sont majoritairement des gastro-entérologues.

### **Des signes cliniques peu évocateurs, polymorphes et siégeant au site d'inoculation**

La LGV évolue classiquement en 3 phases après une période d'incubation de 1 à 4 semaines :

Phase primaire : micro-ulcération génitale passant souvent inaperçue surtout chez la femme et chez l'homme lors d'une atteinte ano-rectale.

Phase secondaire souvent peu symptomatique: syndrome ganglionnaire localisé avec AEG pouvant se fistuliser secondairement (bubons).

Phase tertiaire : complications inflammatoires multiples des organes génitaux externes.

### **Le diagnostic d'anorectite à CT doit être suspecté devant :**

- Un écoulement anal abondant,
- Des douleurs anales ou ano-rectales associant tenesmes et épreintes,
- Des selles glairo-sanglantes,
- La présence d'ulcérations anales et ou rectales,
- La présence d'adénopathies inguino-crurales inflammatoires (bubons).

### **Les arguments biologiques en faveur du diagnostic**

- Le diagnostic direct est primordial :

Les prélèvements se font par écouvillonnage de la lésion ou de l'écoulement ganglionnaire, soit directement, soit après pose d'un spéculum ou anoscope ou par ponction ganglionnaire.

La recherche de Chlamydiae se fait par amplification génique de l'ADN (PCR) ou culture cellulaire sur frottis des muqueuses ou ponction ganglionnaire.

Le diagnostic ne peut être confirmé que par l'identification génotypique (sérovar L2) réalisé par le Centre National de Référence (CNR) des chlamydia à l'hôpital Pellegrin de Bordeaux (envoi groupé dans de la carboglace).

- La sérologie à Chlamydiae Trachomatis est un élément de diagnostic indirect : un taux d'anticorps élevé (>1/128) est en faveur du diagnostic de LGV, en particulier en cas d'augmentation significative du taux des anticorps à 15 jours d'intervalle et/ou présence d'IgM spécifiques.

### **Le traitement est simple**

Le traitement est simple mais plus long que celui des autres infections à Chlamydiae.

Le traitement doit être entrepris dès les prélèvements biologiques réalisés :

Doxycycline : 100mg deux fois par jour pendant 21 jours.

Chez la femme enceinte : la seule alternative thérapeutique repose sur l'érythromycine 500 mg 2 cp x 2 fois par jour pour 21 jours.

En cas d'allergie ou de contre indication aux cyclines, érythromycine 500 mg 2 cp x 2 fois par jour pour 21 jours.

### **La conduite à tenir**

Savoir y penser devant des lésions anales ou rectales chez un patient homosexuel.

Prélever.

Rechercher une autre infection sexuellement transmissible associée : comme une gonococcie, et tout particulièrement en cas d'ulcération génitale, une syphilis et/ou une infection à Herpès Simplex Virus.

Proposer une sérologie VIH et syphilis (TPHA -VDRL).

Traiter sans attendre le résultat.

Suivre le patient sur la régression des signes cliniques

Proposer éventuellement une PCR au moins 3 semaines après l'arrêt du traitement

Dépister et traiter les partenaires ayant eu des contacts dans les 30 jours qui ont précédé le début des manifestations cliniques pour interrompre la chaîne de contamination.