



Vigie – Interventions

Dynamique de la LGV au Québec

Au Québec, depuis 2005, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) fait l'objet d'une vigie rehaussée afin de surveiller les facteurs de risque et la progression de l'infection. Voici quelques faits saillants du rapport *Vigie rehaussée de la LGV du 1^{er} janvier 2005 au 31 août 2014*.

Informations générales. La LGV est une infection transmise sexuellement (ITS) causée par *Chlamydia trachomatis*, sérotypes L1, L2, L2b et L3. C'est une maladie à déclaration obligatoire (MADO).

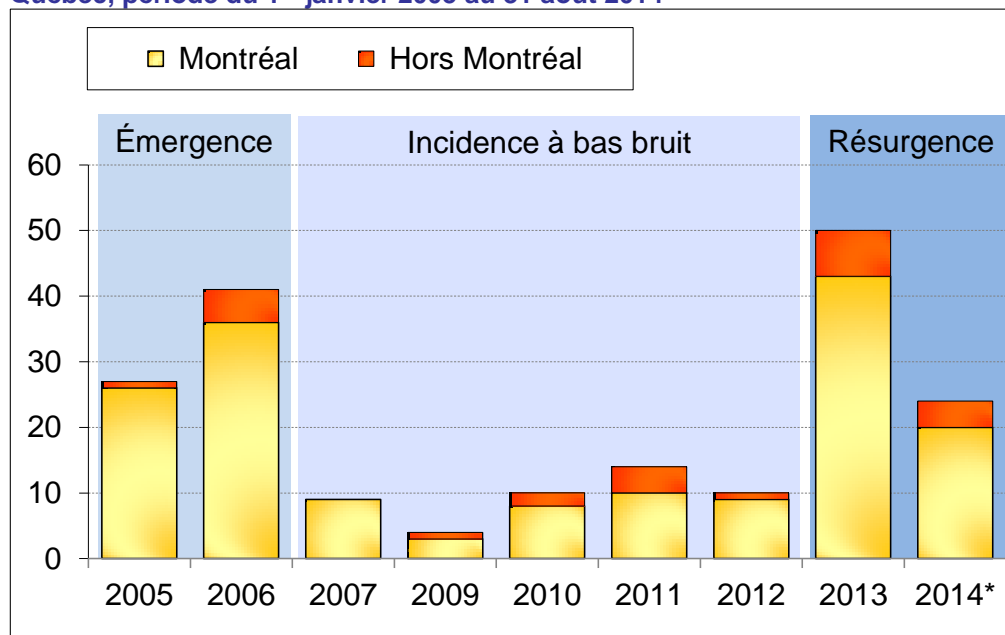
Au stade primaire, la LGV peut causer une petite papule non douloureuse au site d'inoculation. Au stade secondaire, elle entraîne souvent une adénopathie inguinale ou fémorale unilatérale douloureuse. Elle peut aussi provoquer une rectite hémorragique aiguë. Le stade secondaire peut être accompagné de symptômes systémiques comme de la fièvre, des frissons, des malaises, des myalgies et des arthralgies.

Chez 10 à 20 % des cas non traités, le stade tertiaire se présente comme une forme chronique de la maladie caractérisée par des lésions inflammatoires persistantes qui entraînent des cicatrices, des déformations ou des fistules des organes génitaux. Selon la littérature, jusqu'à 20 % des personnes infectées par la LGV seraient asymptomatiques.

Épidémiologie. Au Québec, du 1^{er} janvier 2005 au 31 août 2014, 198 cas de LGV ont été validés. Trois périodes distinctes sont observées. Deux répondent au critère de flambée, fixé de façon empirique à plus de six déclarations de LGV pendant trois mois consécutifs. Ces périodes sont appelées *émergence* (2005 et 2006) et *résurgence* (depuis 2013). La période intercalaire, alors que l'incidence s'est maintenue sous le seuil de flambée, est appelée *incidence à bas bruit* (2007-2012).

La grande majorité des cas (84 %) habitent Montréal. Hors Montréal, les régions sociosanitaires touchées sont les régions 02, 03, 04, 05, 07, 12, 13, 14, 15 et 16. Aucun cas n'a été déclaré dans les régions excentriques (régions 01, 08, 09, 10, 11, 17 et 18).

Figure 1
LGV, nombre de cas annuels selon le lieu de résidence
Québec, période du 1^{er} janvier 2005 au 31 août 2014



* Pour 2014, données au 31 août.

Source : Bureau de surveillance et de vigie, à partir de la liste des cas produite par l'Infocentre (extraction du 3 novembre 2014).

Globalement, depuis 2005, 97 % des cas de LGV sont des HARSAH exclusifs, soit des hommes ayant des relations sexuelles exclusivement avec des hommes (résultat non présenté). Une femme a été déclarée en 2008 : c'était un cas probable ayant rapporté des relations sexuelles à l'extérieur du Québec. Depuis 2005, aucun cas confirmé d'acquisition locale pour une femme ou un homme hétérosexuel n'a été documenté¹.

L'âge moyen se maintient autour de 40 ans, mais la proportion de cas âgés de moins de 35 ans et la proportion des 45 ans ou plus ont pris de l'ampleur au fil du temps, au détriment des cas 35 à 44 ans. En outre, les hommes

infectés par la LGV sont significativement plus âgés² que les hommes atteints d'une infection gonococcique ou d'une infection à *Chlamydia trachomatis*.

Le VIH est l'antécédent d'ITSS le plus fréquent et la proportion de cas rapportant cette infection n'a cessé de croître depuis 2005 (tableau 1).

En résurgence, 97 % des cas rapportent au moins un antécédent d'ITSS (résultat non présenté). Durant cette période, parmi les cas qui ont rapporté un antécédent d'ITSS, 93 % sont des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) (tableau 1).

Tableau 1
LGV, caractéristiques et facteurs de risque des cas
Québec, période du 1^{er} janvier 2005 au 31 août 2014

| Caractéristiques et facteurs de risque des cas | Émergence 2005-2006 | Incidence à bas bruit 2007-2012 | Résurgence 2013-2014* |
|--|---------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Nombre de cas | 68 | 56 | 74 |
| Nombre annuel moyen de cas | 34,0 | 9,4 | 44,4 |
| Femmes | – | (n = 1) 2 % | – |
| Hommes | 100 % | 98 % | 100 % |
| Hétérosexuel | – | (n = 1) 2 % | (n = 1) 2 % |
| HARSAH | 100 % | 98 % | 98 % |
| Exclusif | 100 % | 96 % | 95 % |
| Non exclusif | – | (n = 1) 2 % | (n = 2) 3 % |
| Âge moyen (en années) | 39,6 | 40,3 | 41,1 |
| Résidents de Montréal | 91 % | 75 % | 85 % |
| Relation avec partenaire résidant hors Québec | | | |
| Cas de Montréal | 34 % | 32 % | 14 % |
| Cas hors Montréal | 67 % | 58 % | 44 % |
| Aucun antécédent d'ITSS | 13 % | 19 % | 3 % |
| Antécédent de VIH | 55 % | 60 % | 93 % |
| Antécédent de syphilis | 32 % | 42 % | 80 % |

* Pour 2014, données au 31 août.

Source : Bureau de surveillance et de vigie, à partir du fichier LVG (constitué à partir des formulaires d'enquête fournis par les directions de santé publique) et de la liste des cas produite par l'Infocentre (extraction du 3 novembre 2014).

Depuis 2005, la proportion de cas de LGV qui rapportent avoir eu des relations avec un partenaire résidant hors Québec au cours des 12 derniers mois diminue. Hors Montréal, cette proportion demeure toutefois élevée par rapport à Montréal (en résurgence, 44 % vs 14 %).

Pour la période de résurgence, trois cas hors Montréal n'ayant pas rapporté de relations sexuelles avec un partenaire hors Québec ont mentionné avoir eu des relations sexuelles à Montréal. Ainsi, 78 % des cas hors Montréal ont rapporté avoir eu des relations avec un partenaire qui ne réside pas dans leur région.

L'analyse soutient donc l'hypothèse que la transmission hors Montréal est épisodique. À Montréal, pour la période de résurgence, la transmission intrarégionale apparaît plus soutenue que pour les autres périodes, compte tenu que peu de cas rapportent une relation avec un résidant hors Québec.

Au cours de la période de résurgence, sept personnes, soit 9,5 % des cas, ont acquis l'infection à deux reprises³. Il s'agit d'un taux de réinfection élevé étant donné la faible prévalence de la LGV au sein de la population.

Au global, l'analyse suggère que la LGV se transmet au sein d'un groupe relativement restreint en raison, notamment, de la prédominance des HARSAH exclusifs vivant avec le VIH parmi les cas infectés, de l'absence de transmission soutenue hors Montréal, du taux élevé de réinfections potentielles et du faible taux d'incidence de l'infection dans la population générale comparativement à d'autres ITS, dont la syphilis⁴.

Autres problématiques. Dans le contexte où, selon la littérature, une proportion significative des cas est asymptomatique, la définition nosologique a été révisée en septembre 2014 afin que soient pris en compte les cas asymptomatiques confirmés par un test de laboratoire approprié. En raison de l'absence d'indication de dépistage pour la LGV et de l'ancienne définition nosologique, un seul cas asymptomatique a été validé au Québec depuis 2005 (en 2014).

Aucun cas n'a rapporté de contact avec un cas connu de LGV. Est-ce parce que la proportion de relations sexuelles avec des partenaires anonymes est élevée parmi les cas? S'agit-il d'un faible recours à l'IPPAP (Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires sexuels)? Ou s'agit-il d'un problème de collecte de renseignements lié à l'IPPAP. Ces questions devront être abordées dans un prochain rapport.

Poursuite de la vigie rehaussée. La vigie rehaussée se poursuit. La période de résurgence n'est pas terminée. Au Québec, entre le 31 août 2014 et le 1^{er} juin 2015, 69 nouveaux cas de LGV ont été validés. La vigilance reste de mise pour suivre l'évolution de la propagation de l'infection, cerner avec plus de précision la sous-population atteinte, vérifier que la transmission est circonscrite et détecter l'extension de la transmission à d'autres populations que les HARSAH.

De plus, la vigie rehaussée permettra de mieux décrire la présentation clinique (recommandation des comités d'experts CALI⁵ et CITSS⁶) afin d'outiller les médecins en vue d'une meilleure détection des cas, de suivre la proportion des cas asymptomatiques et de promouvoir l'IPPAP.

Les professionnels de la santé sont invités à se procurer le rapport complet *Vigie rehaussée de la LGV au 31 août 2014* auprès de leur direction de santé publique.

Ce rapport contient des analyses supplémentaires, notamment, sur des aspects cliniques et d'autres facteurs de risque, et conclut avec diverses recommandations.

1. Après que les analyses du rapport de vigie rehaussée sur la LGV aient été complétées, le BSV a été informé qu'en 2014, une femme, un cas confirmé, aurait acquis l'infection au Québec après une relation non consentie. Le cas n'est pas compris dans les analyses.
2. Écart entre les moyennes d'âge significatif au seuil de 1 % pour un test unilatéral.
3. Le second épisode est séparé du premier d'au moins trois mois. La réinfection est potentielle, car les renseignements inscrits aux formulaires d'enquête ne permettent pas de conclure à la rémission complète de la maladie après le premier épisode. Les cas ont été validés par les directions de santé publique.
4. En 2013, chez les hommes habitant Montréal, le taux d'incidence brut de LGV est de 4,5 pour 100 000 personnes comparativement à 40,8 pour la syphilis infectieuse.
5. Comité sur les analyses de laboratoires en lien avec les ITSS (CALI), INSPQ.
6. Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang, INSPQ (CITSS)

Rapport des MADO infectieuses 2014

Le Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vient de publier son rapport annuel présentant le nombre de cas et le taux brut d'incidence par maladie à déclaration obligatoire survenus au Québec en 2014. Il s'agit d'une première édition, dans sa forme et son contenu. Ce rapport est produit dans le but d'offrir aux intervenants de la santé un outil permettant une vue rapide et globale sur les différentes problématiques provinciales observées en vigie au cours de la dernière année.

Le document est disponible sur le site Web du MSSS, section Professionnels, Maladies à déclaration obligatoire (MADO), Vigie et surveillance : [Rapports de vigie des maladies à déclaration obligatoire](#).

Auteurs : Marc Fiset, Bureau de surveillance et de vigie; Sylvie Venne et Riyas Fadel, Service de lutte contre les ITSS, MSSS;

Avec la collaboration de France Markowski et Marlène Mercier, Bureau de surveillance et de vigie, MSSS.

Le *FlashVigie* est un bulletin produit et diffusé le quatrième jeudi de chaque mois par le Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il a pour but de rapporter les problématiques relatives aux domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

La vigie et la surveillance des maladies infectieuses au Québec s'appuient sur diverses sources de données et demandent la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration. Pour en savoir plus ou pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski, à l'adresse : france.markowski@msss.gouv.qc.ca. Le *FlashVigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/30bc6f2f39299a32852572720070cc98?OpenDocument>.

NOTE : Les données du fichier MADO reposent sur les déclarations faites aux directions régionales de santé publique et, de ce fait, l'incidence réelle des maladies visées par cette déclaration peut être sous-estimée.