

Lymphogranulomatose vénérienne : nouveau sérovariant L2b et ancien « signe de la poulie »

Lymphogranuloma venereum: new serovariant L2b and old «groove sign»

M. de Lavaissière · J. Nougué

Reçu le 30 janvier 2013 ; accepté le 2 avril 2013
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2013

Résumé Une épidémie de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) liée à un nouveau variant L2b sévit dans plusieurs pays d'Europe depuis 2003, et ce chez des patients essentiellement homosexuels hommes et infectés par le virus de l'immunodéficience acquise (VIH). La phase secondaire inclut la présence d'une lymphadénopathie, parfois décrite avec un « signe de la poulie », de part et d'autre du ligament inguinal. Nous présentons le cas d'un patient VIH séronégatif ayant présenté une LGV avec signe de la poulie au décours d'un rapport hétérosexuel. Nous suggérons que le variant L2b de *Chlamydia trachomatis* circule dans l'ensemble de la population homo et hétérosexuelle en Europe et que la présentation clinique n'est pas si différente de la description faite par les auteurs du 20^e siècle.

Mots clés *Chlamydia trachomatis* · Lymphogranulomatose vénérienne · Adénopathie · L2b

Abstract An ongoing lymphogranuloma venereum (LGV) outbreak has been reported in several European countries since 2003, related to a new variant L2b. This serovar appears to affect men who have sex with men (MSM), most of them being co-infected with the Human Immunodeficiency Virus (HIV). The secondary stage of LGV may involve lymph nodes and the inguinal form has sometimes been described on each side of the inguinal ligament thus named the “groove sign”. We report the case of LGV serovariant L2b acquired by a heterosexual intercourse in an HIV seronegative patient who presented with an inguinal lymph node and a “groove sign”. This is an uncommon but suggestive sign of LGV and we suggest that the clinical presentation of L2b LGV might not be so different than other variants and than the 20th century authors' description. Such

a new *Chlamydia trachomatis* variant may circulate in other populations than MSM in Europe and clinical awareness must prevail.

Keywords *Chlamydia trachomatis* · *Lymphogranuloma venereum* · Adenopathy · L2b

Introduction

Le diagnostic différentiel d'une lymphadénopathie inguinale unilatérale liée aux infections sexuellement transmises (IST) inclut la syphilis, le chancre mou, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), l'infection par l'herpès simplex virus et le granulome inguinal [9]. Il n'existe aucun signe pathognomonique de ces infections, et l'analyse nosologique et clinique précise et détaillée s'impose afin d'optimiser la démarche diagnostique.

Cas clinique

Nous rapportons le cas d'une LGV variant L2b acquise par voie hétérosexuelle chez un patient séronégatif pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et présentant un « signe clinique de la poulie ».

Un homme bisexuel de 65 ans, deux mois après un rapport sexuel vaginal et anal, non rémunéré, avec une femme caucasienne, a présenté une balanite érythémateuse avec écoulement urétral minime, clair et spontanément résolutif ; deux mois plus tard il a consulté à nouveau pour lymphadénopathie inguinale. L'examen a révélé deux adénopathies inguinales, unilatérales, douloureuses et fermes (Fig. 1). L'examen génital, anal, rectal et endobuccal était normal. Une aspiration à l'aiguille fine a ramené un liquide gris purulent et abondant. L'évaluation biologique a montré une VS à 63/74 mm et une CRP à 41 mg/l. Les sérologies VIH et de *Bartonella* étaient négatives. VDRL et TPHA étaient

M. de Lavaissière (✉) · J. Nougué
CH Montauban, médecine Interne,
pathologies infectieuse et tropicales,
100, rue Léon Cladel, 82000 Montauban, France
e-mail : delavaissierem@yahoo.fr



Fig. 1 Adénopathie inguinale et « signe de la poulie » / *Inguinal adenopathy and "groove sign"*

également négatifs. L'ECBU a révélé 420 leucocytes par mm^3 et la culture était stérile. L'amplification de l'ARN 23S ribosomal de *Chlamydia trachomatis* (APTIMA COMBO2[®] GEN-Sondent) était positive dans le liquide urétral ainsi que le liquide de ponction, et l'analyse de polymorphisme du gène *omp1* par PCR (PCR-RFLP) pratiquée par le Centre national de référence des infections à *Chlamydiae* (146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex, France) a confirmé l'infection par le sérovariant L2b. L'examen échographique a identifié deux adénomégalies de 18 et 20 mm de diamètre, distinctes et collectées au-dessus et au-dessous du ligament inguinal sans aucune autre anomalie de l'appareil urinaire ou vasculaire associée.

Un traitement par doxycycline 200 mg par jour pendant 21 jours a permis la résolution complète des symptômes. La partenaire ne présentait aucune lésion génitale externe, mais aucune investigation biologique n'a été possible par la suite.

Discussion

La LGV est une IST due aux génotypes L1, L2 ou L3 de *Chlamydia trachomatis*. Ces biovars se distinguent par leur tropisme lymphatique particulier et des interactions complexes entre l'agent infectieux et la réponse immunitaire de l'hôte qui mènent à la destruction tissulaire et à des lésions inflammatoires pelviennes chroniques [1]. Les manifestations cliniques de la LGV peuvent être groupées en trois phases. Les symptômes de la phase primaire sont habituellement de faible intensité et fugaces, à type de papule, pustule ou érosion génitale indolore, passant fréquemment inaperçus [4,9]. La phase secondaire se produit entre quelques semaines et quatre mois après le contact, comme c'était le cas chez notre patient. La localisation iliaque, hypogastrique, cervicale, inguino-crurale ou péri-rectale dépend du site anatomique d'inoculation. La proctite due à la LGV est plus

commune chez les femmes et chez les hommes au décours d'un rapport anal réceptif. La présence d'une adénopathie de part et d'autre du ligament inguinal de Poupart correspond au « signe de la poulie » qui est observé dans 10 à 20 % des cas [4]. Une LGV non traitée mène à la phase tertiaire avec obstruction lymphatique étendue, fistules et destruction de la filière génitale.

La LGV, initialement décrite au 20^e siècle comme « bubon tropical », est endémique en Afrique, dans le Sud-Est asiatique, et les Caraïbes, mais l'apparition d'une expansion clonale épidémique L2b a été décrite à Rotterdam (Pays-Bas) en 2003, [6] majoritairement parmi des hommes homosexuels infectés par le VIH et qui présentaient un écoulement anal. Notre patient bien que bisexuel avait rapporté un rapport hétérosexuel, n'avait présenté aucune manifestation anorectale et était séronégatif pour le VIH. Le signe clinique ayant entraîné la suspicion de LGV était le classique mais rare « signe de la poulie ». Selon certaines publications récentes, le sérovar L2b circulerait depuis plus de 20 ans et ce non seulement dans la population homosexuelle masculine [7], mais également et de façon plus récente dans la population hétérosexuelle féminine [5,8]. De plus, il semble que les recombinaisons génétiques entre les variants à tropisme oculaire et uro-génital soient relativement fréquentes [3]. Ces considérations sont autant d'arguments pour envisager le diagnostic de LGV L2b chez des hommes homosexuels, mais aussi chez des femmes, et devant tout patient présentant une adénopathie inflammatoire, inguinale ou non. La présentation clinique de LGV L2b n'est ainsi peut-être pas si différente de la description « ancienne et traditionnelle » de la LGV et la présence du signe de la poulie demeure fortement suggestive d'une telle IST. Les diagnostics différentiels tels que les autres IST, la bartonellose et les pathologies malignes non infectieuses doivent évidemment être évoquées. Pour ce faire, le meilleur choix de test diagnostique d'infection par *Chlamydia* repose aujourd'hui sur les tests d'amplification d'acide nucléique (NAAT), et ce particulièrement sur un spécimen de premier jet urinaire [2].

Conclusion

La vigilance clinique est de mise dans la surveillance des IST ; un examen anorectal, endobuccal et génital minutieux ainsi que de l'intégralité des aires ganglionnaires périphériques doit amener le clinicien à évoquer la LGV L2b et proposer les tests diagnostiques appropriés de biologie moléculaire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Darville T, Hiltke TJ (2010) Pathogenesis of genital tract disease due to *Chlamydia trachomatis*. J Infect Dis 201(S2):S114–25
2. Gaydos CA, Ferrero DV, Papp J (2008) Laboratory aspects of screening men for *Chlamydia trachomatis* in the new millennium. Sex Transm Dis 35(S11):S45–50
3. Harris SR, Clarke IN, Seth-Smith HM, et al (2012) Whole-genome analysis of diverse *Chlamydia trachomatis* strains identifies phylogenetic relationships masked by current clinical typing. Nat Genet 44(4):413–9
4. Mabey D, Peeling RW (2002) *Lymphogranuloma venereum*. Sex Transm Infect 78(2):90–2
5. Peuchant O, Baldit C, Le Roy C, et al (2011) First case of *Chlamydia trachomatis* L2b proctitis in a woman. Clin Microbiol Infect 17(12):E21–3
6. Spaargaren J, Fennema HS, Morré SA, et al (2005) New lymphogranuloma venereum *Chlamydia trachomatis* variant, Amsterdam. Emerg Infect Dis 11(7):1090–2
7. Spaargaren J, Schachter J, Moncada J, et al (2005) Slow epidemic of lymphogranuloma venereum L2b strain. Emerg Infect Dis 11(11):1787–8
8. Verweij SP, Ouburg S, de Vries H, et al (2012) The first case record of a female patient with bubonic lymphogranuloma venereum (LGV), serovariant L2b. Sex Trans Infect 88(5):346–7
9. Workowski KA, Berman SM (2011) Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines. Clin Infect Dis 53(S3):S59–63