

Lymphogranulomatose vénérienne : A propos d'un cas observé dans le service Dermatologie, Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), Bamako, Mali.

Lymphogranuloma venereum: About a case observed in the Dermatology Department, CNAM (National Center for Support to Disease Control), Bamako, Mali.

Sissoko M¹, Togola H³, Diakite M¹, Coulibaly K², Dicko AA², Faye O².

- 1- l'hôpital de Gao, Mali
- 2- CNAM Bamako, Mali
- 3- CHU Point G, Bamako

Auteur Correspondant: Dr Madou Sissoko, Hôpital de Gao email: msissoko28@yahoo.fr

Résumé

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de Nicolas et Favre fait partie des infections sexuellement transmissibles (IST) rares due au sérovar L1, L2 et L3 de *Chlamydia trachomatis*. Nous rapportons un premier cas de LGV dans le service de Dermatologie du Centre National d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM) chez un sujet hétérosexuel présentant à l'examen clinique une hypertrophie éléphantiasique du scrotum et de la verge associée à des fistules. Le diagnostic de LGV a été évoqué devant la clinique et confirmé par la sérologie chlamydiae. Une antibiothérapie a été instaurée (Doxycycline puis Azythromycine), a entraîné une régression progressive des symptômes en 4mois.

Mots

LGV/Hétérosexuel/CNAM(Dermatologie)

clés :

Summary

Lymphogranuloma venereum (LGV) or Nicolas and Favre's disease is a rare sexually transmitted infection (STI) caused by *Chlamydia trachomatis* serovar L1, L2 and L3. We report a first case of LGV in the Dermatology Department of the National Center for Disease Control in a heterosexual subject presenting on clinical examination an elephantiasis hypertrophy of the scrotum and the penis associated with fistulas. The diagnosis of LGV was made in front of the clinic and confirmed by chlamydial serology. Antibiotic therapy was instituted (Doxycycline then Azythromycin), resulting in a progressive regression of symptoms in 4 months

Keywords: LGV / Heterosexual / CNAM (Dermatology)

Introduction

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de Nicolas Favre est une infection sexuellement transmissible (IST) au tropisme

locorégional due au sérovar L1, L2 et L3 de *Chlamydia trachomatis* [1, 2, 7]. Depuis 2003, on assiste à une réémergence de la LGV principalement chez les hommes séropositifs ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) dans les pays développés [3, 4, 7]. Avant les éclosions chez les HSH, la LGV était principalement endémique chez les hétérosexuels en Afrique de l'Est et de l'Ouest, de l'Asie du Sud-Est et des Caraïbes où elle se manifeste comme la forme classique de la maladie avec des ulcères génitaux et une lymphadénopathie (sans proctite) [6, 7]. Il convient d'insister sur le fait que les porteurs asymptomatiques constituent un réservoir probablement important de la LGV. A notre connaissance aucun cas de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) n'a été rapporté au Mali. Nous rapportons un cas de LGV original par son caractère d'hypertrophie génitale, son retard diagnostic, sa survenue chez un sujet hétérosexuel avec pour objectif de revoir les cas similaires rapportés dans la littérature et de discuter éventuellement la prise en charge.

Observation : un homme de 45 ans, marié, commerçant, domicilié au centre-ville de Bamako, est reçu en consultation pour une tuméfaction génitale associée à des plaies qui évoluait depuis 1 an. Il rapporte une notion de voyage au Gabon en 2010 et des rapports sexuels bucco-génitaux non protégés avec des partenaires uniquement de sexe féminin. Il disait ne pas avoir d'écoulement urétral, de rectite et avoir consulté plusieurs centres de santé où il a reçu des médicaments non spécifiés mais sans succès. L'examen clinique notait un état général conservé, une fièvre (37.8°C), une hypertrophie éléphantiasique inflammatoire du scrotum et de la verge associée à une double fistule au niveau du périnée et la partie inguinale droite laissant sourde du pus, sensible au toucher. Le reste de l'examen était normal. Cet aspect clinique s'observe au troisième stade de la LGV.



Figure 1 : Avant traitement

Un prélèvement sanguin a été demandé comportant la Numération formule sanguine (NFS), les sérologies (Chlamydiae, syphilitique et HIV), la Glycémie à jeun. Une échographie vesico-prostatique et une biopsie cutanée ont été réalisées également. En nous appuyant sur le diagnostic de présomption de LGV, nous avons mis le malade sous traitement antibiotique (Doxycycline 100mg 2cp/j, puis Azithromycine), antalgique et soins locaux à base des antiseptiques (Cytéal solution) pendant 4 mois. La NFS a montré une anémie

microcytaire, une cystite simple a été trouvée par l'échographie vésico-prostatique et testiculaire, une tumeur à cellules géantes à l'histologie et une sérologie Chlamydia positive (avec un titre d'anticorps IgG à 111UA/l qui est positif si sup à 30UA/l). Nous avons conseillé le patient à s'abstenir de toute activité sexuelle jusqu'à la fin du traitement, et à amener son épouse aux fins de détecter et éventuellement traiter l'infection. L'évolution a été marquée par la diminution de la tuméfaction et la guérison des fistules.

Figure 2 : Après traitement



Discussion :

La lymphogranulomatose vénérienne fait partie des infections sexuellement transmissibles rares [6]. L'infection est favorisée par le nombre de partenaire sexuel multiple, le rapport sexuel non protégé, les soirées de sexe, les activités sexuelles anonymes, les douches rectales, les jouets sexuels, les relations anales-manuelles (« fisting ») et les activités ano-génitales [7, 8]. Cliniquement les symptômes de LGV se divisent en 3 stades classiques : infection locale (stade primaire : papule ou ulcère non douloureux au point d'inoculation), dissémination régionale (stade secondaire : ganglions lymphatiques régionaux) et lésion tissulaire progressive (stade tertiaire : lymphoedème régional et l'éléphantiasis génital) [6, 8]. Dans notre cas, l'aspect éléphantiasique du scrotum et de la verge associé à des fistules, la durée d'évolution longue (1an) sont universellement reconnues dans la LGV [4, 5, 6]. Le diagnostic est clinique car l'isolement de *Chlamydia trachomatis* à partir du pus ganglionnaire ou d'une lésion génitale, la PCR et le sérotypage sans parler le test d'amplification des acides nucléiques sont rarement réalisables dans la plus part des pays tropicaux [5]. Chez notre patient le titre élevé de la sérologie (IgG : 111UA/L) fait parti des arguments diagnostiques de la LGV [6]. Le diagnostic différentiel de la LGV n'est pas toujours facile à établir. Les symptômes et signes s'apparentent beaucoup à d'autres IST (syphilis, chancre mou, herpes), à des réactions médicamenteuses. Le diagnostic s'appuie souvent

sur les antécédents, le tableau clinique et des analyses de laboratoires. La LGV est devenue un thème préoccupant de santé publique en raison d'une épidémie des IST apparue en 2000 dans les pays occidentaux, touchant essentiellement des homosexuels, dont environ la moitié est séropositive pour le VIH. Cette épidémie s'est accompagnée de la réémergence de la lymphogranulomatose vénérienne de Nicolas et Favre sous l'aspect d'anorectites aiguës. Rappelons par ailleurs que les IST en général, particulièrement les ulcérations génitales, favorisent la transmission et l'acquisition du VIH [6]. Cependant ce risque de transmission est multiplié par la non utilisation des préservatifs. En matière de traitement, les lignes directrices Canadiennes, Américaines, Britanniques et Européennes recommandent 100 mg de doxycycline 2 fois par jour par voie orale pendant 21 jours, ce qui est plus long que le traitement des infections à chlamydia non-LGV (soit 1 dose de 1 g par voie orale d'azithromycine ou 100 mg de doxycycline par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours). Cela s'appuie sur des données selon lesquelles l'ARN de la LGV peut être isolé pendant jusqu'à 16 jours durant le traitement. Un autre schéma thérapeutique pour la LGV est l'érythromycine par voie orale à raison de 500 mg 4 fois par jour pendant 21 jours ou l'azithromycine à raison de 1 g par voie orale 1 fois par semaine pendant 3 semaines. Toutes les lignes directrices recommandent aussi un suivi continu jusqu'à ce que les signes et symptômes aient disparu [2, 7]. La bonne évolution de la maladie sous ces

antibiotiques est aussi un argument de confirmation.

Conclusion : La forme éléphantiasique du scrotum avec des fistules est rarement observée et ne doit pas être confondue avec d'autres causes d'ulcération. La recherche de *Chlamydia trachomatis* par culture et le sérotypage sont très difficiles à réaliser dans notre contexte. Sa prévention passe par l'utilisation des préservatifs, le dépistage volontaire du VIH, le conseil, l'éducation et fidélité réciproque.

Conflit d'intérêt : aucun

Reference

1. **Schachter J, Stephens RS.** Biology of *Chlamydia trachomatis*. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, et al., editors. Sexually transmitted diseases. 4e éd. New York, NY: McGraw-Hill; 2008. pp. 555–74.
2. **Stamm WE.** *Chlamydia trachomatis* infections of the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, et al., editors. Sexually transmitted diseases. 4e éd. New York, NY: McGraw-Hill; 2008. pp. 575–93.
3. **Kropp RY, Wong T,** Canadian LGV Working Group Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada. *CMAJ*. 2005;172(13):1674–6. Publication en ligne du 31 mai 2005.
4. **Pallawela SN, Sullivan AK, Macdonald N, French P, White J, Dean G, et al.** Clinical predictors of rectal lymphogranuloma venereum infection: results from a multicentre case-control study in the UK. *Sex Transm Infect*. 2014;90(4):269–74.
5. **Gentilini M.** Maladies transmises par voie sexuelle. Médecine tropicale paris, Flammarion 5^e édition page 627-633.
6. **Halioua B.** Infections sexuellement transmissibles rares. J.H.SAURAT. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles 5eme édition Masson page 2013-2014
7. **Ceovic R, Gulin SJ.** Lymphogranuloma venereum: diagnostic and treatment challenges. *Infect Drug Res*. 2015;8:39–47.
8. **Agence de la santé publique du Canada.** Déclaration supplémentaire concernant le diagnostic de lymphogranulomatose vénérienne (LGV). Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2014. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/assets/pdf/appendix-supplgv-fra.pdf>. Réf. du 17 mai 2016.