



Article scientifique

Article

2022

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Urétrites en contexte de risque d'infections sexuellement transmises : actualités

Rocher, Loïc; Alberto, Chloé; Portillo, Vera; Doco Lecompte, Thanh; Toutous Trelu, Laurence Marie

How to cite

ROCHER, Loïc et al. Urétrites en contexte de risque d'infections sexuellement transmises : actualités.
In: Revue médicale suisse, 2022, vol. 18, n° 775, p. 608–614. doi: 10.53738/REVMED.2022.18.775.608

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:166873>

Publication DOI: [10.53738/REVMED.2022.18.775.608](https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.775.608)

Urétrites en contexte de risque d'infections sexuellement transmises: actualités

Dr LOÏC ROCHER^a, Dre CHLOÉ ALBERTO^a, Dre VERA PORTILLO^b, Dre THANH DOCO LECOMPTE^b et Dre LAURENCE TOUTOUS TRELLU^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 608-14 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.775.608

Les urétrites d'origine infectieuse font partie des IST et représentent un problème majeur de santé publique en termes de coûts et de morbidités. Depuis plusieurs années, leur incidence ne cesse d'augmenter et le diagnostic ainsi que la prise en charge doivent être réalisés dans les meilleurs délais afin d'éviter des complications parfois irréversibles, mais aussi de limiter la chaîne de contamination. Les difficultés du diagnostic résident dans les nombreux cas asymptomatiques et la prise en charge des partenaires sexuels qui peuvent être multiples et difficiles à identifier. L'épidémiologie et la résistance aux antibiotiques en constante évolution guident les nouveautés de leur prise en charge.

Urethritis in the context of risk of sexually transmitted infections: update!

Urethritis of infectious origin are part of the sexually transmitted diseases (STD) that represent a major public health problem in terms of costs and morbidity. The incidence of urethritis has been increasing for several years and the diagnosis and management must be carried out as soon as possible to avoid complications that may arise and that are sometimes irreversible, but also to limit contamination chains. The difficulties of diagnosis lie in the numerous asymptomatic cases and the management of sexual partners who may be multiple and difficult to identify. The constantly changing epidemiology and resistance to antibiotics guide new developments in their management.

INTRODUCTION

L'urétrite est une inflammation de l'urètre le plus souvent d'étiologie infectieuse, sexuellement transmise. L'origine est plus rarement inflammatoire ou irritative. Les germes les plus fréquemment identifiés sont *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*.¹ Une infection concomitante n'est pas rare. D'autres pathogènes peuvent être responsables d'urétrite, notamment *Mycoplasma genitalium*, le parasite *Trichomonas vaginalis*, les virus HSV (Herpes simplex virus) et adénovirus, ou des entérobactéries. Ces agents pathogènes plus rares sont responsables d'urétrite non gonococcique et non chlamydia (NGNC) ou d'urétrites récurrentes.¹⁻⁴ Le **tableau 1** regroupe

les différents pathogènes responsables ainsi que leur prévalence.^{3,5,6} L'épidémiologie et la résistance aux antibiotiques face aux germes liés aux urétrites sont en constante évolution, impliquant une adaptation régulière des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Nous présentons ici l'actualité concernant ces urétrites en nous concentrant sur les formes simples les plus courantes, illustrées par trois vignettes cliniques. Nous abordons la cervicite chez la femme car les schémas de prise en charge sont très similaires à ceux de l'urétrite chez l'homme, mais ne développons pas certaines spécificités, afin d'encourager la prise en charge des femmes auprès des collègues gynéco-obstétriciens, y compris en urgence.

ÉPIDÉMIOLOGIE DES 2 PRINCIPAUX AGENTS PATHOGÈNES

Gonocoque (maladie à déclaration obligatoire)

En Suisse, les cas de *N. gonorrhoeae* ont augmenté de manière constante depuis les années 2000, possiblement en raison de la hausse du nombre de dépistages des personnes asymptomatiques. L'urétrite gonococcique affecte plus les hommes que les femmes, avec 60 % des infections touchant spécifiquement des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). En 2019, l'incidence pour 100 000 habitants s'élevait à 16 pour les femmes et à 75 pour les hommes. Tout âge et sexe confondus, les régions les plus touchées en Suisse sont Zurich ainsi que la région lémanique. En effet, les plus grands centres urbains offrent un accès facilité au diagnostic médical, mais sont également des régions sujettes à la multiplication du nombre de partenaires et aux rapports sexuels tarifés.^{7,8}

TABLEAU 1		Pathogènes impliqués dans les urétrites et leur prévalence
Micro-organisme	Taux de prélèvement positif	
<i>N. gonorrhoeae</i>	25%	
<i>C. trachomatis</i>	15-40%	
<i>M. genitalium</i>	6-50%	
<i>Ureaplasma</i> spp.	5-26%	
<i>T. vaginalis</i>	1-20%	
Adénovirus	2-4%	
Herpes simplex virus	2-3%	
Autres: streptocoques du groupe B, <i>Candida</i> sp., <i>N. meningitidis</i> , <i>Haemophilus</i> sp.		Prévalence inconnue

^aService de dermatologie et vénéréologie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bUnité VIH, Service des maladies infectieuses, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
loic.rocher@hcuge.ch | chloe.alberto@hcuge.ch | vera.portillo-tunon@hcuge.ch
thanh.lecomppte@bluewin.ch | laurence.trellu@hcuge.ch

Chlamydia

Concernant *C. trachomatis*, il existe actuellement une hausse des cas pour les femmes et les hommes en Suisse et en Europe avec environ deux cas sur trois touchant des femmes. Bien que l'on observe plus récemment un léger recul de cette proportion, les jeunes femmes restent la population la plus affectée de façon constante. La répartition géographique de cette maladie sexuellement transmissible est semblable à celle du gonocoque.⁹

CONSULTATION LORS D'UNE URÉTRITE ASSOCIÉE À UN CONTEXTE D'IST

Les éléments anamnestiques essentiels à recueillir sont liés à la pratique de l'activité sexuelle: orientation sexuelle et activité sexuelle non protégée avec de multiples partenaires occasionnels. L'anamnèse ciblée permettra de préciser le type d'activité sexuelle (rapports génito-génitaux, oro-génitaux, génito-anaux, etc.) afin d'orienter les examens complémentaires.

Certains signes et symptômes ainsi que la durée d'incubation peuvent aiguiller vers le diagnostic d'un germe plutôt qu'un autre. Un contact sexuel à risque dans les 2 à 10 jours avec la présence d'écoulement urétral épais et purulent évoque plutôt une infection à *N. gonorrhoeae*. Un écoulement moins abondant et plus clair avec une incubation plus longue (1 à 6 semaines) oriente vers une chlamydiose.^{4,10}

Manifestations cliniques

La symptomatologie est inconstante et variable en fonction du degré d'inflammation et du germe en cause. Le symptôme principal est une leucorrhée, qui peut être associée à divers autres symptômes non spécifiques aux urétrites, comme une dysurie, une algurie, des brûlures mictionnelles, une pollakiurie, une méatite ou un prurit génito-scrotal. Chez la femme, les urétrites sont toujours associées à des cervicites ou cervicovaginites. La majorité des infections chez la femme sont asymptomatiques (70 à 95 % pour *N. gonorrhoeae* et plus de 50 % pour *C. trachomatis*). En revanche, chez l'homme, *N. gonorrhoeae* provoque des symptômes aigus dans 80 à 90 % des cas. *M. genitalium* est dans la plupart des cas asymptomatique chez la femme et l'homme.^{1,2,11,12} Il est donc essentiel de rechercher une urétrite chez tout patient ayant un contexte de risque sexuel, d'autant plus s'il est associé à un écoulement urétral ou génital. L'anamnèse par système s'inquiétera des symptômes similaires chez le ou la partenaire, la présence d'un état fébrile, des douleurs lombaires et des signes de pharyngite ou proctite concomitantes.

Complications

Les complications les plus connues causées par *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* et *M. genitalium* sont :

- Chez la femme, la maladie inflammatoire pelvienne (MIP), pouvant aboutir à des grossesses ectopiques et à l'infertilité. Le risque de MIP à cause de *C. trachomatis* peut s'élever jusqu'à 30 % des cas si l'infection n'est pas traitée.^{13,14}
- Chez l'homme, les complications sont des (orchi-)épididymites et des infections des voies urinaires hautes.

- Chez les deux sexes, ces affections peuvent causer des arthrites réactionnelles, parfois associées à une conjonctivite (syndrome de Reiter). Plus rarement, des gonococcémies par dissémination hémotogène peuvent causer des lésions cutanées, des arthrites ou des ténosynovites.^{5,11,12}

Cas clinique n° 1

Un patient de 19 ans se rend aux urgences en raison de dysurie d'apparition rapide avec écoulement urétral purulent. Il n'a pas de fièvre ni d'autre symptôme. Il relate avoir eu des relations sexuelles non protégées il y a 5 jours avec une nouvelle partenaire. L'examen clinique montre un écoulement mucopurulent au niveau du méat urétral. Le reste de l'examen est sans particularité.

Cas clinique n° 2

Un patient de 22 ans en bonne santé habituelle consulte son médecin traitant en raison d'un prurit génito-scrotal ainsi qu'une légère dysurie depuis 48 heures. Hormis des condylomes pubiens, l'examen clinique se révèle normal, notamment absence d'écoulement urétral. Il rapporte avoir une partenaire stable depuis 2 ans ainsi que des rapports sexuels non protégés occasionnels avec d'autres partenaires. Un bilan par PCR pour chlamydia et gonocoque dans les urines revient négatif, le reste du bilan d'infection sexuellement transmissible également.

Cas clinique n° 3

Il s'agit d'un patient de 47 ans en bonne santé habituelle, sous prophylaxie préexposition au VIH (PrEP) en schéma continu, suivi tous les 3 mois en consultation d'infectiologie. Il a présenté en mars 2021 un écoulement urétral avec PCR positive pour *M. genitalium*. Les symptômes se sont résolus sous traitement par doxycycline. En juillet 2021, il se plaint pendant la consultation de routine d'un écoulement purulent au niveau urétral: une PCR urinaire est positive pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. La PCR sur le frottis anal et gorge (groupé) revient négative. Un traitement par doxycycline et ceftriaxone est instauré, permettant la disparition des symptômes. Le patient est revu en consultation d'infectiologie au mois d'octobre 2021. Il est asymptomatique.

MÉTHODES DIAGNOSTIQUES

Examen direct sur frottis urétral, ou sur l'écoulement mucopurulent, ou sur le premier jet d'urine (chez l'homme) et coloration de Gram

Un examen cytologique avec comptage du nombre de polymorphonucléaires (PNM) s'effectue soit sur le premier jet d'urine (la dernière miction doit dater de plus de 2 heures), soit sur l'écoulement purulent, soit sur un frottis urétral (introduire l'écouvillon à environ 1 cm dans l'urètre). Chez l'homme, l'urétrite est fortement suspectée en présence de > 10 PNM/champ (champs à fort grossissement (CFG) = 400x sur urine, équivalent à environ 50 leucocytes/µl sur la bande-

lette urinaire) ou > 5 PNM/champ (grossissement (100x) sur frottis urétral), et si la lecture qualitative d'estérase leucocytaire est positive. Chez la femme, la définition cytologique est non consensuelle car le nombre de PMN varie au cours du cycle.

La bactérie *N. gonorrhoeae* peut également être visualisée au microscope après la coloration de Gram (sous la forme de diplocoques Gram négatif) ou bleu de méthylène permettant un diagnostic rapide chez les patients symptomatiques et chez lesquels un traitement doit être rapidement instauré.^{12,15}

Microbiologie

PCR

Pour toute suspicion d'urétrite ou lors de dépistage, il faut effectuer une PCR combinée pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*. Elle est à faire soit sur l'écoulement s'il est présent ou dans les urines de premier jet (idéalement plus de 2 heures après la dernière miction) chez l'homme, soit sur un frottis cervico-vaginal ou endocervical chez la femme (meilleure sensibilité qu'au niveau urinaire). Pour la recherche du pathogène au niveau de l'oropharynx, le frottis est à faire minutieusement en exerçant une pression suffisante et en frottant la paroi postérieure du pharynx et les deux amygdales. Le frottis anal se fait sans utilisation de lubrifiant ni anesthésique local en introduisant l'écouvillon jusqu'à 3 à 5 cm à l'intérieur de l'anus en effectuant un mouvement de rotation délicat durant 30 secondes, cela afin de favoriser l'absorption des gonocoques par l'écouvillon.^{5,16,17}

Culture

Elle doit être réalisée systématiquement si le patient est symptomatique ou asymptomatique et la PCR pour *N. gonorrhoeae* positive. En Suisse, comme dans de nombreux pays, la majorité des infections à *N. gonorrhoeae* sont diagnostiquées uniquement par PCR. Cette méthode est certes fiable pour la détection du germe mais elle ne fournit pas d'information quant à la sensibilité aux antibiotiques. La culture est dans l'idéal faite en même temps que la PCR et absolument indispensable en cas de suspicion de résistance clinique.¹⁷

Les autres causes infectieuses d'urétrites sont recherchées dans un deuxième temps si le patient est symptomatique et les tests *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* négatifs (= urétrites NGNC) ou en cas d'urétrite à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* et de persistance des symptômes malgré un traitement bien conduit contre *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*.

Le **tableau 2** résume les agents microbiens concernés et leurs méthodes diagnostiques.^{5,11,12,16,18}

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENTS DES URÉTRITES NON COMPLIQUÉES

En cas de forte suspicion clinique ou de symptômes sévères, d'un risque de non-compliance ou d'une impossibilité à suivre strictement le patient, il est indiqué d'instaurer un traitement empirique sans délai couvrant *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* après avoir effectué les prélèvements nécessaires (PCR pour les deux germes et culture pour *N. gonorrhoeae*). Si le patient est asymptomatique ou les symptômes peu sévères, il convient

	TABLEAU 2	Méthodes diagnostiques selon l'agent infectieux
<i>N. gonorrhoeae</i>		• PCR urinaire (1^{er} jet, dernière miction > 2 heures) ou urétrale chez l'homme • PCR endocervicale chez la femme + • Frottis avec examen direct et culture
<i>C. trachomatis</i>		• PCR urinaire (1^{er} jet) ou du méat urétral chez l'homme • Favoriser le prélèvement cervical chez la femme plutôt qu'urinaire
<i>M. genitalium</i>		• PCR urinaire ou urétrale chez l'homme ou endocervicale chez la femme • Pas de culture (mais possible dans des cas très spécifiques et faite hors de la Suisse)
<i>U. urealyticum</i>		• Culture urinaire ou sur frottis (considéré comme pathogène si culture > 10E5) • PCR de l'urine, parfois disponible en multiplex avec <i>M. genitalium</i>
<i>T. vaginalis</i>		• PCR urinaire chez l'homme ou endocervicale chez la femme • Examen direct à l'état frais sur la leucorrhée • Culture (milieu spécial)
<i>H. simplex</i>		• PCR frottis urétral ou lésions, urines selon le laboratoire

d'attendre les résultats des examens complémentaires avant l'instauration du traitement afin d'éviter le surtraitement de la population et de réduire ainsi le risque d'induire des résistances aux antibiotiques.^{14,12} Seuls *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* nécessitent un traitement lorsqu'ils sont détectés en l'absence de symptômes (urètre, mais aussi en cas de dépistage asymptomatique gorge et/ou anus). La **figure 1** résume l'algorithme de prise en charge face à un tableau d'urétrite. Les coûts de ces examens en Suisse sont pour l'instant significatifs. Cela implique de bien expliquer leur enjeu au patient concerné et de les adapter en fonction des situations: patients sous PrEP au VIH ou personnes en difficulté financière. Pour harmoniser les pratiques médicales en Suisse, des recommandations nationales sont publiées par la Société suisse d'inféctiologie (<https://ssi.guidelines.ch/guideline/3992>). Par ailleurs, les cantons mettent à disposition certaines solutions pour faciliter l'accès et la prise en charge financière de ces tests, par exemple à Genève, il existe plusieurs centres tels que Checkpoint Genève (pour les HSH), Tests anonymes, CAMSCO (Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires) (sans assurance de base, papiers ou personnes en situation de précarité), Consultation santé jeune (jeunes femmes), Pôle santé social de l'Université de Genève (étudiants), Groupe santé Genève.

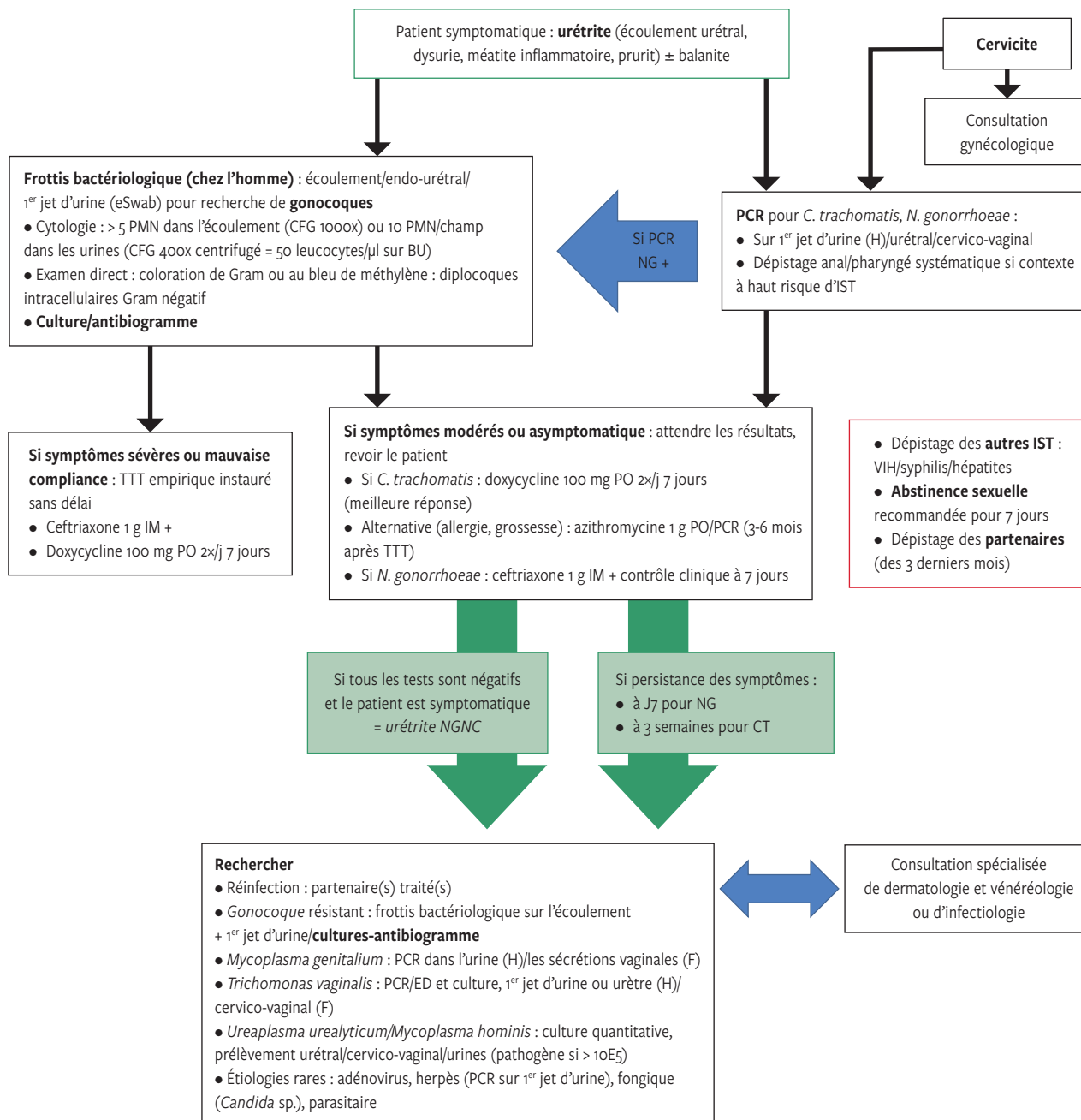
Antibiotiques

N. gonorrhoeae

Au niveau mondial, l'émergence des résistances aux quinolones, à l'azithromycine et aux céphalosporines de troisième génération a modifié la stratégie pour le traitement de *N. gonorrhoeae*. Malgré une augmentation des souches résistant à la ceftriaxone au niveau international, la résistance clinique est encore rare. En laboratoire, on observe une augmentation de la concentration minimale inhibitrice au sein de la plage de sensibilité.¹⁹ Aucun cas de gonocoque résistant à la ceftriaxone n'a été rapporté en Suisse.⁸ Cette molécule représente par conséquent le traitement de choix de première

FIG 1 Algorithme de prise en charge des urétrites non compliquées et dépistage

BU: bandelette urinaire; CFG: champs à fort grossissement (400x ou 1000x); CT: *Chlamydia trachomatis*; ED: examen direct; F: femmes; H: hommes; j: jours; MG: *Mycoplasma genitalium*; NG: *Neisseria gonorrhoeae*; NGNC: non gonococcique et non chlamydia; PNM: polymorphonucléaires; TTT: traitement; TV: *Trichomonas vaginalis*.



intention à adapter si besoin, en fonction de l'antibiogramme. La bi-antibiothérapie avec l'azithromycine est en revanche abandonnée en Suisse tout comme au Royaume-Uni¹⁵ en raison de l'induction de résistances pour *M. genitalium* et gonocoque. Le **tableau 3** résume le traitement de *N. gonorrhoeae*.^{12,15}

C. trachomatis

Aucune résistance aux tétracyclines n'a été décrite, même si certaines souches peuvent avoir une sensibilité diminuée.²⁰

Le traitement repose sur la doxycycline tel qu'exposé dans le **tableau 4**.

M. genitalium

Cette bactérie n'échappe également pas à l'augmentation des résistances, notamment à l'azithromycine. C'est pourquoi, cette dernière n'est plus utilisée en monothérapie. Un traitement préalable par doxycycline réduit la charge bactérienne et permettrait par la suite une meilleure efficacité de l'azithromycine.²¹ Le **tableau 5** résume le traitement pour *M. genitalium*.^{1,22}

TABEAU 3**Traitement de l'urétrite à *Neisseria gonorrhoeae***

1 ^{er} choix après prélèvement	- Ceftriaxone 1 g IM ou IV + suivi clinique à J7 - Adaptation selon antibiogramme
2 ^e choix, traitement empirique avant résultats	Ceftriaxone 1 g IM ou IV + doxycycline 100 mg 2x/j durant 7 jours (couverture de <i>C. trachomatis</i>)
Grossesse et allaitement	Ceftriaxone 1 g IV ou IM
En cas d'allergie ou résistance	- Selon antibiogramme - Gentamycine 240 mg IM et azithromycine 2 g PO - Spectinomycine 2 g IM et azithromycine 2 g PO - Si l'antibiogramme ou le test moléculaire montre une sensibilité à la ciprofloxacine: ciprofloxacine 500 mg PO en dose unique

TABEAU 4**Traitement de l'urétrite à *Chlamydia trachomatis***

1 ^{er} choix	Doxycycline 100 mg PO 2x/j durant 7 jours
2 ^e choix (allergies, grossesse)	Azithromycine 1 g PO en dose unique

TABEAU 5**Traitement de l'urétrite symptomatique à *Mycoplasma genitalium***

Important: chez un patient asymptomatique, il est recommandé de ne pas traiter (flore génitale).

1 ^{er} choix	Doxycycline 100 mg 2x/j PO pendant 7 jours, suivi d'azithromycine 1 g J8 puis 500 mg/j J9-11
2 ^e choix	Moxifloxacine 400 mg/j PO 7 à 10 jours

Le **tableau 6** résume le traitement des autres pathogènes responsables d'urétrite NGNC.^{1,18}

Tests de confirmation de guérison (test of cure)*N. gonorrhoeae*

En Suisse, il est recommandé de faire un contrôle clinique (éventuellement téléphonique) systématique à 7 jours. En cas de symptômes persistants, une culture doit être effectuée 3 à 7 jours après la fin du traitement et complétée par une PCR à 7 jours après la fin du traitement si le résultat revient négatif. Un test de guérison revenant positif doit faire évoquer un échec thérapeutique et possiblement une résistance aux

TABEAU 6**Urétrites non gonococciques et non chlamydia et leur traitement**

UFC: unité formatrice de colonie.

Pathogènes	Traitements
<i>U. urealyticum</i>	Doxycycline 100 mg PO 2x/j durant 7 jours uniquement si urétrite symptomatique non attribuable à une autre cause . Le rôle pathogène est discuté, mais possible si la culture > 10E5 UFC/ml
<i>T. vaginalis</i>	Métronidazole 500 mg PO 2x/j durant 7 jours
<i>H. simplex</i>	- Primo-infection: - Valaciclovir 1 g PO 2x/j durant 10 jours - ou - Famciclovir 250 mg PO 3x/j durant 10 jours - Réurrence: - Valaciclovir 500 mg PO 2x/j durant 3-5 jours - Famciclovir 125 mg PO 2x/j durant 5 jours

antibiotiques ou une réinfection.¹² Dans ce cas, il est convenable d'adresser le patient en consultation spécialisée des maladies infectieuses ou de dermatologie et vénéréologie (**figure 1**).

C. trachomatis

Un test de guérison (nommé test de guérison en l'absence de nouvelle exposition et simple test de contrôle en cas de nouveaux rapports sexuels dans l'intervalle) est conseillé 3 à 6 mois après traitement, d'autant plus lors de grossesse, d'infections compliquées, de persistance de symptômes ou lors de lymphogranulome vénérien (sujet non abordé dans cet article). S'il est effectué trop tôt, l'ADN de la bactérie non viable peut donner lieu à des faux positifs. En cas de positivité, il peut signifier une non-compliance, une réinfection et exceptionnellement une résistance. Dans tous les cas, un nouveau traitement par doxycycline doit être mis en place vu les risques de complications parfois irréversibles.⁵

M. genitalium

Le test de guérison par PCR est recommandé chez tous les patients atteints. Idéalement, il est à faire 5 semaines après le début du traitement (et jamais avant 3 semaines pour éviter le risque de faux négatif).^{11,22}

Tester les autres IST

En cas d'urétrite confirmée, il est nécessaire de dépister les autres IST avec au minimum une sérologie pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B. Selon le contexte, il conviendra d'élargir à l'hépatite C (recommandation de dépistage global) et l'hépatite A (chez les hommes ayant des relations sexuelles anales).

Notification des partenaires sexuels et prise en charge

En Europe, il existe différentes approches pour le traitement des partenaires. Elles permettent de lutter contre la propagation des IST. Tous les contacts d'une personne infectée, à partir du moment présumé de l'infection pour le cas index, doivent être informés de la possibilité d'une infection (remontrant à 3 mois pour le gonocoque et à 6 mois pour chlamydia).^{4,23} Cependant, la gestion des partenaires est faite sur base volontaire et doit être effectuée dans le respect des droits de l'homme et de confidentialité ainsi que des comportements sociaux, culturels et religieux. Il arrive donc que dans certains cas les partenaires ne soient pas identifiés. Concernant la stratégie de dépistage des partenaires, deux possibilités existent: soit le patient contacte lui-même son/ses partenaire(s), soit le professionnel de santé s'en charge.²³

Idéalement, tous les partenaires des 3 derniers mois d'une personne atteinte de gonorrhée, et des 6 derniers mois pour chlamydia, doivent être dépistés au moyen d'une PCR et recevoir un traitement lorsqu'ils sont positifs.¹² Le médecin peut être amené à traiter les partenaires sexuels empiriquement quand cela permet d'assurer un traitement simultané à celui de son patient malade, afin d'éviter des réinfections.

Une abstinence sexuelle est recommandée durant les 7 premiers jours après l'initiation du traitement et jusqu'à résolution complète des symptômes.

Place des frottis oropharyngés et anaux

Toute personne à risque d'IST, dont les HSH et les transgenres ayant des relations sexuelles avec des hommes, devrait être testée pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* au niveau de tous les sites d'exposition (oropharyngé, génital, anal). En effet, les infections extragénitales à *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* sont en augmentation. L'oropharynx et l'anus constituent des réservoirs majeurs pour leur propagation.^{17,24} À noter qu'en pratique et pour diminuer les coûts des tests, il existe la possibilité de faire des frottis dits groupés qui consistent à réaliser une seule analyse après avoir prélevé les 3 sites: urètre, gorge, anus (3 frottis-tiges pour 1 tube). Les désavantages de cette méthode sont de ne pas savoir quel site est atteint en cas de positivité du test, mais aussi une légère diminution de performance de laboratoire.

Place des tests rapides (Point of Care)

Que ce soit pour gonocoque ou chlamydia, les recommandations concernant l'accessibilité à ces tests sont encore sur la réserve. Leur application est faite dans des pays ou groupes d'individus à ressources très limitées. Leur vrai développement attendu sera l'intégration d'un test intégrant à la fois le diagnostic et l'information sur la résistance à un ou deux antibiotiques phare dans le traitement. Il en va de même pour les tests rapides pour d'autres IST telles que le VIH ou la syphilis.²⁵

Cas clinique n° 1 (suite)

Un test PCR et une culture sont réalisés. Le patient reçoit un traitement empirique avant les résultats vu son inconfort. Il est traité par 1 g de ceftriaxone IM (intramusculaire) et une ordonnance pour de la doxycycline à raison de 100 mg 2 x/jour pour 7 jours. Deux jours plus tard, la PCR et la culture reviennent positives pour un gonocoque sensible à la ceftriaxone. La PCR pour chlamydia est négative. Le traitement par doxycycline est arrêté. Le patient est revu à 7 jours avec une bonne évolution clinique. La partenaire en question est avertie par le patient, ce qui lui a permis d'aller consulter son gynécologue. Il sera proposé au patient d'effectuer un test VIH sérique à 6 semaines (à 12 semaines si test rapide), de compléter si nécessaire sa vaccination contre l'hépatite B, mais aussi de bénéficier de la vaccination de rattrapage HPV par Gardasil9 selon le plan national de vaccination.

Cas clinique n° 2 (suite)

Une semaine plus tard, vu la persistance et l'augmentation des symptômes, le patient est adressé en dermatologie et vénéréologie. L'examen clinique est toujours sans particularité hormis des condylomes acuminés. Une PCR urinaire (premier jet d'urine) à la recherche de *M. genitalium* revient positive. Avant que le résultat soit connu, le patient reçoit un traitement par doxycycline à la dose de 100 mg x 2 x/jour à prendre pendant 7 jours. Le traitement est complété après réception des résultats et au vu des symptômes persistant par de l'azithromycine 1 g PO à J8 puis 500 mg/jour à J9 et J10. Il a été convenu avec le patient qu'il avertirait lui-même ses partenaires pour qu'elles

se fassent dépister. Au contrôle 1 mois plus tard, ses symptômes se sont amendés et il n'a pas eu de rapport sexuel dans l'intervalle. Un prélèvement par PCR pour un test de guérison revient négatif.

Cas clinique n° 3 (suite)

Malgré l'absence de symptômes, le suivi routinier d'une consultation «PrEP» inclut le dépistage systématique des IST conseillé tous les 3 mois. De nouvelles PCR urinaires (au lieu de frottis urétral car il n'y a pas d'écoulement) et sur les frottis groupés anal et gorge sont effectuées ainsi qu'une sérologie de syphilis, VHC et un test de dépistage du VIH. Le fait de grouper les frottis permet de diminuer les coûts, dès lors, devant une positivité, il n'est pas possible d'identifier le site de l'infection. En octobre 2021, une PCR dans les urines revient positive pour *C. trachomatis*. Un traitement par doxycycline est proposé; le patient est également prévenu de la nécessité d'informer ses derniers partenaires et d'éviter les rapports sexuels pendant 7 jours à partir de l'instauration du traitement.

CONCLUSION

Les urétrites associées aux infections sexuellement transmises sont en augmentation de manière significative ces dernières années en Suisse et dans le monde. En raison du nombre important d'infections asymptomatiques, le dépistage de la population à risque est capital pour permettre d'agir rapidement et ainsi de réduire le taux de complications et de transmissions des infections. En raison de l'émergence croissante de l'antibiorésistance, l'harmonisation des pratiques par l'utilisation de tests diagnostiques appropriés, notamment de la culture pour *N. gonorrhoeae*, ainsi que par la prescription des antibiotiques recommandés est nécessaire, tout comme dans les autres infections. La prise en charge globale des partenaires sexuels et la notification obligatoire des infections à gonocoque et *C. trachomatis* sont également prises en compte dans le soin de qualité de ces infections. Enfin, des efforts importants quant à l'accès aux tests sont encore à fournir.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Face à un tableau clinique d'urétrite ou de cervicite aiguë, sont d'abord recherchés *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Les autres agents pathogènes seront envisagés en deuxième intention
- L'examen direct, la PCR et surtout une culture doivent être réalisés pour *N. gonorrhoeae* en raison de l'émergence de résistances aux antibiotiques
- L'azithromycine est à éviter en première ligne, à la fois dans le traitement urgent empirique, en utilisant plutôt la doxycycline, mais aussi en adaptant au mieux le traitement ciblé selon le résultat du test diagnostique
- Un frottis pour recherche de gonocoque et chlamydia par PCR aux trois sites (oropharyngé, génital, anal) doit être systématiquement réalisé chez les patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Pour les autres patients, il peut être proposé en fonction du contexte clinique et des pratiques sexuelles de chacun
- En cas de persistance de symptôme(s) malgré un traitement bien mené, la situation doit être discutée rapidement avec un spécialiste (dermatologie-vénérologie ou infectiologie)
- La recherche et traitement des partenaires ainsi qu'un bilan IST complet font partie intégrante de la prise en charge des urétrites

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE

La recherche des articles dans la base de données Medline a été effectuée en utilisant les termes «Urethritis», «STI» et nous avons identifié des articles supplémentaires dans les listes des références d'articles de revue. Ceux sur les stratégies de prise en charge ont été sélectionnés selon le choix des recommandations nationales suisses et seront divulgués via les guidelines de la Société suisse d'infectiologie.

1 Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70:1-187.
2 Munoz JL, Goje OJ. Mycoplasma genitalium: An Emerging Sexually Transmitted Infection. Scientifica (Cairo) 2016;7537318.

3 Bachmann LH, Manhart LE, Martin DH, et al. Advances in the Understanding and Treatment of Male Urethritis. Clin Infect Dis 2015;61(Suppl.8):S763-9.
4 Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Stratégies 2017. Disponible sur : [www.hug.ch/medecine-de-pre-](http://www.hug.ch/medecine-de-pre-mier-recours/strategies)

[mier-recours/strategies](http://www.hug.ch/medecine-de-pre-mier-recours/strategies)
5 **Nwokolo NC, Dragovic B, Patel S, et al. 2015 UK National Guideline for the Management of Infection with Chlamydia trachomatis. Int J STD AIDS 2016;27:251-67.
6 **Moi H, Blee K, Horner PJ. Management of Non-Gonococcal Urethritis. BMC Infect Dis 2015;15:294.
7 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Gonorrhée (chaude-pisse). Disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/gonorrhoe.html
8 * Office fédéral de la santé publique (OFSP). OFSP-Bulletin. Disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/periodika/bag-bulletin.html
9 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Chlamydiose. Disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/chlamydiose.html
10 Wagenlehner FME, Brockmeyer NH, Discher T, Friesse K, Wichelhaus TA. The Presentation, Diagnosis, and Treatment of Sexually Transmitted Infections. Dtsch Arztebl Int 2016;113:11-22.
11 Jensen JS, Cusini M, Gombert M, Moi H. 2016 European Guideline on Mycoplasma genitalium Infections. J Eur Acad Dermatol Venereol 2016;30:1650-6.
12 **Unemo M, Ross J, Serwin A, et al. 2020 European Guideline for the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults. Int J STD AIDS 2020;956462420949126.
13 Risser WL, Risser JMH. The Incidence of Pelvic Inflammatory Disease in Untreated Women Infected with Chlamydia trachomatis : A Structured Review. Int J STD AIDS 2007;18:727-31.
14 Peter DC, Alec M, Bigoni J, Toutous-Trellu L. Le point sur Mycoplasma genitalium chez la femme. Rev Med Suisse 2018;14:1893-7.
15 **Fifer H, Saunders J, Soni S, Sadiq ST, FitzGerald M. 2018 UK National Guideline for the Management of Infection with Neisseria gonorrhoeae. Int J STD AIDS 2020;31:4-15.
16 Chaîne B, Janier M. Urethritis. EMC – Dermatologia 2010;44:1-10.
17 Philip T. Gonorrhée : nouvelles

recommandations en matière de diagnostic et de traitement. Forum Med Suisse (En ligne). 2014;14:407-9. Disponible sur : medicalforum.ch/fr/detail/doi/fms.2014.01889
18 Sherrard J, Ison C, Moody J, et al. United Kingdom National Guideline on the Management of Trichomonas vaginalis 2014. Int J STD AIDS 2014;25:541-9.
19 Andreas K. Évolution actuelle des résistances aux antibiotiques en Suisse. Forum Med Suisse (En ligne). 2018;18:943-9. Disponible sur : <https://medicalforum.ch/fr/detail/doi/fms.2018.03404>
20 Bhengraj AR, Srivastava P, Mittal A. Lack of Mutation in Macrolide Resistance Genes in Chlamydia trachomatis Clinical Isolates with Decreased Susceptibility to Azithromycin. Intern J Antimicrob Agents 2011;38:178-9.
21 Horner PJ, Martin DH. Mycoplasma genitalium Infection in Men. J Infect Dis 2017;216(Suppl.2):S396-405.
22 *Soni S, Horner P, Rayment M, et al. British Association for Sexual Health and HIV National Guideline for the Management of Infection with Mycoplasma genitalium (2018). Int J STD AIDS 2019;30:938-50.
23 *Tiplica GS, Radcliffe K, Evans C, et al. 2015 European Guidelines for the Management of Partners of Persons with Sexually Transmitted Infections. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015;29:1251-7.
24 Chan PA, Robinette A, Montgomery M, et al. Extragenital Infections Caused by Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: A Review of the Literature. Infect Dis Obstet Gynecol 2016;2016:5758387.
25 Murtagh M. The Point-of-Care Diagnostic Landscape for Sexually Transmitted Infections (STIs) Prospective, Multi-Centre Clinic-Based Evaluation of Four Rapid Diagnostic Tests for Syphilis. WHO, 2019. Disponible sur : www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/Diagnostic-Landscape-for-STIs-2019.pdf

* à lire

** à lire absolument