

URÉTRITE

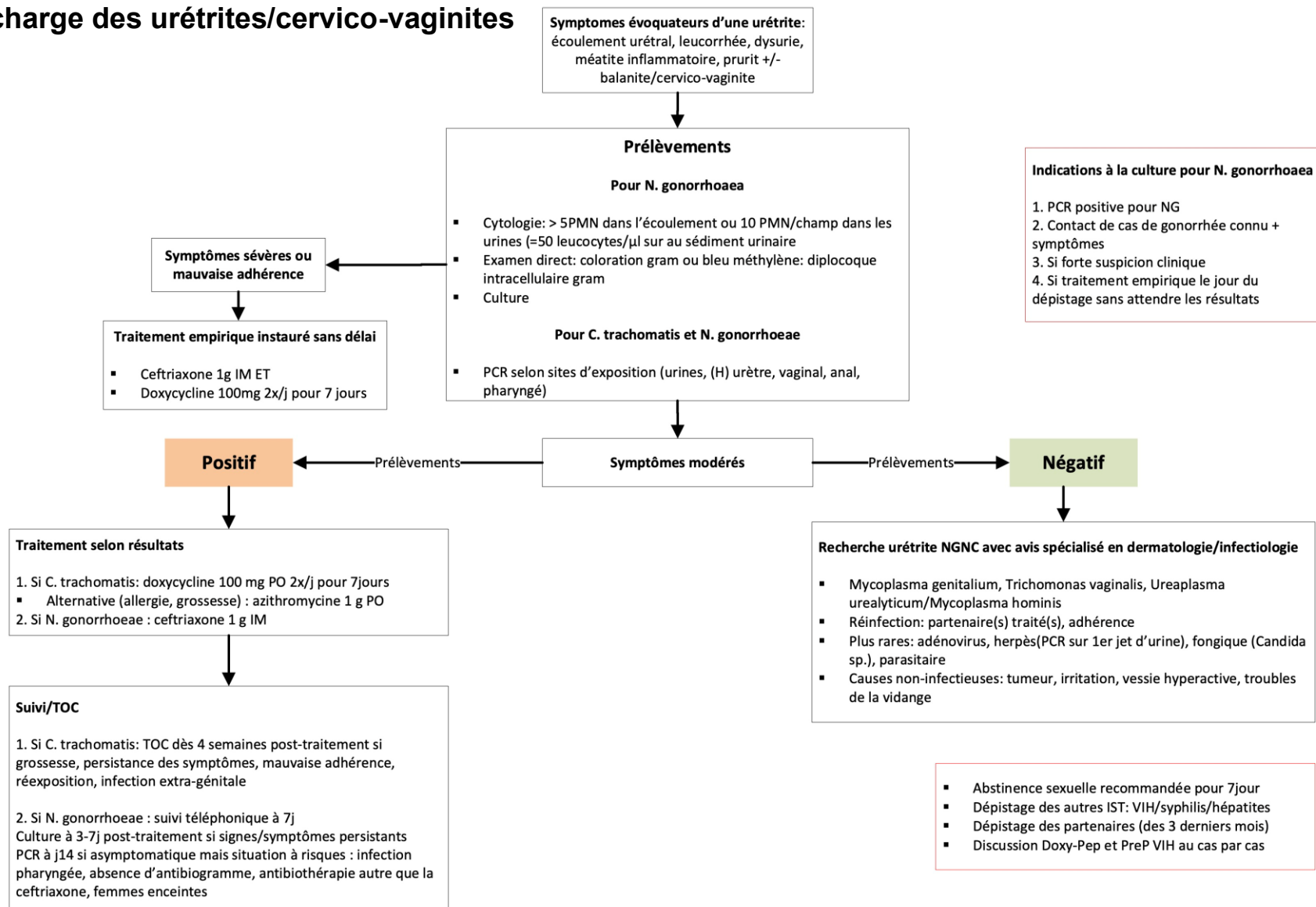
Auteur·e·s	Dr Ismail Doner, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Dre Line Dao, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Expert·e·s Dermatologie	Dr Antoine David, Service de dermatologie et vénérologie, HUG
Médecine de famille	Dre Saskia Pellaton, Centre Médical de Lancy Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance (luMFE), UNIGE
Superviseur	Dr Thierry Mach, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Comité éditorial	Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (luMFE), UNIGE Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & UNIGE

2026

LES POINTS À RETENIR

- Evoquer une urétrite devant un écoulement urétral et/ou une dysurie, algurie, et un contexte de risques sexuels.
- Les germes principaux responsables de cette infection sont *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Dans un second temps *M. genitalium* ou autres moins fréquents doivent être recherchés.
- Un examen direct et culture pour *N. gonorrhoeae*, ainsi qu'une PCR pour *N. gonorrhoeae*, sont à prescrire, avant tout traitement si le tableau clinique est fortement évocateur (écoulement urétral purulent), en raison des résistances aux antibiotiques.
- Pour *C. trachomatis* et *M. genitalium* la PCR dans les urines est le test le plus sensible et le plus spécifique, également avant tout traitement.
- Si le/la patiente présentes des symptômes modérés, et qu'il n'existe pas de situation particulière (mauvaise adhérence thérapeutique, grossesse), il est préférable d'attendre les résultats avant d'initier un traitement.
- Un test de confirmation d'éradication par PCR est recommandé pour *C. Trachomatis* à distance du traitement (> 3-6 mois) en cas de grossesse ou de persistance des symptômes. Une culture pour *N. gonorrhoeae* est à faire à 3-7 jours de la fin du traitement en cas de persistance de signes cliniques ou une PCR à 14 jours chez les patients asymptomatiques mais à risque (infection pharyngée, absence d'antibiogramme, antibiothérapie autre que ceftriaxone et chez les femmes enceintes)
- En matière de dépistage, les pratiques suisses recommandent un dépistage pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* lors de toute nouvelle relation sexuelle ainsi que pour les patient·e·s ayant eu > 3 partenaires dans les 12 derniers mois, pour les patient·e·s bénéficiant d'une PreP pour le VIH (1x/6mois), les travailleur·euses du sexe (1x/6 mois), pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) (min 1x/an) et le/la/les partenaires d'une personne testée positive (partenaires sexuels des 60 derniers jours en cas de gonorrhée et 6 derniers mois si infection à *C. Trachomatis*).

Prise en charge des urétrites/cervico-vaginites



NG: Neisseria gonorrhoeae; NGNC: non gonococcique et non chlamydia; PNM: polymorphonucléaires; H: hommes; TOC: test of cure

URÉTRITES

1. INTRODUCTION

L'urétrite est une inflammation de l'urètre dont l'origine est essentiellement infectieuse mais peut également être inflammatoire ou irritative. Elle est la manifestation clinique la plus fréquente des infections sexuellement transmissibles (IST).

Dans un objectif de clarté et afin d'adopter une approche globale et inclusive, le terme « homme » désigne ici toute personne possédant un pénis.

2. DEFINITION ET CLASSIFICATION

Les agents pathogènes les plus souvent retrouvés sont *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* et une infection mixte est fréquente (25% des cas). D'autres pathogènes peuvent également être responsable d'urétrite, notamment les bactéries *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* et le parasite *Trichomonas vaginalis*. Ils sont à rechercher en présence d'urétrite non-gonocoque et non-chlamydia (NGNC) ou récurrente.^{1, 2, 7, 8} Le tableau 1 regroupe les pathogènes et leurs prévalences.

Au vu de l'émergence de résistances, le *Mycoplasma genitalium* est à rechercher en seconde intention lorsque les symptômes persistent malgré une prise en charge bien conduite de l'urétrite gonococcique et Chlamydia, ou en cas d'urétrite NGNC symptomatique.^{1, 2, 3}

Pathogènes de l'urétrite et prévalence ^{4, 5, 6}	
1. <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (25%)	5. Herpès simplex virus (2-4%)
2. <i>Chlamydia trachomatis</i> (11-50%)	6. <i>Ureaplasma urealyticum</i> (considéré comme pathogène si $>10^5$ et si symptômes sans autre cause)
3. <i>Mycoplasma genitalium</i> (10-25%)	7. Autres : adénovirus, streptocoques B, <i>Candida</i> sp, <i>N. meningitidis</i> , <i>Haemophilus</i> sp
4. <i>Trichomonas vaginalis</i> (1-20%)	

Tableau 1. Principaux pathogènes responsables des urétrites

Nota bene : *Mycoplasma hominis* n'est pas considéré comme pathogène chez l'homme, et chez la femme, il traduirait plutôt un déséquilibre de la flore vaginale.

Il est important de noter que dans 10 à 45% des cas d'urétrites non-gonococciques aucun pathogène n'est retrouvé. Une cause non infectieuse doit être alors évoquée et le patient·e référé·e au spécialiste.

2.1. TRANSMISSION

La transmission des germes responsables des urétrites se fait par contact direct des muqueuses entre 2 individus durant le rapport sexuel (vaginal, anal ou oral) ou à la naissance lors du passage au travers d'un col cervical infecté.

A noter un risque de contamination oro-génital peu probable avec *M. genitalium*, dont le portage est faible au niveau de l'oro-pharynx. Le risque de contamination à la naissance n'a pas été déterminé pour *M. genitalium*. Celui-ci étant présent en faible quantité dans le tractus génital, il peut être considéré comme moins contagieux que le *C. trachomatis*.¹

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les symptômes classiques de l'urétrite sont :

- Écoulement urétral / génital - leucorrhées
- Pollakiurie
- Dysurie
- Algurie
- Douleurs urétrales
- Irritation de l'extrémité du gland ou du méat urétral

Toutefois, ces symptômes urinaires bas sont également retrouvés en cas de cystite, prostatite, épididymite ou pyélonéphrite.

Chez les hommes, l'urétrite est souvent très symptomatique (algurie, dysurie, écoulement urétral, épididymite, douleur testiculaire), mais il existe également un grand nombre d'infections asymptomatiques par *C. trachomatis* (>50%, soit 25-100%), ce qui est par contre plus rare avec *N. gonorrhoeae* (<10%).^{2,3} Il est important de noter que les atteintes pharyngées et rectales sont asymptomatiques dans > de 90% de cas.⁷

Chez les femmes, l'infection – qui peut également se manifester sous forme de vaginite, cervicite, maladie inflammatoire du pelvis (*pelvic inflammatoire disease* = PID) et se caractérise par des douleurs abdominales basses, un saignement intermenstruel ou saignement post-coïtal – est le plus souvent asymptomatique (70-95% pour *C. trachomatis* et ≥50% pour *N. gonorrhoeae*). Il s'agit donc de rechercher une urétrite même en l'absence de symptômes si un contact à risque est avéré.^{2,3, 8}

Certains éléments anamnestiques ou cliniques orientent vers une étiologie spécifique à l'urétrite ^{1-3,9} :

- Un écoulement urétral épais et purulent avec un contact sexuel à risque dans les **3 à 10 jours** qui précèdent, évoque une infection à *N. gonorrhoeae*.
- Un écoulement urétral moins abondant et plus clair avec une incubation plus longue (**1 à 6 semaines**) oriente sur une infection à *C. trachomatis*.
- La présence de lésion des muqueuses, ulcère, vésicule ou chancre doit faire rechercher un herpès, une syphilis ou un lymphogranulome.
- Les éléments anamnestiques indispensables sont donc : la recherche d'une activité sexuelle non protégée, le type de rapports sexuels (vaginal, anal, buccal), des antécédents d'épisodes similaires, des symptômes similaires chez le partenaire, la présence d'un écoulement urétral ou vaginal, un prurit, la présence d'un état fébrile, des douleurs lombaires ou testiculaires (qui orientent vers une cause urogénitale haute), une pharyngite associée (transmission oro-génitale de gonocoque et Chlamydia) ou si myalgies et pharyngite concomitantes (associées à la primo-infection VIH sur terrain à risque d'IST multiples).

A l'examen clinique on recherche : la présence de fièvre, une rougeur du méat, un écoulement urétral ou du col utérin, des lésions des muqueuses génitales, une tuméfaction ou douleur testiculaire, des douleurs lombaires.

Service de médecine communautaire et de premier recours

3.1. COMPLICATIONS DES INFECTIONS BACTÉRIENNES À *N. GONORRHOEAE*, *C. TRACHOMATIS* ET *M. GENITALIUM*

Chez les femmes :

- PID (endométrite, salpyngite, paramétrite, ovarite, abcès tubo-ovarien, péritonite pelvienne) à 30% de risque chez les femmes non-traitées
- Douleur pelvienne chronique
- Stérilité tubaire
- Grossesse extra-utérine (GEU)
- Fitz-Hugh-Curtis syndrome (PID et périhépatite)

Chez les hommes :

- Epididymite, épididymo-orchite
- *M. genitalium* : balanoposthite
- *C. trachomatis* : lymphogranulome vénérien (selon sérotype), balanite érosive circinée

Chez les deux :

- Arthrite réactive (urétrite associée à une conjonctivite et une arthrite, <1%)
- Bactériémie gonococcique avec infection disséminée (lésions cutanées, EF, arthralgies, arthrite aiguë et ténosynovite, <1%)

Il n'y a pas d'évidence forte qu'une infection à *C. trachomatis* cause une stérilité chez l'homme. Néanmoins, celle-ci a été indirectement associée à une baisse de la fertilité ou une stérilité comme conséquence d'un effet direct sur le sperme (production, maturation, mobilité et viabilité).

4. DIAGNOSTIC**4.1. EXAMEN DIRECT ET CYTOLOGIE**

- **Écoulement urétral** : recherche de diplocoques intracellulaires Gram négatif ou bleu de métylhène et examen cytologique : urétrite si > 5PMN/champ
- **1^{er} jet d'urine** : examen cytologique avec compte des PMN après coloration de Gram (cliquer sur « recherche de cristaux » au sédiment) : urétrite si >10 PMN/ champ.

4.2. MICROBIOLOGIE

Chez un·e patient·e sexuellement actif·ve, il faut rechercher *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Ceci peut se faire par PCR dans l'urine avec une très bonne sensibilité et spécificité s'il n'y a pas d'écoulement objectivé, de préférence >2 heures après la dernière miction ; si l'écoulement est objectivé, le prélèvement est fait directement sur l'écoulement pour PCR et culture.

Pour *N. gonorrhoeae*, on effectue également une culture d'un frottis urétral ou vaginal (> culture du 1^{er} jet urinaire moins sensible) [Z.10](#) si

- Symptômes fortement évocateurs d'une infection à *N. gonorrhoeae* (*écoulement purulent au niveau du méat*)
- *Un traitement d'office le jour du dépistage est envisagé sans attendre les résultats de la PCR*
- Lors de symptômes évocateurs chez un cas contact de cas d'infection à *N. gonorrhoeae* connue

Ceci permet alors d'obtenir un antibiogramme. Ce dernier est également important en cas de récurrence ou d'échec du traitement afin d'objectiver une éventuelle résistance antibiotique et également à but épidémiologique.

Des prélèvements rectaux et oropharyngés à la recherche de *N. gonorrhoeae* (PCR et culture) sont également recommandés de manière systématique chez les travailleur·euses du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les personnes bisexuelles, ainsi que chez toute personne

Service de médecine communautaire et de premier recours

dont l'anamnèse évoque une infection à un autre site (même en cas d'absence de symptômes au niveau des sites exposés).

Une recherche de *N. gonorrhoeae* par PCR et culture au niveau oropharyngé est également recommandée pour toute personne avec une urérite à *N. gonorrhoeae* confirmée, les infections oropharyngées étant plus à risque de résistance à la ceftriaxone. [10](#)

A noter que – contrairement aux guidelines européennes – *M. genitalium* ne se recherche pas en première intention en Suisse (sauf si le partenaire est connu pour une infection à *M. genitalium*) mais est à identifier par PCR en cas d'urérite NGNC ou en cas de persistance des symptômes malgré un traitement bien conduit. [1](#), [3](#), [10](#)

En cas d'urérite NGNC, on peut chercher les autres germes potentiellement responsables de la symptomatologie. Le tableau 2 regroupe les pathogènes et leurs méthodes de détection.

<i>N. gonorrhoeae</i>	PCR urinaire ou urétrale (sensibilité ≥95%) chez les hommes. Chez les femmes, la PCR vaginale/ Endocervicale a une meilleure sensibilité que la PCR urinaire. +/- oropharyngé et rectal selon pratiques sexuelles et de routine pour les travailleurs-euses du sexe, MSM et patients bisexuels
	Frottis avec Gram et culture (sensibilité 72-95% mais 65-85% si asymptomatique, permet antibiogramme).
<i>C. trachomatis</i>	PCR urinaire, urétrale (sensibilité 90-98%) ou vaginal Chez les femmes, sensibilité dans les urines << urines hommes
	Culture (sensibilité 70-80%). Non faite de routine car difficile techniquement et insuffisamment sensible.
<i>T. vaginalis</i>	PCR urinaire chez les hommes ; ou endocervicale chez les femmes.
	Examen direct à l'état frais (parasite mobile) sur leucorrhées, cervico-vaginale ou urètre chez les femmes ; urétral ou 1 ^{er} jet d'urine chez hommes (sensibilité 60-80%). Culture (milieu spécial) vaginale ou urétrale.
<i>M. genitalium</i>	PCR urinaire, urétrale ou endocervicale Culture (quasi) impossible (>3 mois, faite hors de la Suisse)
<i>U. urealyticum</i>	Culture urinaire ou sur frottis. (NB : significatif selon quantité, cf tableau 1)
<i>Herpes simplex</i>	PCR (frottis urétral ou lésions).
	IFD en dermatologie si lésions muqueuses récentes.

Tableau 2 : Pathogènes et méthodes diagnostiques (IFD = immunofluorescence directe). [1](#), [2](#), [10-12](#)

Prélever le 1^{er} jet d'urine (contrairement au test de diagnostic de l'infection des voies urinaires, pour lequel les urines de milieu de jet sont plus indiquées). Concrètement : le patient ou la patiente doit recueillir les 1^{ères} gouttes d'urine et remplir le récipient jusqu'à 20 ml au maximum. [11](#)

4.3 AUTO-TESTS

Un auto-prélèvement peut aussi être proposé aux patients et patientes avec des explications claires et adaptées par un·e soignant·e quant aux techniques de prélèvements et conservation des échantillons (cf illustration à la section 6 ci-dessous). L'efficacité pour la détection de *C. trachomatis* par PCR est considérée comme raisonnable pour un prélèvement urétral et a été prouvée comme égale dans de plus larges études pour les auto-prélèvements vulvo-vaginal, pharyngé et rectal en comparaison avec un geste fait par un professionnel de santé. Proposer un auto-prélèvement à la recherche de *N. Gonorrhée* par PCR est également raisonnable pour les différents sites de prélèvements. Cependant, davantage de données sont nécessaires pour évaluer la fiabilité d'un auto-prélèvement en vue d'une culture. Des prélèvements « poolés » ne sont cependant pour l'instant pas recommandés. [2.5.10](#) (cf section dépistage pour conseils/aspects pratiques relatifs à l'auto-prélèvement).

Cette approche présente donc plusieurs avantages, notamment une amélioration de l'accès au dépistage, une rapidité accrue d'obtention des résultats et une meilleure capacité à atteindre des populations plus difficiles à atteindre. Elle comporte toutefois certaines limites, telles qu'une qualité diagnostique parfois inférieure à celle des tests de référence, des difficultés potentielles dans l'organisation du suivi médical après un résultat positif, une couverture de dépistage incomplète à tous les sites exposés, ainsi que des enjeux liés aux coûts.

En Suisse, le projet Check@home (<https://check-at-home.ch/fr>) offrant la possibilité de commander des kits de dépistage réalisables à domicile associés à une consultation téléphonique, a pour l'instant dû être abandonné faute de matériel homologué pour l'auto-prélèvement.

5. PRISE EN CHARGE

5.1. INSTAURATION DU TRAITEMENT

En cas de forte suspicion clinique (exposition sexuelle, écoulement urétral objectivé) symptômes sévères et/ou adhérence incertaine, un traitement empirique ciblant *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* doit être immédiatement instauré après avoir fait les prélèvements nécessaires (PCR pour *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* ET culture de *N. gonorrhoeae*). [1.2.7.10](#)

Sinon, on attend les résultats des prélèvements pour cibler le germe. En moyenne seules 5 à 10% des recherches de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* sont positives (urgences HUG). Donc, en traitant systématiquement avant l'obtention du résultat, on surtraite beaucoup de personnes.

Ne pas oublier de dépister et traiter également le(s) partenaire(s) le cas échéant et informer sur la nécessité d'utiliser un préservatif lors de tout rapport sexuel jusqu'à 7 jours après traitement.

5.2. TRAITEMENT DE L'URÉTRITE À N. GONORRHOEA

L'émergence de souches de *N. Gonorrhoeae* résistantes aux quinolones est documentée dans de nombreux pays, en particulier en Europe ; il y a 70% de résistance aux quinolones en Suisse (60% à Genève). La céféxime orale n'est plus recommandée en raison de l'augmentation croissante des résistances en Suisse comme à l'étranger. [7.11](#)

La Ceftriaxone est par conséquent le traitement de choix même si des résistances cliniques et microbiologiques ont été documentées dans tous les pays limitrophes. Des résistances microbiologiques sont également bien documentées en Suisse.

1er choix après prélèvement	Ceftriaxone 1g IM ou IV traitement à adapter selon l'antibiogramme
2ème choix	Traitement empirique avant résultats : Ceftriaxone 1g IM ou IV + doxycycline 100mg 2x/j durant 7 jours (cf traitement C. trachomatis)
Grossesse et allaitement	Ceftriaxone 1g IM ou IV
En cas d'allergie ou de résistance	Dose unique selon l'antibiogramme, Gentamycine 240 mg IM et azithromycine 2 g PO, Spectinomycine 2 g IM et azithromycine 2 g PO, ciprofloxacine 500 mg PO en

Tableau 3 : Traitement de l'urétrite à *N. gonorrhoeae*. [3,10,11](#)

On évite l'utilisation de l'azithromycine en raison des résistances croissantes du *Mycoplasma genitalium* (voir ci-dessous)

5.3. TRAITEMENT DE L'URÉTRITE À C. TRACHOMATIS

1er choix	Doxycycline 100 mg PO 2x/j pendant 7 jours
2ème choix (En cas d'allergie ou de grossesse)	Azithromycine 1g PO en dose unique

Tableau 4 : Traitement de l'urétrite à *C. trachomatis*. [2,7](#)

Il est important de noter que dans la plupart des infections à *C. trachomatis* asymptomatiques, une clearance spontanée à lieu. [2](#)

Lorsqu'un prélèvement au niveau rectal revient positif, il est recommandé de compléter l'analyse à la recherche de sérotypes (L1-L3) causant le lymphogranulome vénérien.

Un cas de lymphogranulome vénérien un traitement de doxycycline est également prescrit mais pour 21 jours au total et un suivi en milieu spécialisé est recommandé (infectiologie/dermatologie (IUSTI)).

5.4. TRAITEMENT DES AUTRES PATHOGÈNES (NGNC)

5.4.1 TRAITEMENT DE L'URÉTRITE À M. GENITALIUM

Pour rappel, *M. genitalium* doit être recherché et traité uniquement chez les patient·e·s symptomatiques. (CAVE: panel PCR comprenant parfois recherche de gonococque/chlamydia **ET** *M. genitalium* et *Ureaplasma urealyticum* menant à des antibiothérapies inutiles).

En raison des résistances croissantes à plusieurs antibiotiques, des tests de résistances par biologie moléculaire sont en cours de développement et sont proposés par certains laboratoires en Suisse, (Zürich, Institut für medizinische Mikrobiologie). Ces tests de résistances ne sont pas réalisés d'office et doivent être discutés avec le/la spécialiste.

1^{er} choix	Doxycycline 100 mg x2/j 7 j suivi de Azithromycine 1gr à J8 PUIS 500mg/j pendant 2 jours (de J9 à J10) PO (si absence de résistance aux macrolides ou status de résistance aux macrolides inconnu)
2^{ème} choix	(si résistance aux macrolides ou persistance de l'infection après traitement de 1 ^{ère} ligne) : Moxifloxacin 400mg/j pendant 7 jours PO (CAVE: 30% de résistance de la souche de la région Asie-Pacifique).
En cas d'échec après traitement de 1^{ère} et 2^{ème} ligne	(Observance vérifiée, symptômes persistants avec test d'éradication positif à 3-5 semaines) -> avis spécialisé obligatoire

Tableau 5 : Traitement de l'urétrite à *M. genitalium*. [1](#) [12](#)

5.4.2 AUTRES PATHOGÈNES

Le tableau ci-dessous illustre le traitement des principaux autres pathogènes de l'urétrite NGNC.

Pathogène	Traitement
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Doxycycline 100 mg PO 2x/j pendant 7 jours uniquement en cas d'urétrite symptomatique. Le rôle de <i>U. urealyticum</i> comme IST est discuté mais possible si la culture >10 5 UFC/ml
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Métronidazole 500 mg 2x/j pendant 7 jours.
<i>Herpes simplex</i>	Primo-infection : Valacyclovir 1g 2x/j pendant 10 jours PO ou Famciclovir 250 mg 3x/j pendant 10 jours PO. Récurrence : Valacyclovir 500 mg 2x/j pendant 3 jours PO ou Famciclovir 125 mg 2x/j pendant 5 jours PO.

Tableau 6 : Traitement de l'urétrite NGNC selon le pathogène. [9.13](#)

5.5 INFORMATION AU PATIENT

- Éviter les rapports sexuels y compris oraux, ou au minimum utiliser un préservatif, durant les 7 premiers jours au moins suivant l'initiation du traitement et ce, jusqu'à disparition des symptômes. Cette mesure concerne aussi bien le cas primaire que les partenaires sexuels.
- Donner une information aux patients, patientes et à leurs partenaires sur la pathologie incluant des détails sur la transmission, la prévention et les complications.
- Une information en français pour les patients est disponible sur le site de l'OFSP :
[VIH/Sida et autres infections sexuellement transmissibles](#)
- Une information en anglais pour les patients est disponible dans les guidelines européennes des maladies du tractus urinaire sexuellement transmissibles (IUSTI) :
<https://iusti.org/patient-information.html>

5.6. TRAITEMENT DU PARTENAIRE SEXUEL

Tous les partenaires sexuels, même asymptomatiques

- Des 3 derniers mois de patient·e·s atteint·e·s de gonorrhée
- Des 6 derniers mois, si *C. trachomatis*
- Doivent être dépistés au moyen d'une PCR et d'une culture.

Si le·la patient·e ne se sent pas en mesure de contacter le/la/les partenaire·s, le·la professionnel·le de santé peut, avec son consentement, se charger de contacter les partenaires en son nom.

Le traitement est initié lors qu'une infection est confirmée. Il peut être administré immédiatement lors de situations particulières :

- Femmes enceintes, contacts de femme enceinte, doute sur éventuelle grossesse, mauvaise adhérence/suivi non garantis. [3](#), [10](#)

En l'absence de partenaire dans les 3 ou 6 mois précédents, il convient de contacter le ou la dernier·ère partenaire sexuel·le.

Eviter les rapports sexuels, ou au minimum utiliser un préservatif, durant les 7 premiers jours au moins suivant l'initiation du traitement et ce, jusqu'à disparition des symptômes.

5.7. ECHEC DE TRAITEMENT OU RÉCURRENCE

En cas de persistance des symptômes, les pistes suivantes seront explorées :

- L'adhérence médicamenteuse
- La possibilité de réinfection (même partenaire ou nouveau partenaire)
- Une résistance aux antibiotiques
- Un pathogène moins fréquent en particulier si les recherches de *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* et *M. genitalium* sont négatives

Lors de cas compliqué ou rebelle au traitement, il est recommandé de prendre contact avec le ou la consultant·e d'infectiologie ou de dermatologie (cf. Contacts utiles ci-dessous) en raison des enjeux bactériologiques des résistances.

Il est également important de noter que dans 10 à 45% des cas urétrites non-gonococciques aucun pathogène n'est retrouvé [14](#).

S'il n'y a pas de cause infectieuse, les diagnostics différentiels suivants doivent être évoqués : tumeur, irritation (spermicide, savon, etc.), vessie hyperactive, cystite interstitielle ou autres troubles de la vidange vésicale. Un avis spécialisé auprès d'un urologue ou d'un gynécologue s'impose alors.

5.8 TEST DE CONFIRMATION D'ÉRADICATION

5.8.1 C. TRACHOMATIS [2](#), [7](#)

Un test de confirmation d'éradication par PCR n'est pas recommandé de routine. Celui-ci devrait être effectué en cas de :

- Grossesse
- Infection compliquée
- Persistance des symptômes
- Suspicion de non-adhérence et/ou ré-infection
- Infection extra-génitale, particulièrement lors d'un traitement d'azithromycine pour une infection rectale.
- si une ré-exposition à l'infection provenant d'un·e partenaire non traité·e est suspectée

Ce test de confirmation doit être effectué minimum 4 semaines après le traitement car la PCR restera positive pendant ce laps de temps même en cas d'éradication du germe.

Des tests de détection répétés à la recherche d'une nouvelle infection devraient idéalement être proposés aux jeunes patients et patientes infecté·e·s (<25 ans), à 3-6 mois post-traitement.

5.8.2 N. GONORRHOEAE [3](#), [7](#), [10](#)

- Un suivi téléphonique des symptômes est proposé à J7. En cas de persistance de ceux-ci, une évaluation clinique et biologique complémentaire est toutefois requise (cf. ci-dessous)
- Un contrôle biologique n'est pas nécessaire lors d'infections avec une souche identifiée comme sensible à la ceftriaxone et qu'un traitement à la posologie et durée indiquée a été conduit.
- Des prélèvements sont cependant indiqués en cas de symptômes persistants, d'infection pharyngée, d'absence d'antibiogramme, d'antibiothérapie autre que ceftriaxone et chez les femmes enceintes.
 - Culture à 3-7 jours après finalisation du traitement si persistance des signes/symptômes
 - PCR à 14 jours après finalisation du traitement si asymptomatique +/- culture selon résultats

5.8.3 M. GENITALIUM [1](#), [12](#)

Un test de confirmation d'éradication n'est pas recommandé en cas de résolution des symptômes.

5.9. BILAN DE DÉPISTAGE EN CAS D'IST

En cas d'urétrite confirmée à *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* et *M. genitalium*, il convient de

- Dépister et traiter une urétrite chez les partenaires sexuel·le·s (cf. chapitre 5.6) et
- Dépister d'autres IST avec l'accord du·de la patient·e :
 - Syphilis (ELISA)
 - HIV (sérologies HIV 1 et 2)
 - Hépatite B (HBs Antigène ou vérifier les anti-HBs si vacciné)
 - Hépatite C (sérologie)
- Faire un suivi sérologique à 3 mois (HIV, hépatite B et C, syphilis) et 6 mois (hépatite B et C), associé à un message de prévention sur la transmission des IST et à la recommandation d'utilisation du préservatif.
- Proposer un examen clinique (zones génitales, anales, périanales, oropharyngées) pour dépister des lésions condylomateuses dues à papillomavirus (HPV) qui, pour les femmes, se fera chez le gynécologue.

5.10. CONTACTS UTILES

- **Possibilités de dépistages à Genève aux HUG et hors-HUG ainsi qu'une France voisine :**
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/sante_sexuelle_et_planning_familial/documents/tests_vih_ist_geneve_france_voisine.pdf
- Infirmier-ères de santé publique de dermatologie HUG (pour enquête cas contact) 022 3729456
- Garde d'infectiologie des HUG : 079 55 34 227
- Garde de dermatologie des HUG: 022 37 29 115
- Tests anonymes de dépistage du VIH (Consult. et tous les dépistages IST pour 100 francs).
 - par internet: www.testvih.ch
 - par téléphone (si problème technique avec l'agenda en ligne) : 079 553 28 88
- Canton de Vaud : Consultations de santé sexuelle de la [fondation PROFA](#), consultations avec [Checkpoint](#), consultation [VISTA](#) (unisanté)

6. DÉPISTAGE

En l'absence de symptômes d'urétrites, la recherche de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* fait partie du dépistage du médecin de premier recours en cabinet. Le dépistage doit se faire au niveau de tous les sites d'exposition (PCR urinaire, frottis vaginal, urétral, anal ou pharyngé). Les recommandations Suisses en matière de dépistage diffèrent des recommandations internationales.

Recommandations selon USPSTF 2.15	Recommandations suisses 2.16
Dépistage à intervalles réguliers (1x par année) et à chaque nouvelle/nouveau partenaire sexuel est chez les femmes sexuellement actives de <25 ans (habituellement fait chez gynécologue traitant).	Toute nouvelle relation sexuelle
	Patient·e ayant eu > 3 partenaires dans les 12 derniers mois
Chez les femmes de > 25 à risque d'infection élevé	Patient·e d'une PreP pour le VIH (tous les 6 mois)
Est considérée comme <u>situation à risque d'infection</u> : IST actuelle ou ancienne, partenaire sexuel·le connu·e pour une IST, nouveau partenaire sexuel·le, plus d'un partenaire sexuel·le ou partenaire sexuel·le ayant d'autres partenaires, utilisation irrégulière des préservatifs, rapports sexuels tarifés, consommateur de drogues injectables ou partenaire en consommant, milieu carcéral	Travailleur·euses du sexe (tous les 6 mois)
	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) (1x/an au minimum)
	Partenaire d'une personne testée positive : partenaires sexuels des 60 derniers jours de patient·e-s atteints de gonorrhée et 6 derniers mois si infection à <i>C. trachomatis</i>

Tableau 7 : Recommandations de dépistage pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*

NB : Les infections du pharynx et de l'anus sont asymptomatiques dans plus de 90% des cas et constituent un réservoir majeur pour leur propagation. Le port du préservatif pendant les rapports sexuels ne garantit pas la protection contre ces bactéries. [2.10](#)

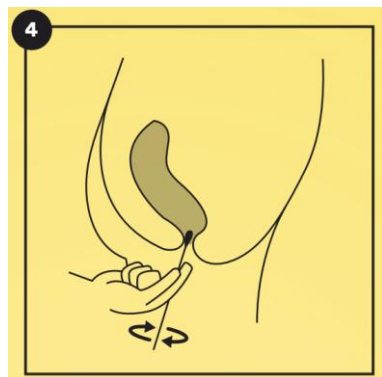
M. Genitalium ne fait pas partie du dépistage des urétrites et aucun traitement n'est requis chez les patient·es asymptomatiques.

Aspects pratiques

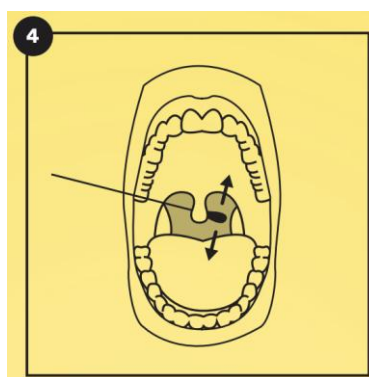
- Au niveau anal, le frottis s'effectue à l'aide d'un écouvillon (sans lubrifiant ni anesthésique) que l'on conduit dans le rectum distal au travers du canal anal dans un mouvement rotatif durant 30 secondes afin de favoriser l'absorption des gonocoques par l'écouvillon. L'examen de choix est la PCR, à compléter par une culture en cas de résultat positif.
- Chez les femmes, une PCR avec un prélèvement par frottis vaginal est suffisant et a une meilleure spécificité que la PCR urinaire et peut être fait par le/la médecin généraliste ou la patiente elle-même.
- Le dépistage doit inclure systématiquement la recherche de *C. trachomatis* ET *N. gonorrhoeae*.

Concernant les auto-prélèvements, des instructions à donner aux patient·e·s sont disponibles gratuitement sur le shop de l'aide suisse contre le SIDA : <https://shop.aids.ch/fr-ch/products/anleitung-zum-abstrich> :

A titre d'exemple



- 3 Introduire l'écouvillon dans l'anus, environ 3 cm
- 4 Effectuer plusieurs rotations



- 4 Frotter plusieurs fois le fond de gorge des deux côtés

7. DOXY-PEP

En termes de prévention, la prise de 200 mg de doxycycline par voie orale de préférence dans les 24 premières heures et jusqu'à 72 heures après une exposition sexuelle montre des résultats significatifs principalement concernant la syphilis (-70%) et chlamydia (-73%), mais dans une moindre mesure pour la gonorrhée (<50% selon les études). ^{17,18} Cette efficacité moindre s'explique par des taux élevés de résistance antimicrobienne de *Neisseria gonorrhoeae* à la doxycycline, particulièrement en Europe. L'USTI en Europe et le Centre for disease control (CDC aux Etats-Unis) recommandent un dépistage pour les MSM et femmes transgenres ayant des comportements sexuels à haut risque, les personnes ayant des IST récurrentes dans les 12 derniers mois, les personnes sous PrEP pour le VIH, en prenant compte de l'épidémiologie locale, de la possibilité de suivi, de prise en charge et de la participation du/de la patient·e à la prise de décision et la compréhension des risques/bénéfices. ¹⁷⁻¹⁹

La prise de DoxyPep ne doit également pas compromettre les dispositifs déjà en place pour la prévention et la prise en charge des autres IST notamment l'accès au dépistage, aux traitements, à la notification des partenaires, à la vaccination et à la PrEP. La doxyPEP ne figure actuellement pas dans les recommandations Suisses mais est prescrite au cas par cas.

REFERENCES

1. Jensen JS, Cusini M, Gomberg M, Moi H, Wilson J, Unemo M. 2021 European guideline on the management of Mycoplasma genitalium infections. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. mai 2022;36(5):641-50. doi:10.1111/jdv.17972 PubMed PMID: 35182080.
2. White JA, Dukers-Muijters NH, Hoebe CJ, Kenyon CR, De Ross J, Unemo M. 2025 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS. mai 2025;36(6):434-49. doi:10.1177/09564624251323678 PubMed PMID: 40037375.
3. Unemo M, Ross J, Serwin AB, Gomberg M, Cusini M, Jensen JS. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. Int J STD AIDS. 29 oct 2020;956462420949126. doi:10.1177/0956462420949126 PubMed PMID: 33121366.
4. European Centre for Disease Prevention and Control., Gesundheit Österreich Forschungs. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis in Europe. [Internet]. LU: Publications Office; 2024 [cité 3 mars 2026]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/0805127> doi:10.2900/0805127
5. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.
6. EAU Guidelines on Urological Infections - Uroweb [Internet]. [cité 7 mars 2026]. Disponible sur: <https://uroweb.org/guidelines/urological-infections/summary-of-changes/2025>
7. <https://ssi.guidelines.ch/guideline/2272/fr>.
8. Sabeh N, Delémont C, Gambirasio IK, Caviezel A. Symptômes urinaires bas et bandelette normale : à quoi penser ? Rev Med Suisse. 26 sept 2012;355(33):1811-5.
9. Wagenlehner FME, Brockmeyer NH, Discher T, Friese K, Wichelhaus TA. The Presentation, Diagnosis, and Treatment of Sexually Transmitted Infections. Dtsch Arztebl Int. janv 2016;113(1-2):11-22. doi:10.3238/arztebl.2016.0011 PubMed PMID: 26931526; PubMed Central PMCID: PMC4746407.
10. Fifer H, Ismail MA, Soni S, Nwaosu U, Sadiq ST, Milligan A, et al. British Association of Sexual Health and HIV UK National Guideline for the Management of infection with Neisseria gonorrhoeae , 2025. Int J STD AIDS. oct 2025;36(11-12):826-40. doi:10.1177/09564624251345195
11. Trellu L, Oertle D, Itin P, Furrer H, Scheidegger C, Stoeckle M, et al. Gonorrhée: nouvelles recommandations en matière de diagnostic et de traitement. Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum. 13 mai 2014;14. doi:10.4414/fms.2014.01889
12. Soni S, Fifer H, Al-Shakarchi Y, Bassett J, Mbawulu J, Pinto-Sander N, et al. British Association of Sexual Health and HIV National guideline for the management of infection with Mycoplasma genitalium, 2025. Int J STD AIDS. 17 juill 2025;9564624251359054. doi:10.1177/09564624251359054
13. Horner PJ, Blee K, Falk L, van der Meijden W, Moi H. 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis. Int J STD AIDS. oct 2016;27(11):928-37. doi:10.1177/0956462416648585 PubMed PMID: 27147267.
14. Crofts M, Blee K, Evans C, Tipple C, Rayment M, Horner PJ. British Association of Sexual Health and HIV National Guideline on the Management of Non-gonococcal Urethritis (NGU), 2026. Int J STD AIDS. 10 mars 2026;9564624261430584. doi:10.1177/09564624261430584 PubMed PMID: 41806362.
15. USPSTF [Internet]. Disponible sur: www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm
16. Tuddenham S, Hamill MM, Ghanem KG. Diagnosis and Treatment of Sexually Transmitted Infections: A Review. JAMA. 11 janv 2022;327(2):161-72. doi:10.1001/jama.2021.23487 PubMed PMID: 35015033.

17. Kimpe V, Rocher L, Alvarez Martinez D, Andenmatten-Trigona B. Dermatologie. Doxycycline en prophylaxie des IST et inhibiteurs JAK topiques dans les maladies inflammatoires. Rev Med Suisse. 15 janv 2025;9001:22-5.
18. Bachmann LH, Barbee LA, Chan P, Reno H, Workowski KA, Hoover K, et al. CDC Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention, United States, 2024. MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep. 6 juin 2024;73(2):1-8. doi:10.15585/mmwr.rr7302a1 PubMed PMID: 38833414; PubMed Central PMCID: PMC11166373.
19. Sherrard J, Gokengin D, Winter A, Marks M, Unemo M, Jensen JS, et al. IUSTI Europe position statement on use of DoxyPEP: June 2024. Int J STD AIDS. nov 2024;35(13):1087-9. doi:10.1177/09564624241273801 PubMed PMID: 39167417.