

URÉTRITES

Auteur : Dr D. Parrat, Service de médecine de premier recours, HUG
Experte : Dre L. Toutous-Trellu, Service de dermatologie et vénérologie, HUG
Relecteurs : Dr T. Mach, Service de médecine de premier recours, HUG
Dr N. Junod, Service de médecine de premier recours, HUG

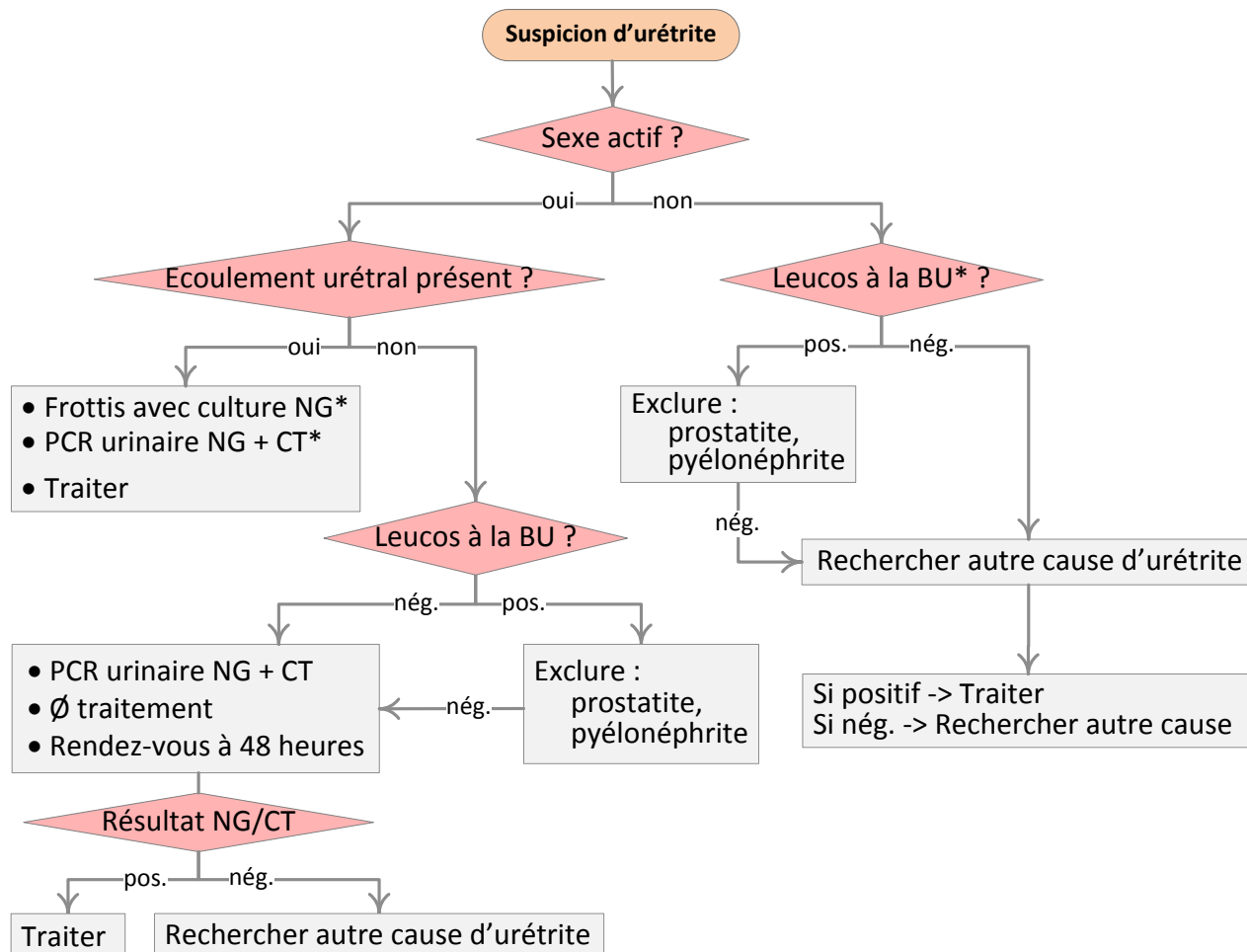
Algorithme, relecture : M. Le Braz
Mise en page : J. Caliri

2017

LES POINTS À RETENIR

- L'absence de leucocyturie (à la bandelette ou au sédiment urinaire) lors de symptômes typiques d'urétrite n'exclut pas son diagnostic et les germes principaux responsables de cette infection (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* et dans un second temps *M. genitalium* ou autres moins fréquents) doivent être recherchés.
- Toute suspicion d'urétrite devrait bénéficier d'un prélèvement avant le traitement (la PCR pour *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* et *M. genitalium* dans les urines est le test le plus sensible et le plus spécifique pour le diagnostic d'urétrite, mais une culture devrait être effectuée avant traitement en cas de suspicion de *N. gonorrhoeae* en raison des résistances aux antibiotiques en augmentation). Le traitement peut être empirique mais dans ce cas un contrôle systématique clinique de la guérison est conseillé.
- Un test de confirmation d'éradication par PCR est recommandé de routine pour *N. gonorrhoeae* et *M. genitalium* à distance du traitement (2 et >4 semaines, respectivement).
- Tous les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes doivent être testés pour *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis* au niveau de tous les sites d'exposition.
- La recherche clinique et sérologique des autres infections sexuellement transmissibles (MST) doit être proposée dans tous les cas (HIV, Hépatite B et C, syphilis).
- Les partenaires sont testés et traités.

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE D'UNE URETRITE



* BU : bandelette urinaire ; CT : Chlamydia trachomatis ; NG : Neisseria gonorrhoeae

Version: 09.09.2016

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).

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 responsables 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 lorsque l'urétrite continue malgré une prise en charge bien conduite de l'urétrite gonococcique et à *Chlamydia*.^{1, 8, 9}

1. <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (25%)	5. <i>Mycoplasma hominis</i>
2. <i>Chlamydia trachomatis</i> (11-50%)	6. <i>Trichomonas vaginalis</i> (1-20%)
3. <i>Mycoplasma genitalium</i> (10-35%)	7. Herpes simplex virus (2-3%)
4. <i>Ureaplasma urealyticum</i> (5-26%)	8. Autres : adénovirus, streptocoques B, Candida sp, N. meningitidis, Haemophilus sp

Tableau 1 : Pathogènes de l'urétrite et prévalence.^{1, 2, 8, 9, 12}

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.¹

À noter un risque de contamination uro-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 :

- Pollakiurie
- Dysurie
- Algurie
- Douleurs urétrales
- Écoulement urétral

Toutefois, ces symptômes urinaires bas sont également retrouvés en cas de cystite, prostatite, épидидymite ou pyélonéphrite. Si chez l'homme, l'urétrite est souvent très symptomatique (algurie, dysurie, écoulement urétral, épидидymite, douleur testiculaire), 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%).¹

Chez la femme, 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.^{1, 2, 6, 8}

Certains éléments anamnestiques ou cliniques orientent vers une étiologie spécifique à l'urétrite.^{1, 7, 8}

- 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, un lymphogranulome ou un chancre mou.
- Les éléments anamnestiques indispensables sont donc : la recherche d'une activité sexuelle non protégée, 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, de 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).

À 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.

3.1. COMPLICATIONS DES INFECTIONS BACTERIENNES A *N. GONORRHOEAE*, *C. TRACHOMATIS* ET *M. GENITALIUM*

Chez la femme :

- PID (endométrite, salpyngite, paramétrite, ovarite, abcès tubo-ovarien, péritonite pelvienne)
→ 30% de risque chez les femmes non-traitées
- Douleur pelvienne chronique
- Stérilité tubaire
- Grossesse extra-utérine (GEU)
- Arthrite réactive (urétrite associée à une conjonctivite et une arthrite, <1%)
- Fitz-Hugh-Curtis syndrome (PID et périhépatite)
- Bactériémie gonococcique avec infection disséminée (lésions cutanées, EF, arthralgies, arthrite aiguë et ténosynovite, <1%)

Chez l'homme :

- Arthrite réactive (urétrite associée à une conjonctivite et une arthrite, <1%)
- Epididymite, épididymo-orchite
- *M. genitalium* a été associé avec une balanoposthite
- *C. trachomatis* a été associé avec une balanite érosive circinée
- Bactériémie gonococcique avec infection disséminée (lésions cutanées, état fébrile, 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. LEUCOCYTURIE

On recherche d'abord une leucocyturie soit par une lecture quantitative au sédiment urinaire (>10 PMN/champ (400 x) ou au Gram (>5 PMN/champ (400x)), soit par une lecture qualitative à la bandelette avec test d'estérase leucocytaire positif. Une leucocyturie importante doit faire évoquer, selon le contexte clinique, une cystite, pyélonéphrite ou prostatite à germes urinaires classiques. L'absence de leucocyturie est fréquente lors d'urétrite et ne doit pas faire écarter ce diagnostic.

4.2. MICROBIOLOGIE

Chez un patient sexuellement actif, il faut rechercher *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Ceci peut se faire par PCR dans l'urine avec une très bonne sensibilité et spécificité. Cet examen se fait le jour de la consultation. Si l'écoulement n'est pas 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. Il est à répéter 2 semaines après exposition s'il y a eu des relations sexuelles dans les 2 semaines précédant la consultation.

Pour *N. gonorrhoeae*, on effectue également une culture d'un frottis, urétral ou cervical (la culture urinaire n'est pas sensible et non recommandée).^{1, 2, 3} Ceci permet alors d'obtenir un antibiogramme. Ce dernier est particulièrement important en cas de récurrence ou d'échec du traitement afin d'objectiver une éventuelle résistance et également à but épidémiologique. Ce geste peut être inconfortable pour le patient et la sensibilité de l'examen dépend de la qualité du prélèvement. À noter que – contrairement aux guidelines européens – *M. genitalium* ne se recherche pas en première intention en Suisse mais est à identifier lors du suivi clinique.^{1, 3, 10}

En cas d'urétrite NGNC, on peut rechercher 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 $\geq 95\%$) chez l'homme. Chez la femme, la PCR endocervicale a une meilleure sensibilité que la PCR urinaire.
	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 endocervicale. Chez la femme un bon prélèvement cervical est nécessaire, sensibilité dans les urines \ll urines homme.
	Culture (sensibilité 70-80%). Non faite de routine car difficile techniquement et insuffisamment sensible.
<i>T. vaginalis</i>	PCR urinaire ou endocervicale.
	Culture (milieu spécial) vaginale ou urétrale.
	Examen direct moins sensible.
<i>M. genitalium</i>	PCR urinaire, urétrale ou endocervicale ; Culture si positive en raison d'une augmentation de la résistance aux macrolides.
<i>U. urealyticum</i>	PCR urinaire. Culture urinaire ou sur frottis.
<i>M. hominis</i>	PCR urinaire. Culture urinaire ou sur frottis.
<i>Herpes simplex</i>	PCR ou culture (frottis urétral ou lésions). IFD en dermatologie si lésions récentes.

Tableau 2 : Pathogènes et méthodes diagnostiques (IFD = immunofluorescence directe).^{1, 3, 8, 14}

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 doit recueillir les 1^{ères} gouttes d'urine et remplir le récipient jusqu'à 20 ml au maximum.³

5. PRISE EN CHARGE

5.1. INSTAURATION DU TRAITEMENT

En cas de forte suspicion clinique (exposition sexuelle, écoulement urétral objectivé) un traitement 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, 3, 12}

La recherche de *M. genitalium* par PCR (aux HUG ; par culture dans certains laboratoires de ville) se fait plutôt en cas de persistance des symptômes. Sinon, on attend les résultats des prélèvements pour cibler le traitement. En moyenne seules 5 à 10% des recherches de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* sont positives (urgences HUG). Donc, en traitant tout patient avant l'obtention du résultat, on surtraite beaucoup de patients.

Ne pas oublier de 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'URETRITE A 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.^{3, 7, 12}

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. Plutôt que d'augmenter les doses, il est recommandé de prescrire un traitement combiné de plusieurs molécules (ce qui a également pour avantage d'éradiquer les infections concomitantes à *C. trachomatis*) :

1er choix : Ceftriaxone 500 mg IM ET Azithromycine 1g PO, également valable en cas de grossesse et allaitement.

En cas d'allergie ou de résistance, selon l'antibiogramme, il convient de consulter un infectiologue ou un dermatologue/vénérologue.

Tableau 3 : Traitement de l'urétrite à *N. gonorrhoeae*.^{3, 5, 7, 12}

L'association de ceftriaxone 500 mg avec azithromycine 1 gr sera faite si le patient ne peut pas être revu (traité de façon syndromique) ou en cas de PCR positive. Si une culture a été faite, le traitement sera ciblé selon l'antibiogramme.

Il est recommandé de contrôler à 1 semaine la résolution de l'infection si la ceftriaxone n'a pas pu être utilisée (allergie ou indisponibilité). En cas de persistance des symptômes, un prélèvement par culture doit être obtenu s'il n'a pu être fait dès le départ.

5.3. TRAITEMENT DE L'URETRITE A *C. TRACHOMATIS*

L'azithromycine et la doxycycline sont d'efficacité identique pour le traitement d'une urétrite à *Chlamydia* mais la compliance est meilleure avec un traitement administré en dose unique.

1er choix : **Azithromycine 1g PO en dose unique** (également valable pdt la grossesse) ou bien **Doxycycline 100 mg PO 2x/j pendant 7 jours** (alternative en cas de rupture de stock : Minocycline 100 mg 2x/j pendant 7 jours)

Alternative : Uniquement sur avis spécialisé (infectiologique ou dermatologique)

Erythromycine 500 mg 4x/j pendant 7 jours ou

Ofloxacine 300 mg 2x/j pendant 7 jours ou

Lévofloxacine 500 mg 1x/j pendant 7 jours

Tableau 4 : Traitement de l'urétrite à *C. trachomatis*.^{3, 5, 7, 8, 12}

5.4. TRAITEMENT DES AUTRES PATHOGENES (NGNC)

5.4.1 Traitement de l'urétrite à *M. genitalium*

Un antibiogramme est fortement recommandé en raison de l'apparition de résistance aux macrolides, du peu d'alternatives au traitement et du rôle facilitant de *M. genitalium* dans la transmission du HIV, particulièrement en Afrique sub-saharienne.¹

1ère ligne : Azithromycine 500mg à J1 PUIS 250mg/j pendant 4 jours (de J2 à J5) PO (la résistance à une dose unique d'azithromycine est de 30-45%) ou Doxycycline 100 mg 2x/j pendant 7 jours PO.

2ème ligne (si résistance aux macrolides ou persistance de l'infection après 7 jours de traitement de 1ère ligne) : il faut suspecter une résistance possible du *Mycoplasma* et utiliser Moxifloxacine 400mg/j pendant 7 jours PO (CAVE: 30% de résistance de la souche de la région Asie-Pacifique).

Tableau 5 : Traitement de l'urétrite à *M. genitalium*.¹

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>	Azithromycine 1g PO en dose unique ou Doxycycline 100 mg PO 2x/j pendant 7 jours. Le rôle de <i>U. urealyticum</i> comme IST est discuté mais possible si la culture >10 ⁵ UFC/ml
<i>Mycoplasma hominis</i>	Doxycycline 100 mg PO 2x/j pendant 7 jours. Les macrolides n'ont pas d'effet.
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Métronidazole 2g PO en prise unique ou Métronidazole 500 mg 2x/j pendant 7 jours si une dose unique ne suffit pas.
<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.^{1, 5, 7, 11}

5.5 INFORMATION AU PATIENT

- Éviter 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. Cette mesure concerne aussi bien le cas primaire que les partenaires sexuels.
- Donner une information au patient et son partenaire sur la pathologie incluant des détails sur la transmission, la prévention et les complications.
- Une information en français pour le patient est disponible sur le site de l'OFSP :
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/infektionskrankheiten-a-z/sexuell-uebertragbare-infektionen-praevention.html>
- Une information en anglais pour le patient est disponible dans les guidelines européens des maladies du tractus urinaire sexuellement transmissibles (IUSTI) :
<http://www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm>

5.6. TRAITEMENT DU PARTENAIRE SEXUEL

Tous les partenaires des 60 derniers jours de patients atteints de gonorrhée (6 derniers mois, si *C. trachomatis*) doivent être dépistés au moyen d'une PCR et d'une culture et **être mis sous traitement le jour même**, avant même que le résultat des tests ne soit connu, en raison du taux élevé de transmission.^{1, 2, 3, 7, 9}

Il convient de contacter le dernier partenaire sexuel si le dernier rapport sexuel date d'avant les dates mentionnées.

Éviter 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 RECURRENCE

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

- L'adhérence médicamenteuse
- La possibilité de ré-infection (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 compliqués ou rebelles au traitement, il est recommandé de prendre contact avec le consultant d'infectiologie ou de dermatologie (cf. Contacts utiles ci-dessous) en raison des enjeux bactériologiques des résistances.

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'ERADICATION

5.8.1 *C. Trachomatis* ^{1,2}

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-compliance et/ou ré-infection
- Infection extra-génitale, particulièrement lors d'un traitement d'azithromycine pour une infection rectale.

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 infectés (<25 ans), à 3-6 mois post-traitement.

5.8.2 *N. gonorrhoeae* ^{1,2,9}

- Un test de confirmation d'éradication par PCR est recommandé de routine à 2 semaines de la réalisation du traitement afin d'identifier une infection persistante et des résistances émergentes au traitement.
- Une culture est recommandée en cas de persistance des symptômes après traitement. La culture doit être effectuée 3-7 jours après finalisation du traitement et complétée par une PCR à 7 jours si le résultat est négatif. **Seule la culture permettra de réaliser un antibiogramme pour détecter d'éventuelles résistances.**

5.8.3 *M. Genitalium* ^{1,2,9}

- Un test de confirmation d'éradication par PCR est recommandé de routine 3 à 5 semaines après la réalisation du traitement en raison de la prévalence élevée de la résistance aux macrolides.

5.9. BILAN DE DEPISTAGE 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 sexuels (cf. chapitre 5.6) et
- Dépister d'autres IST avec l'accord du patient :
 - 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) 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

- Garde quartiers, médecine de premiers recours, chef de clinique : 079 55 34 099
- Dr. S. Zurcher, spécialiste en dermatologie et vénérologie, médecin interne : 079 55 34 496
- Dre L. Toutous-Trellu, spécialiste dermatologie et vénérologie, médecin adjointe agrégée : 079 55 33 910
- Infirmières de santé publique de dermatologie 022 372 33 623
- Garde d'infectiologie : 079 55 34 227
- Garde de dermatologie : 079 55 34 491
- Tests anonymes de dépistage du VIH (consultation et tous les dépistages MST pour 150 francs).
 - par internet: www.testvih.ch
 - par téléphone (uniquement si absence de connection internet) : 022 372 96 17 du lundi au vendredi (9h-12h00 et 14h-17h00)

6. DÉPISTAGE

En l'absence de symptômes d'urétrite, la recherche de *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis* fait partie du dépistage du médecin de premier recours en cabinet dans certaines situations bien particulières.

En raison de la prévalence et du risque infectieux (avec les complications pouvant en découler), tous les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) devraient être testés pour *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis* au niveau de tous les sites d'exposition (pharynx, urétral et ano-rectal).

Les infections du pharynx et de l'anus sont asymptomatiques dans plus de 90% des cas et constituent un réservoir majeur pour leur propagation.^{1, 2, 3, 14} Le port du préservatif pendant les rapports sexuels ne garantit pas la protection contre ces bactéries.²

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.³ L'examen de choix est la PCR, à compléter par une culture en cas de résultat positif.

La plupart des études se sont concentrées sur la population des HSH. La population des femmes a été peu étudiée à ce sujet. Dans ce contexte, on peut supposer que les femmes ayant des rapports anaux pourraient également être à risque. Ce dépistage peut également être proposé en présence de facteurs de risque (partenaires multiples, ...).^{1, 2}

Un dépistage de routine pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* à l'aide d'un frottis endocervical à intervalles réguliers (1x par année) et à chaque nouvelle/nouveau partenaire sexuel est recommandé chez les femmes sexuellement actives de <25 ans. Les données sont insuffisantes pour les hommes <25 ans à l'exception des HSH.^{1, 2}

REFERENCES

1. <http://www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm>.
2. Sexually transmitted Disease Treatment. Guidelines, 2015. CDC.
3. L. Toutous Trelu et al. Gonorrhée: nouvelles recommandations en matière de diagnostic et de traitement. Forum Med Suisse 2014 ; http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2014/20/fr/fms_01889.pdf
4. F. Bally, B. Bertisch, S. Borelli, et al. Recommandations pour le traitement précoce des infections sexuellement transmissibles (IST) par les médecins de premier recours : Attitudes cliniques lors de plaintes dans la région génitale». OFSP 2011; http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/12472/12473/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCJfIN_e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
5. Guideline HUG des médicaments anti-infectieux : http://intra.hug.ch/sites/hug-drupal1.gva.intranet/files/contenu/doc/Guide_antibiotique.pdf
6. N.Sabeh, I. Kaelin Gambirasio, A.Caviezol, C.Delémont. Symptômes urinaires bas et bandelette normale : à quoi penser ? Rev Med Suisse 2012; 8:1811-1815.
7. Wagenlehner F ME, Brockmeyer NH, Discher T, et al. The Presentation, Diagnosis, and Treatment of Sexually Transmitted Infections. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 11–22. Supplementary material.
8. Bachmann LH, Manhart LE, Martin DH, et al. Advances in the Understanding and Treatment of Male Urethritis. Clin Infect Dis. 2015; Bachmann. S763-9.
9. Moi H, Blee K et Horner PJ. Management of non-gonococcal urethritis. BMC Infectious Diseases 2015; 15:294.
10. Munoz JL et Goje OJ. Mycoplasma genitalium : An Emerging Sexually Transmitted Infection. Review Article. Hindawi Publishing Corporation Scientifica Volume 2016; Article ID 7537318, 5 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7537318>.
11. Smith DS, Ramos N. Trichomoniasis Treatment & Management. Medscape 2015; <http://emedicine.medscape.com/article/230617-treatment#d8>.
12. Les urétrites. IST state of the art 2012- Swissfamilydocs-31.08.12 Lausanne
13. Bally F et Quach A. Chlamydia : du dépistage de la population au dépistage individuel répété. Rev Med Suisse 2014; 10: 1882-6.
14. Dukers-Muijers N H T M, Schachter J, van Liere G et al. What is needed to guide testing for anorectal and pharyngeal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in women and men? Evidence and opinion. BMC Infectious Diseases 2015 ; 15:533.

Dernière mise à jour 2017 par : D. Parrat et L. Toutous-Trelu