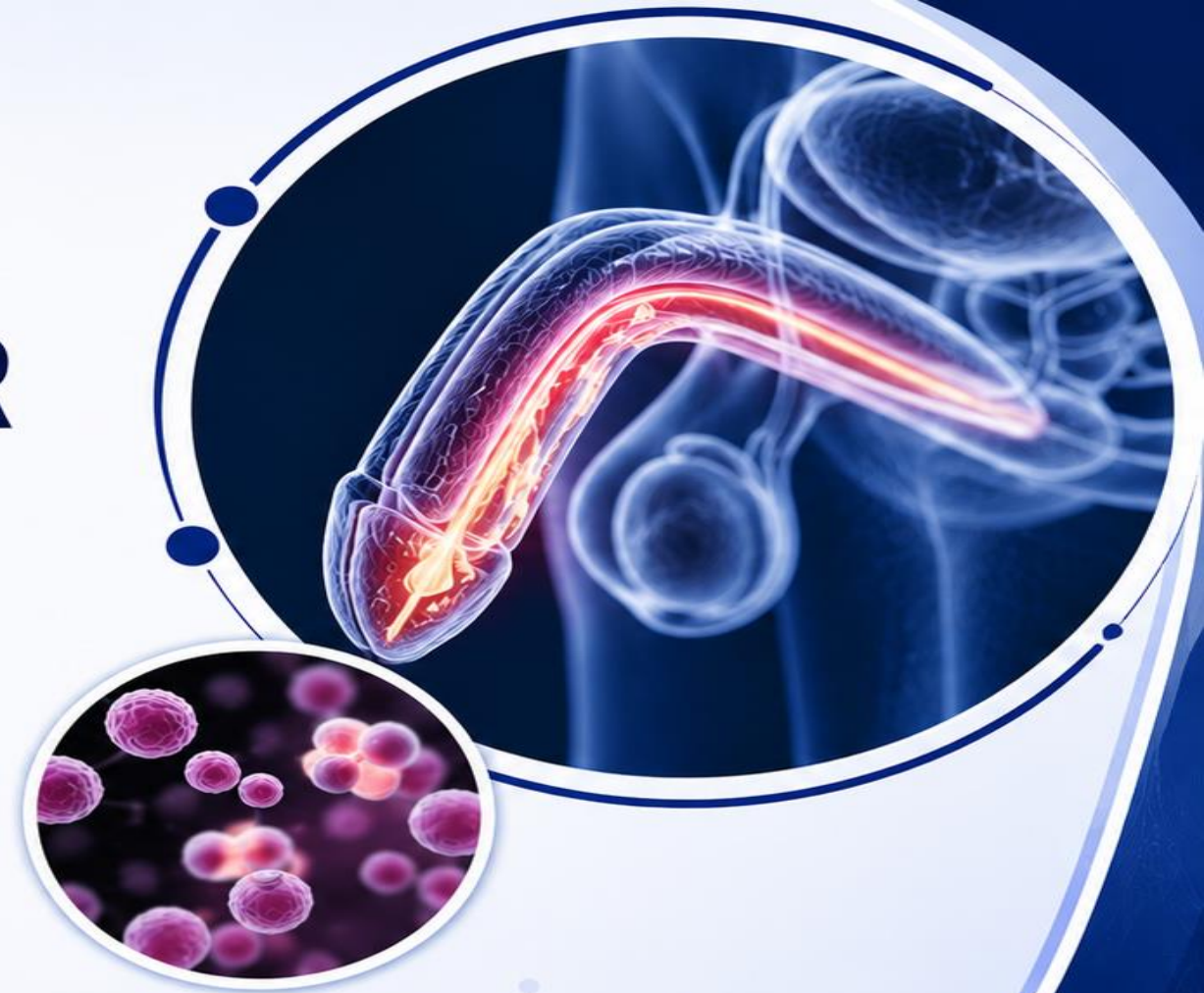


CONDUITE À TENIR DEVANT UNE URÉTRITE



Pr Ahmed Bouhamidi



Objectifs pédagogiques



À l'issue de cette présentation, le participant sera capable de :



Un parcours structuré, du diagnostic à la prévention, pour une prise en charge optimale et responsable de l'urétrite.



MESSAGE CLÉ

L'urétrite est un symptôme-carrefour des IST : sa prise en charge rigoureuse conditionne la prévention des complications individuelles et de la transmission communautaire.

PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DE L'URÉTRITE



Plan du cours



01 |  Introduction

02 |  Définition

03 |  Rappels anatomiques

04 |  Épidémiologie

05 |  Physiopathologie

06 |  Étiologies infectieuses et non infectieuses

07 |  Manifestations cliniques

08 |  Démarche diagnostique

09 |  Examens complémentaires

10 |  Traitement – gonococcie

11 |  Traitement – urétrites non gonococciques

12 |  Prise en charge des partenaires

13 |  Complications

14 |  Prévention

15 |  Cas cliniques interactifs

16 |  Messages clés, QCM, ECOS et synthèse

L'urétrite, un motif fréquent en consultation



Un symptôme, pas un diagnostic

- Écoulement urétral / dysurie = syndrome nécessitant une enquête étiologique



Porte d'entrée des IST bactériennes

- Motif de consultation le plus fréquent en IST chez l'homme jeune



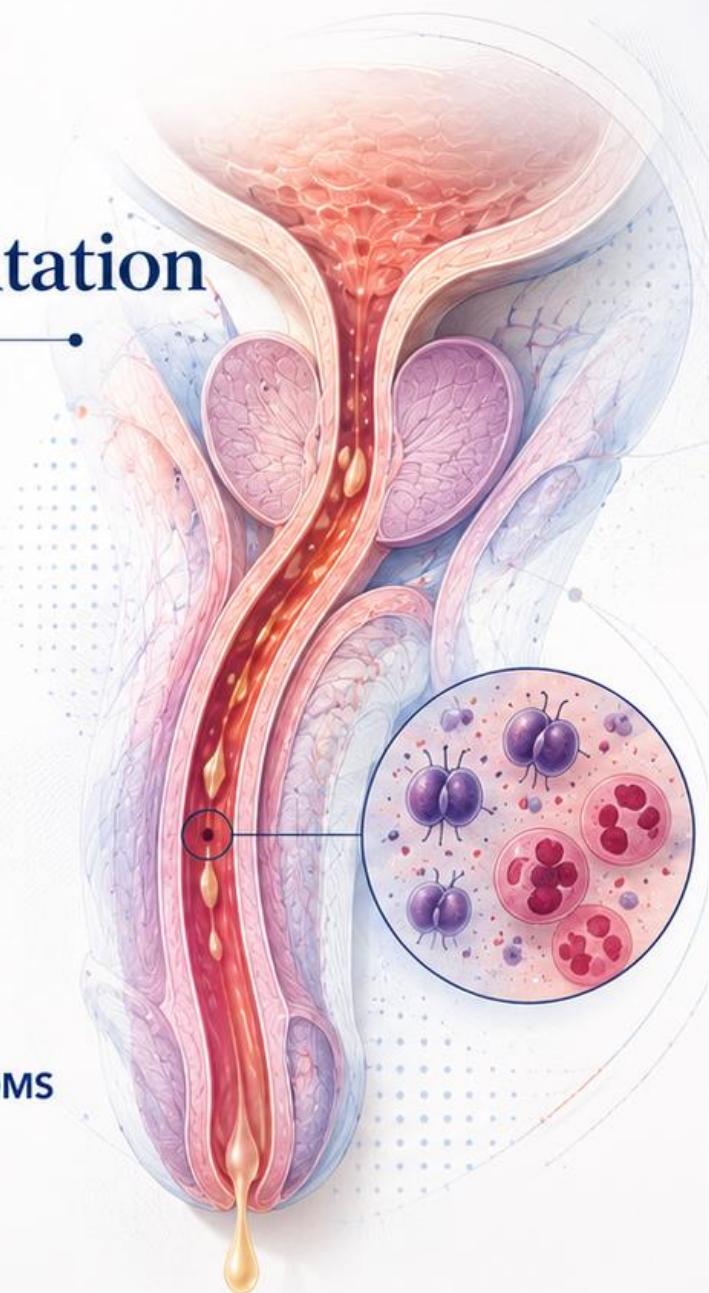
Enjeu de santé publique

- Recrudescence mondiale de la gonococcie et de la résistance aux antibiotiques
- Risque de transmission au partenaire et de complications (infertilité, dissémination)



Approche syndromique recommandée par l'OMS

- Traiter sans attendre les résultats microbiologiques dans les zones à ressources limitées
- En France/Maroc : diagnostic microbiologique ciblé avant traitement documenté



MESSAGE CLÉ

Devant tout écoulement urétral, la démarche doit être rapide, standardisée et systématiquement couplée à un dépistage IST élargi et à la prise en charge du/des partenaires.



Qu'est-ce qu'une urétrite ?



Définition clinique

- Inflammation de l'urètre se traduisant par un écoulement urétral, une dysurie et/ou un prurit canalaire



Définition biologique

- Présence de ≥ 5 polynucléaires neutrophiles par champ (grossissement x1000) sur frottis urétral coloré au Gram
- Ou leucocyturie ≥ 10 /champ sur le premier jet urinaire



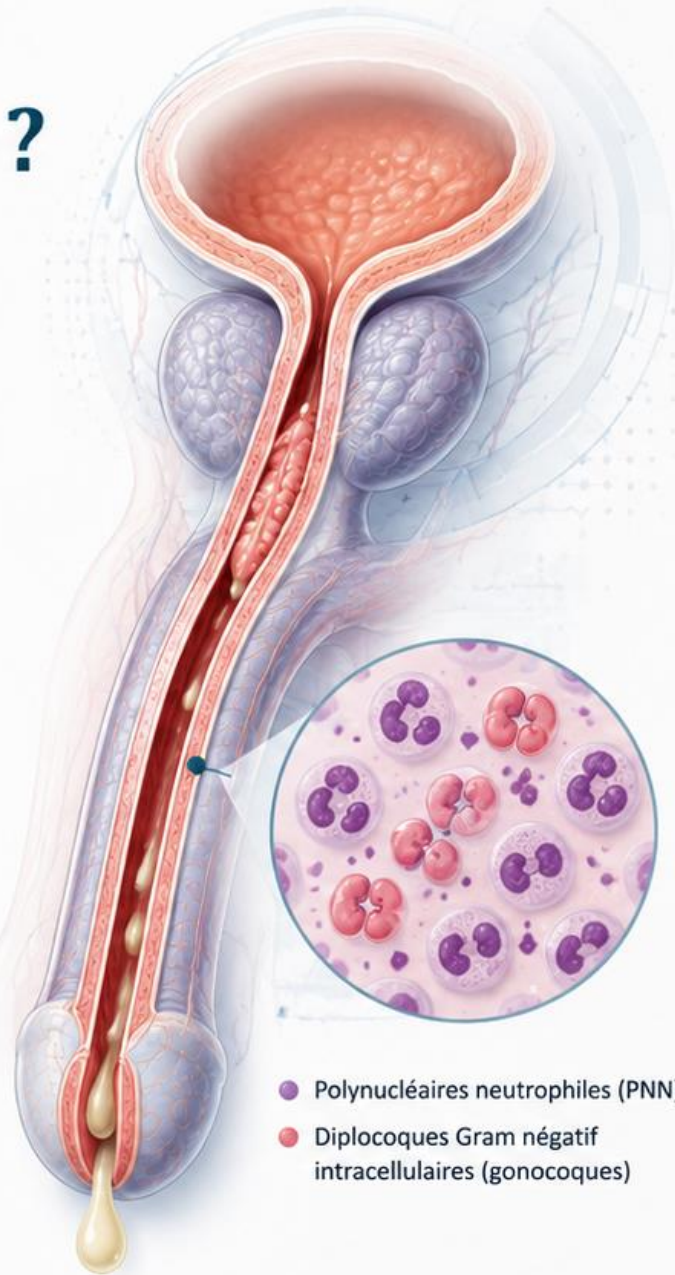
Deux grandes catégories étiologiques

- Urétrite gonococcique (UG) – *Neisseria gonorrhoeae*
- Urétrite non gonococcique (UNG) – tous les autres agents infectieux ou causes non infectieuses



Formes évolutives

- Aiguë : évolution < 4 semaines
- Chronique/persistante ou récidivante : échec thérapeutique, réinfection ou cause résistante à rechercher



- Polynucléaires neutrophiles (PNN)
- Diplocoques Gram négatif intracellulaires (gonocoques)



MESSAGE CLÉ

Le diagnostic d'urétrite est avant tout clinique ; sa confirmation biologique par le Gram/leucocytérie oriente en urgence vers la présence ou non de diplocoques intracellulaires évoquant le gonocoque.





L'urètre : structure et différences homme / femme



URÈTRE MASCULIN (~20 cm)

- Urètre antérieur : pénien puis bulbaire (épithélium malpighien puis pseudo-stratifié)
- Urètre postérieur : membraneux puis prostatique (épithélium transitionnel)
- Glandes de Littre et de Cowper : sites de latence bactérienne



URÈTRE FÉMININ (~4 cm)

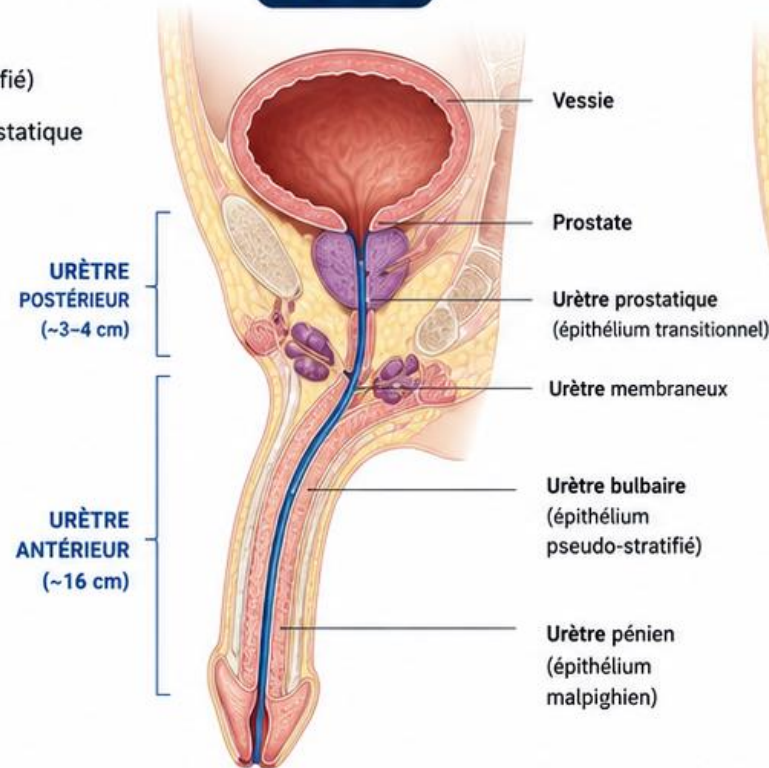
- Court, proche du vagin et de l'anus : risque de contamination croisée
- L'urétrite féminine est souvent masquée par une cervicite associée



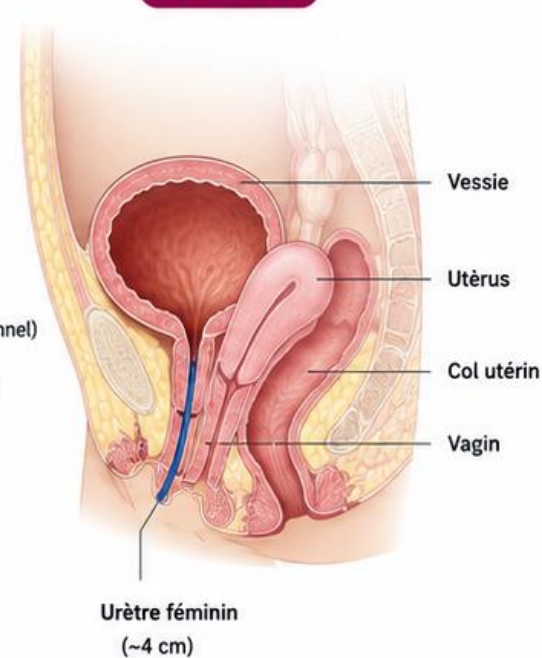
CONSÉQUENCE CLINIQUE

- Chez l'homme : écoulement extériorisé et visible → diagnostic précoce facilité
- Chez la femme : souvent pauci-symptomatique → retard diagnostique et risque de complications pelviennes

HOMME



FEMME



MESSAGE CLÉ

La brièveté de l'urètre féminin et sa proximité avec le vagin expliquent la fréquente association à une cervicite et le caractère souvent silencieux de l'infection chez la femme.

COMPARAISON DES LONGUEURS



Urètre masculin
~20 cm



Urètre féminin
~4 cm



RAPPELS ANATOMIQUES CLÉS



Épithélium
Épithélium malpighien à l'avant (pénien) puis pseudo-stratifié (bulbaire).



Épithélium transitionnel
Dans l'urètre postérieur (prostatique et membraneux).



Glandes accessoires
Littre (urètre) et Cowper (bulbaire) : réservoirs bactériens.



Proximité anatomique
Chez la femme : proximité vagin / anus → risque accru de contamination croisée.

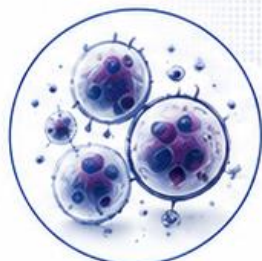
Une charge mondiale considérable (OMS)

Incidence annuelle estimée des principales IST responsables d'urétrite chez les 15–49 ans

Nouveaux cas
par an (millions)

160
120
80
40
0

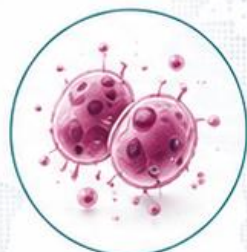
129
millions



*Chlamydia
trachomatis*

IST bactérienne curable
la plus fréquente
au monde

82
millions



*Neisseria
gonorrhoeae*

Incidence en hausse continue
depuis 2010, y compris
dans les pays à revenu élevé

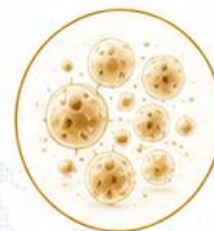
156
millions



*Trichomonas
vaginalis*

IST non virale
la plus fréquente

10–35%
des UNG non
chlamydiennes



*Mycoplasma
genitalium*

Prévalence générale
1–2%, responsable de
10 à 35% des UNG
non chlamydiennes

FACTEURS
DE RISQUE
COMMUNS



Âge < 25 ans



Partenaires
multiples



Absence de
préservatif



Antécédents
d'IST



HSH



MESSAGE CLÉ

Les quatre grandes IST responsables d'urétrite représentent à elles seules plusieurs centaines de millions de nouveaux cas par an dans le monde : l'urétrite est un **problème de santé publique majeur**.



À PROPOS DE CES DONNÉES

- Estimations mondiales OMS les plus récentes (2021–2023 selon les agents).
- Les chiffres représentent les nouveaux cas par an chez les 15–49 ans.



Agents bactériens :

C. trachomatis, *N. gonorrhoeae*,
M. genitalium



Agent parasitaire :

T. vaginalis

Tendances régionales et résistance aux antibiotiques



France / Europe (Santé publique France, ECDC)

- Hausse continue des gonococcies déclarées depuis 2013, notamment chez les HSH
- Émergence de souches de *N. gonorrhoeae* à sensibilité diminuée à la ceftriaxone (cas sporadiques)



Maghreb / Maroc

- IST bactériennes sous-notifiées ; surveillance sentinelle en développement
- Accès variable à la PCR selon les structures de soins



États-Unis (CDC)

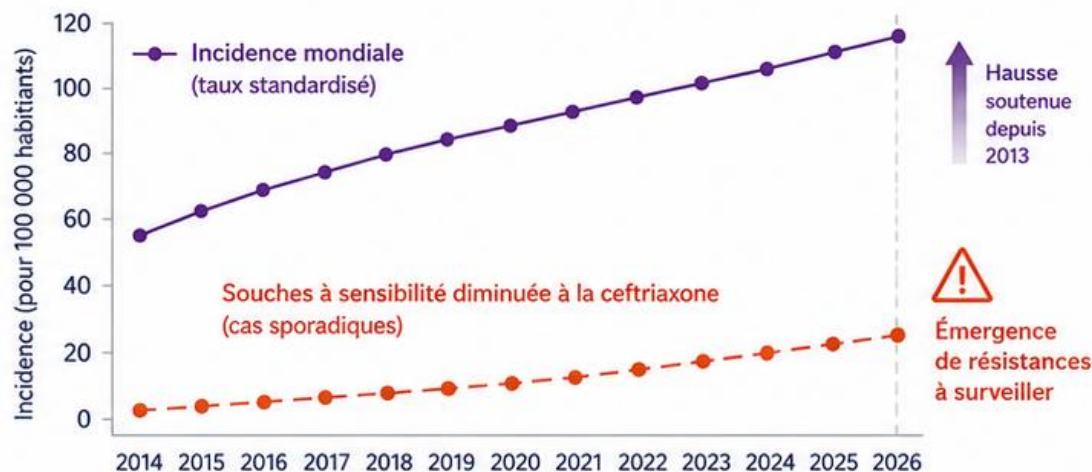
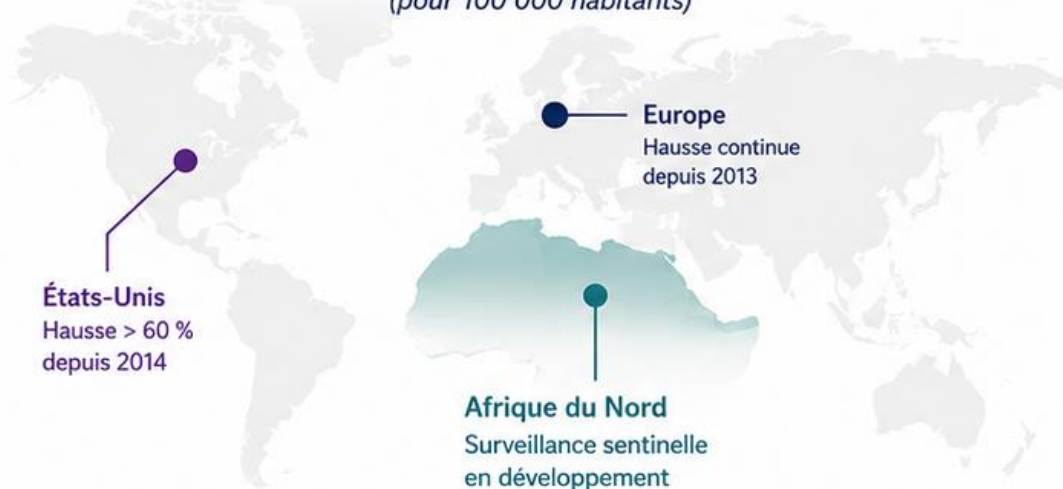
- Gonorrhée en hausse de plus de 60 % depuis 2014
- Doxy-PEP recommandée depuis 2024 chez certaines populations à haut risque



Enjeu majeur : l'antibiorésistance

- *N. gonorrhoeae* figure parmi les bactéries prioritaires de l'OMS pour la recherche de nouveaux antibiotiques
- Disparition progressive des fluoroquinolones et de l'azithromycine comme options fiables

Incidence de la gonococcie déclarée (2014–2026)
(pour 100 000 habitants)

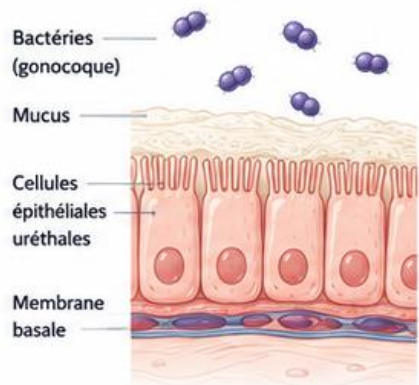


MESSAGE CLÉ

La ceftriaxone est aujourd'hui le dernier antibiotique pleinement fiable en monothérapie contre le gonocoque : chaque prescription doit respecter strictement la posologie recommandée pour **freiner l'émergence de résistances**.

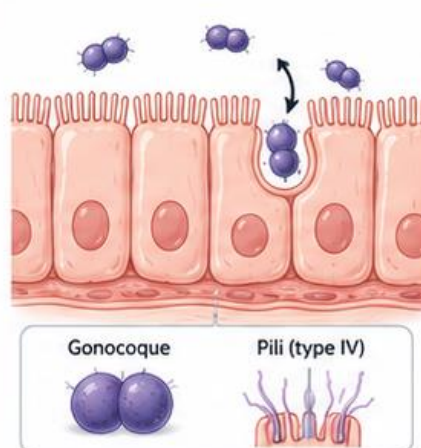
Comment l'infection génère l'inflammation urétrale

1 Inoculation



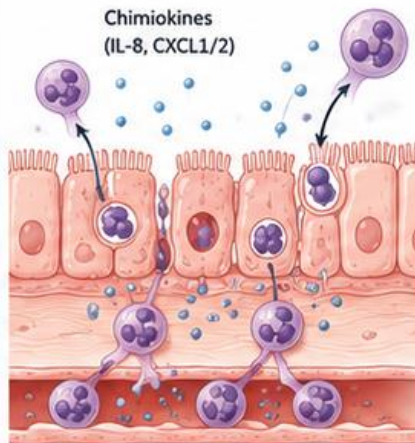
- Contact muqueux lors d'un rapport sexuel (vaginal, anal ou oro-génital) non protégé.

2 Adhérence et invasion épithéliale



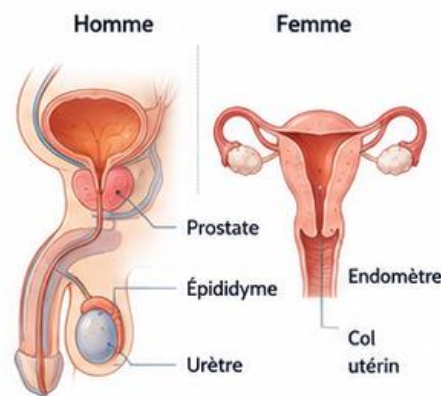
- *N. gonorrhoeae* : pili et protéines Opa permettant l'adhésion puis l'invasion des cellules épithéliales cylindriques.
- *C. trachomatis* : cycle intracellulaire obligatoire (corps élémentaire → réticulé) dans les vacuoles.

3 Réponse inflammatoire locale



- Recrutement de polynucléaires neutrophiles.
- Écoulement purulent ou muco-purulent.
- Libération de cytokines pro-inflammatoires (IL-8 notamment, TNF- α , IL-1 β).

4 Extension possible



- Par contiguïté : épididyme, prostate chez l'homme ; endocol, endomètre chez la femme.
- Voie hématogène (rare) : gonococcie disséminée (arthrite, dermite, endocardite...).



MESSAGE CLÉ

L'intensité de la réponse inflammatoire diffère selon l'agent : le gonocoque induit une réaction neutrophilique intense et rapide, alors que Chlamydia et Mycoplasma genitalium provoquent une inflammation plus discrète, souvent pauci-symptomatique.



POINTS CLÉS À RETENIR



Adhésion et invasion conditionnent la persistance de l'infection.



La réponse inflammatoire locale est principalement neutrophilique.



L'extension peut entraîner des complications uro-génitales et systémiques.

AGENTS IMPLIQUÉS PRINCIPAUX

Neisseria gonorrhoeae



- Diplocoque Gram négatif en grains de café
- Réaction aiguë, intense et purulente

Chlamydia trachomatis



- Bactérie intracellulaire obligatoire
- Inflammation souvent discrète



Trichomonas vaginalis

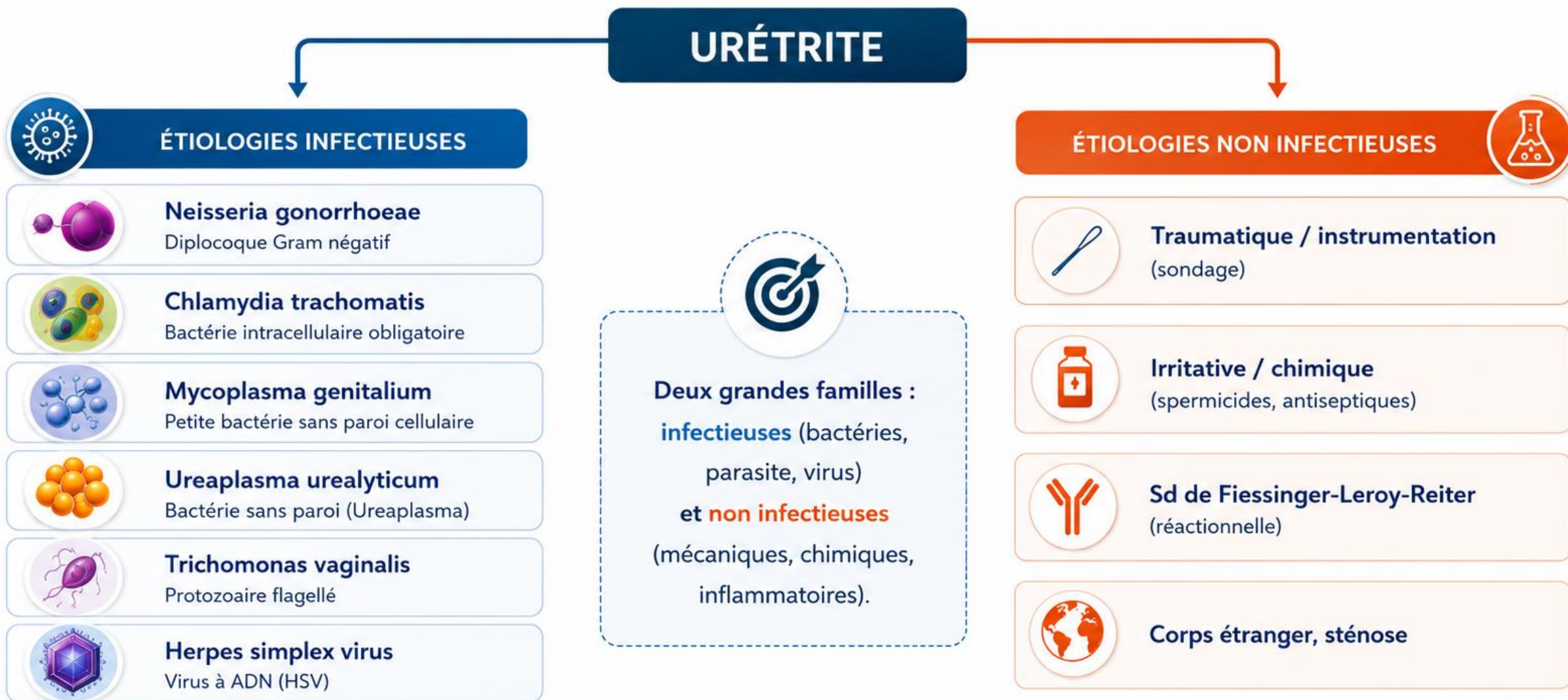
- Protozoaire flagellé
- IST non virale la plus fréquente



Mycoplasma genitalium

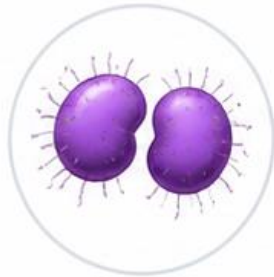
- Petite bactérie sans paroi
- Inflammation modérée, fréquemment silencieuse

Panorama des causes d'urétrite



La recherche étiologique doit guider la prise en charge et le dépistage des partenaires.

Neisseria gonorrhoeae (gonocoque)



Bactériologie

- Diplocoque Gram négatif intracellulaire (en grain de café)
- Strictement humain, très contagieux (transmission > 50% par rapport unique)



Incubation

- Courte : 2 à 7 jours



Clinique typique

- Écoulement urétral purulent, abondant, jaune-verdâtre
- Dysurie franche, parfois brûlure mictionnelle intense (« chaude-pisse »)



Particularités 2024–2026

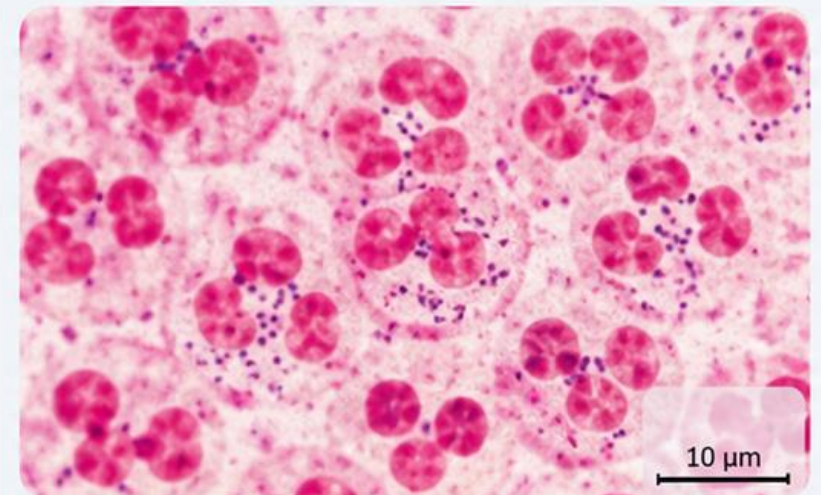
- Augmentation mondiale de l'incidence
- Diminution progressive de la sensibilité à la ceftriaxone : cas sporadiques rapportés en Europe et en Asie-Pacifique



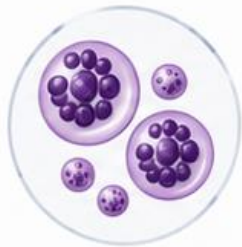
MESSAGE CLÉ

Le gonocoque est la première cause à éliminer devant tout écoulement purulent franc : sa gravité potentielle et le risque de résistance imposent une confirmation microbiologique avec antibiogramme systématique.

Coloration de Gram montrant des diplocoques Gram négatif intracellulaires typiques (PNN : polynucléaires neutrophiles).



Chlamydia trachomatis



BACTÉRIOLOGIE

- Bactérie intracellulaire obligatoire (sérovars D à K pour les formes urogénitales)
- Strictement humain



INCUBATION

- Longue et variable : 1 à 3 semaines



CLINIQUE TYPIQUE

- Écoulement clair, modéré, souvent matinal (« la goutte matinale »)
- Jusqu'à 50% de formes asymptomatiques chez l'homme, > 70% chez la femme



ENJEU PRINCIPAL

- 1^{re} cause bactérienne d'infertilité tubaire par infection ascendante silencieuse
- Dépistage systématique recommandé chez les sujets à risque, même asymptomatiques

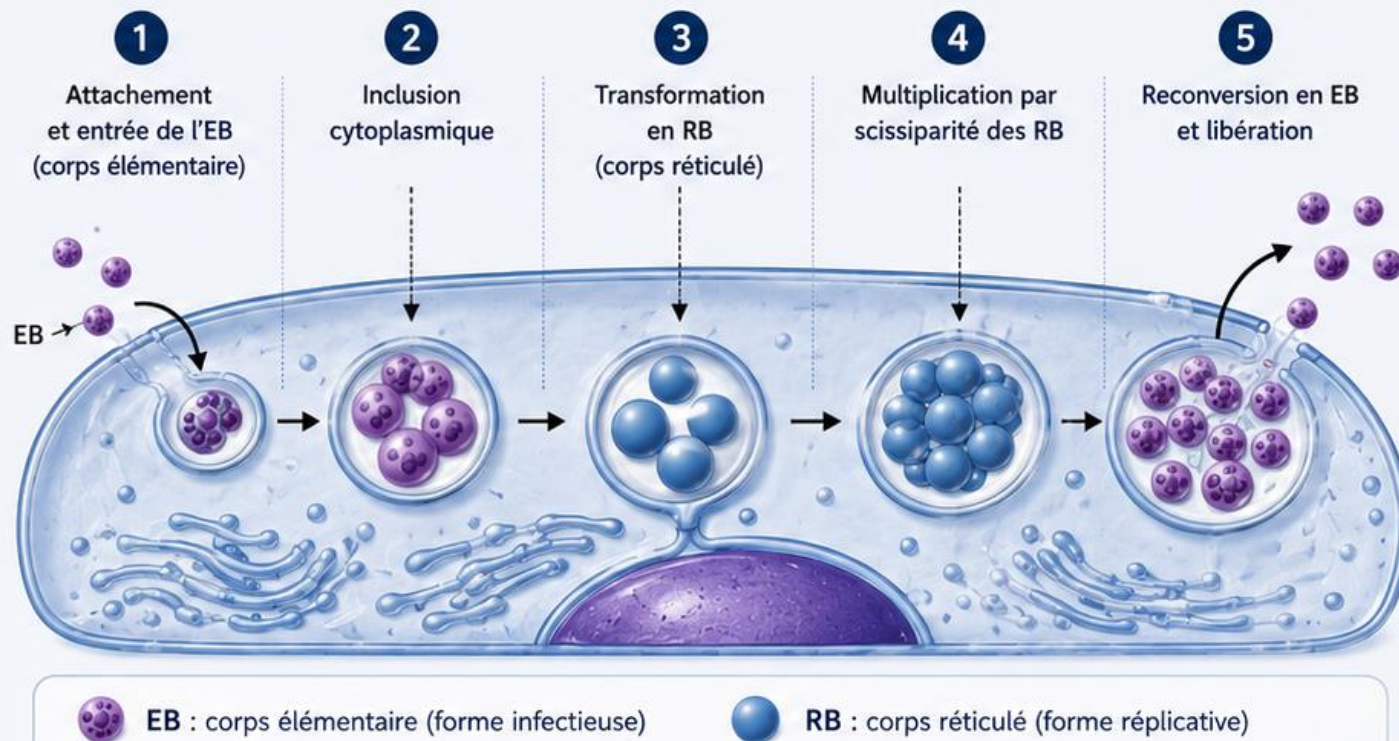


MESSAGE CLÉ

Le caractère fréquemment silencieux de l'infection à *Chlamydia trachomatis* en fait un enjeu majeur de dépistage, au-delà du seul cadre de l'urétrite symptomatique.



CYCLE DE DÉVELOPPEMENT INTRACELLULAIRE DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS



Mycoplasma genitalium



BACTÉRIOLOGIE

- Plus petite bactérie autorépliquative connue (résistante aux bêta-lactamines)



PLACE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

- Responsable de 10 à 35% des urétrites non gonococciques non chlamydiennes



CLINIQUE

- Similaire à Chlamydia : écoulement discret, dysurie modérée
- Association possible à une cervicite ou une infection pelvienne chez la femme



ENJEU MAJEUR : LA RÉSISTANCE AUX MACROLIDES

- Recherche systématique de mutation de résistance aux macrolides recommandée (IUSTI 2021) en cas de diagnostic positif
- Traitement guidé par la résistance (resistance-guided therapy)



Mycoplasma genitalium
~0,2–0,3 µm



MESSAGE CLÉ

Le diagnostic de *Mycoplasma genitalium* doit impérativement s'accompagner d'une recherche de mutation de résistance aux macrolides : c'est elle qui détermine le choix entre azithromycine et moxifloxacine.

— Membrane riche en stérols

— Petite taille

— Résistance aux β-lactamines

ALGORITHME DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE COURT

Symptômes
d'urérite /
cervicite



PCR
Mycoplasma
genitalium



Test de résistance
aux macrolides
(mutation 23S rRNA)



SENSIBLE



Azithromycine
1,5 g (dose totale)
en dose fractionnée

RÉSISTANT



Moxifloxacine
400 mg/j
pendant 7–10 jours



Recontrôle recommandé 3–4 semaines après traitement en cas de persistance des symptômes ou facteurs de risque.



Ureaplasma urealyticum et Mycoplasma hominis



STATUT MICROBIOLOGIQUE PARTICULIER

- Commensaux fréquents du tractus urogénital bas chez les sujets sains et asymptomatiques



PATHOGÉNICITÉ DISCUTÉE

- Ureaplasma parvum : le plus souvent commensal, pathogénicité non retenue
- Ureaplasma urealyticum à forte charge bactérienne : possible cause d'UNG dans certains cas documentés



POSITION DES RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES (IUSTI 2018)

- Dépistage systématique NON recommandé chez le sujet asymptomatique
- Recherche réservée aux UNG persistantes après exclusion des causes principales



MESSAGE CLÉ

Ne pas traiter un portage isolé d'Ureaplasma ou de Mycoplasma hominis chez un sujet asymptomatique : le sur-traitement expose à une pression de sélection antibiotique inutile.



COMPARAISON SYNTHÉTIQUE

	Ureaplasma parvum	Ureaplasma urealyticum	Mycoplasma hominis
 Statut	Commensal fréquent	Commensal fréquent	Commensal fréquent
 Pathogénicité	Non retenue	Possible si forte charge bactérienne	Possible (souvent associée à vaginose)
 Association à l'UNG	Faible / non documentée	Possible dans certains cas	Possible dans certains cas
 Conduite à tenir	Pas de dépistage systématique	Rechercher si UNG persistante	Rechercher si UNG persistante



MESSAGE ESSENTIEL : Le dépistage et le traitement ne sont indiqués qu'en cas de symptômes persistants après exclusion des autres étiologies.

Trichomonas vaginalis



● PARASITOLOGIE

- Protozoaire flagellé unicellulaire, IST non virale la plus fréquente au monde



● CLINIQUE CHEZ L'HOMME

- Souvent asymptomatique ou urétrite discrète
- Écoulement clair à mousseux, prurit canalaire possible



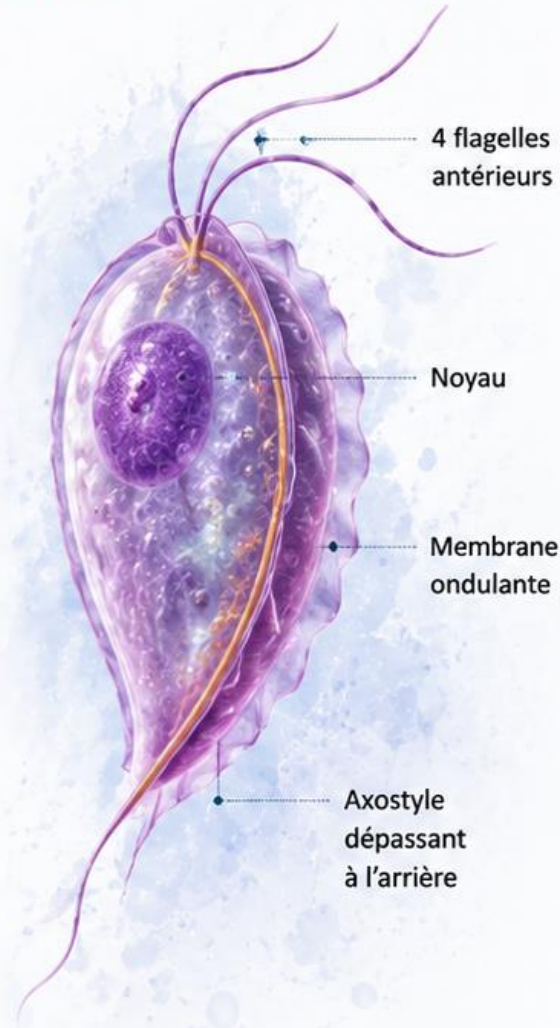
● CLINIQUE CHEZ LA FEMME

- Leucorrhées spumeuses, verdâtres, malodorantes ; vulvo-vaginite, « col framboise » au speculum



● DIAGNOSTIC

- PCR (TAAN) : méthode de référence, sensibilité supérieure à l'examen direct
- Examen à l'état frais possible chez la femme (mobilité du parasite)



MESSAGE CLÉ

Chez l'homme, *Trichomonas vaginalis* est fréquemment asymptomatique et sous-diagnostiqué : y penser devant toute UNG résistante au traitement standard, surtout si la partenaire présente des leucorrhées.

Photo microscopique à l'état frais d'un trichomonas flagellé mobile, associée à une photo clinique de « col framboise » au speculum.



Trichomonas vaginalis à l'état frais (×400)



« Col framboise » au speculum

Herpes simplex virus (HSV-1, HSV-2)



PRÉSENTATION CLINIQUE

- Urétrite herpétique : dysurie intense, brulures, parfois disproportionnées par rapport à l'écoulement
- Rechercher des vésicules ou ulcérations génitales associées (méat, gland, prépuce)



PARTICULARITÉS

- Peut être la seule manifestation d'une primo-infection herpétique
- Adénopathies inguinales sensibles fréquentes, syndrome pseudo-grippal possible en primo-infection

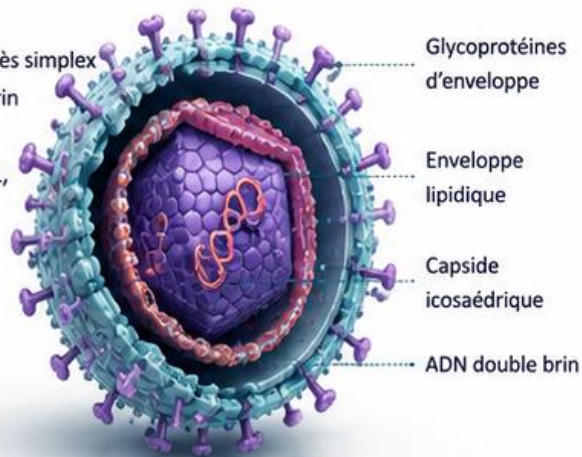


DIAGNOSTIC

- PCR HSV sur écouvillonnage d'une lésion ou du méat : méthode de référence
- Sérologie de type spécifique en 2e intention en cas de doute diagnostique

LE VIRUS

- Virus de l'Herpès simplex
- ADN double brin
- Enveloppé
- 2 types : HSV-1, HSV-2



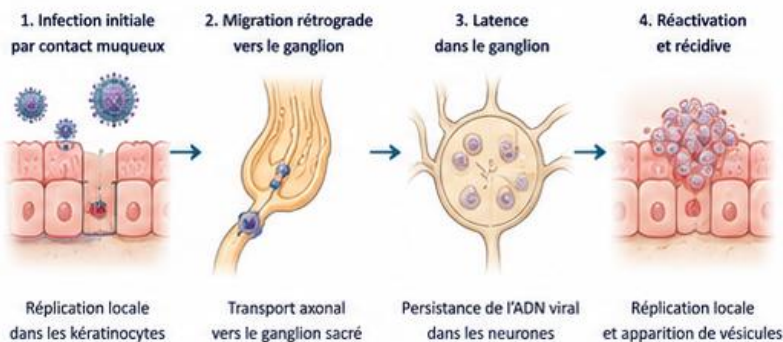
Glycoprotéines d'enveloppe

Enveloppe lipidique

Capside icosaédrique

ADN double brin

PHYSIOPATHOLOGIE



MESSAGE CLÉ

Une dysurie intense avec peu d'écoulement, surtout si des lésions vésiculeuses ou une adénopathie inguinale douloureuse sont associées, doit faire évoquer une urétrite herpétique.

MANIFESTATIONS CLINIQUES TYPIQUES

Vésicules groupées



Érosion / ulcération

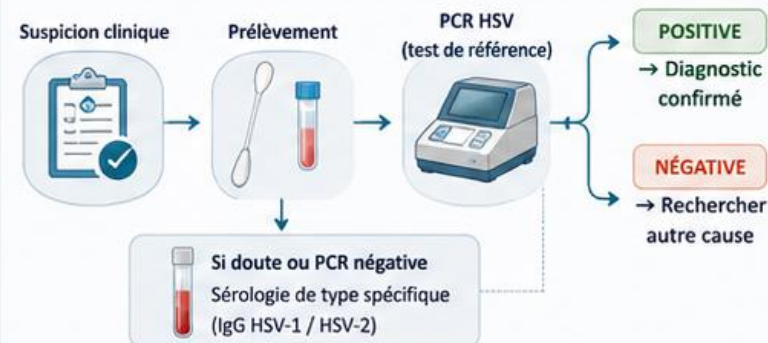


Adénopathie inguinale



Primo-infection : fièvre, céphalées, myalgies possibles

ALGORITHME DIAGNOSTIQUE



Dépistage et traitement précoces en primo-infection : réduisent la durée des symptômes, les complications et le risque de transmission.

Causes non infectieuses d'urétrite



■ Urétrites traumatiques / iatrogènes

- Sondage urétral, instrumentation endoscopique, masturbation traumatique



■ Urétrites irritatives / chimiques

- Spermicides, antiseptiques locaux, savons agressifs, lubrifiants



■ Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (arthrite réactionnelle)

- Triade classique : urétrite + conjonctivite + arthrite, après urétrite à Chlamydia ou entérite à germe entérobactérien
- Terrain HLA-B27 favorisant



■ Causes mécaniques locales

- Sténose urétrale, corps étranger, lithiase urétrale



MESSAGE CLÉ

Une UNG dont le bilan microbiologique est négatif de façon répétée doit faire rechercher une cause non infectieuse, en particulier traumatique, irritative ou un syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter en cas d'atteinte articulaire ou oculaire.

SYNDROME DE FIESSINGER-LEROY-REITER : TRIADE CLINIQUE

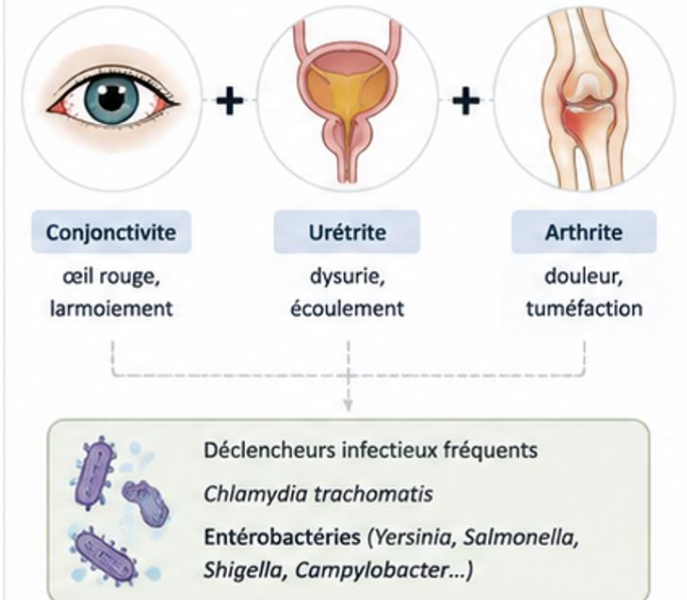




Tableau comparatif des principales étiologies

Agent	Incubation	Écoulement	Fréquence asx.	Diagnostic	Particularité
 N. gonorrhoeae	 2–7 j	 Purulent, abondant	 Faible (H)	 Gram + culture + PCR	 Résistance émergente
 C. trachomatis	 1–3 sem	 Clair, discret	 Élevée (>50%)	 PCR (TAAN)	 1re cause d'infertilité
 M. genitalium	 Variable	 Discret	 Élevée	 PCR + test macrolide	 Résistance macrolides
 U. urealyticum	 Variable	 Minime	 Très élevée	 PCR (2e intention)	 Souvent commensal
 T. vaginalis	 5–28 j	 Mousseux	 Élevée (H)	 PCR / examen direct	 Traitement H ± F
 HSV	 2–14 j	 Discret	 Variable	 PCR sur lésion	 Dysurie intense, vésicules



MESSAGE CLÉ : Ce tableau doit être mémorisé : il permet d'orienter la stratégie diagnostique et d'anticiper le traitement probabiliste avant les résultats de laboratoire.

Urétrite aiguë chez l'homme



■ Signes fonctionnels

- Écoulement urétral (méoragie) : spontané ou provoqué par pression du méat
- Dysurie, brûlures mictionnelles
- Prurit canalaire, sensation de cuisson



■ Examen clinique systématique

- Inspection du méat (érythème, œdème)
- Caractériser l'écoulement : couleur, abondance, consistance
- Palpation testiculaire et épидидymaire bilatérale
- Recherche d'adénopathies inguinales
- Examen cutanéomuqueux complet (lésions associées, conjonctivite, arthrite)



■ Deux grands cadres cliniques

- Écoulement purulent franc → évoque le gonocoque
- Écoulement clair/discret ou dysurie isolée → évoque une UNG



MESSAGE CLÉ

L'aspect de l'écoulement oriente mais ne permet jamais d'éliminer une co-infection : le prélèvement microbiologique systématique reste indispensable, quel que soit le tableau clinique.

GONOCOQUE

Écoulement purulent
jaune-vert



UNG (non gonococcique)

Écoulement clair
filant





Formes particulières : la femme, l'asymptomatique, l'extra-génital



■ Chez la femme

- Urétrite souvent associée ou masquée par une cervicite (leucorrhées, saignement post-coïtal)
- Dysurie pouvant être confondue avec une cystite banale
- Examen au spéculum systématique : glaire cervicale purulente, col fragile et hémorragique



■ Formes asymptomatiques

- Fréquentes, en particulier pour *Chlamydia* et *M. genitalium*
- N'excluent jamais la transmission ni le risque de complications



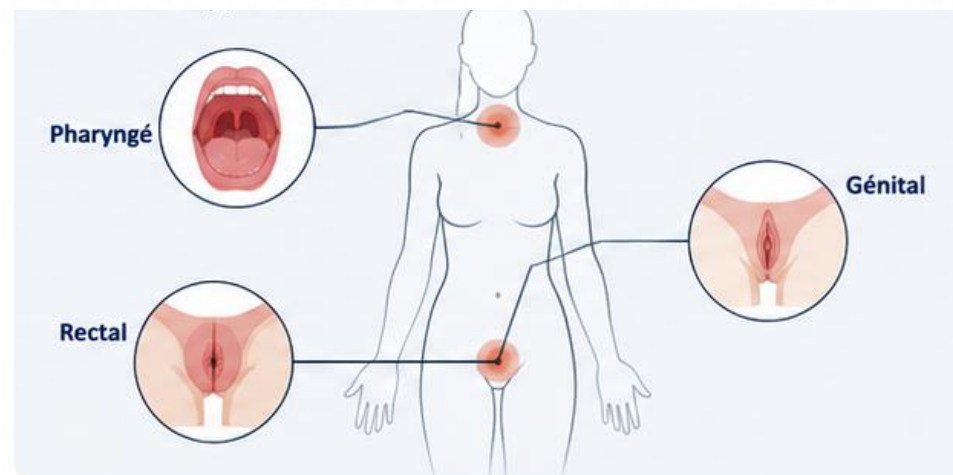
■ Atteintes extra-génitales à rechercher

- Pharyngée (rapports oro-génitaux) : le plus souvent asymptomatique
- Rectale (rapports anaux) : possible écoulement, ténésme, douleur



MESSAGE CLÉ

Chez la femme et dans les formes asymptomatiques, seul un dépistage systématique ciblé permet le diagnostic : ne pas attendre la présence de symptômes pour proposer un test.





Interrogatoire et examen clinique structurés



1 Interrogatoire

- Délai d'apparition des symptômes depuis le dernier rapport à risque
- Caractéristiques des partenaires (nombre, sexe, statut IST connu)
- Pratiques sexuelles (orale, vaginale, anale) et usage du préservatif
- Antécédents d'IST personnels et du/des partenaires
- Statut vaccinal (hépatite B) et sérologique VIH



2 Examen physique

- Examen génital complet (méat, gland, scrotum, périnée, région inguinale)
- Examen extra-génital selon pratiques : cavité buccale, région anale
- Recherche de signes systémiques : fièvre, arthralgies, conjonctivite



3 Objectif

- Confirmer le syndrome, orienter le prélèvement et décider du traitement probabiliste



MESSAGE CLÉ

Un interrogatoire sexuel complet et non jugeant, mené en confidentialité, est aussi important que l'examen physique pour orienter le diagnostic et cibler les sites de prélèvement.



CHECK-LIST VISUELLE



Date du dernier rapport à risque



Partenaires et statut IST connu



Pratiques sexuelles et préservatif



Vaccination (VHB) et sérologie VIH



Examen génital complet



Cavité buccale



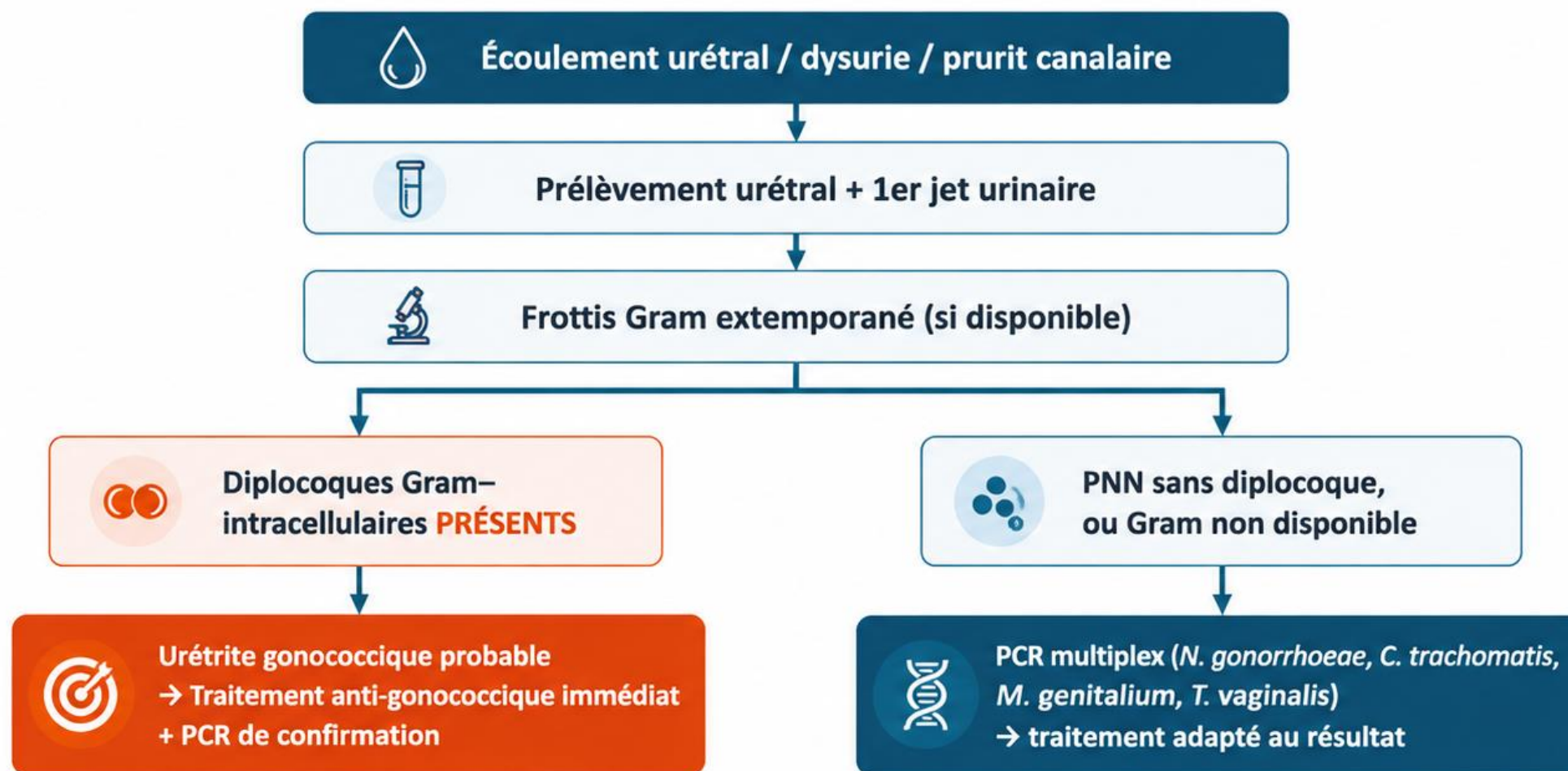
Région anale



Signes systémiques (fièvre, arthralgies, conjonctivite)



Algorithme diagnostique devant une suspicion d'urétrite



Le frottis Gram extemporané avec recherche de diplocoques intracellulaires reste l'étape pivot qui oriente le traitement probabiliste immédiat.



Prélèvements et techniques de laboratoire



1. Prélèvement urétral

- Écouvillon endo-urétral (2-3 cm) à distance de la dernière miction (> 1h)
- Frottis pour coloration de Gram + culture sur milieu sélectif (gélose chocolat / Thayer-Martin)



2. TAAN / PCR multiplex

- Sur premier jet urinaire ou écouvillon : technique de référence, sensibilité et spécificité > 95%
- Détecte simultanément *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium* (+ test résistance macrolides), *T. vaginalis*



3. Culture avec antibiogramme

- Indispensable en cas de suspicion de gonococcie : seule méthode permettant l'antibiogramme et la surveillance de la résistance



4. Bilan IST associé systématique

- Sérologies VIH, syphilis (TPHA-VDRL), hépatites B et C
- Selon pratiques : prélèvements pharyngé et anal



MESSAGE CLÉ

PCR et culture sont complémentaires et non substituables : la PCR identifie rapidement l'agent, la culture seule permet l'antibiogramme indispensable en cas de gonococcie.



Écouvillon
endo-urétral

Tube TAAN / PCR
(1er jet urinaire)

Gélose chocolat
(Thayer-Martin)

Traitement de l'urétrite gonococcique non compliquée



■ 1. Traitement recommandé (CDC 2021, actualisé)

- Ceftriaxone 500 mg IM dose unique (1 g si poids $\geq$ 150 kg)



■ 2. Si Chlamydia non exclue

- Associer doxycycline 100 mg x2/j per os, 7 jours



■ 3. Si allergie aux céphalosporines

- Gentamicine 240 mg IM + azithromycine 2 g per os, dose unique (*avis spécialisé*)



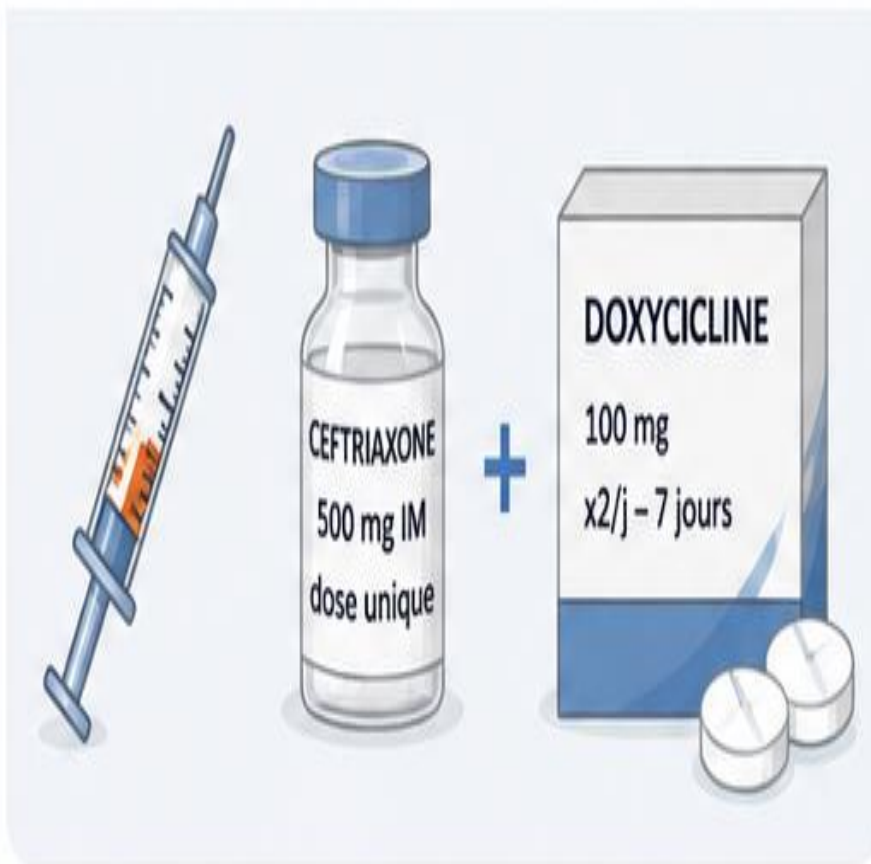
■ 4. Pratique française (HAS, actualisation 2025)

- Ceftriaxone 1 g IM dose fixe, monothérapie ; doxycycline ajoutée seulement si Chlamydia non exclue
- Retour d'Asie-Pacifique : bithérapie ceftriaxone 1 g + azithromycine 2 g



■ 5. Points de vigilance

- Azithromycine seule non recommandée ; traiter le/la partenaire ; abstinence 7 jours





Traitement des urétrites non gonococciques



Chlamydia trachomatis (traitement recommandé CDC 2021)

- Doxycycline 100 mg per os, 2 fois/jour, pendant 7 jours (traitement de référence)
- Alternative : azithromycine 1 g per os, dose unique (efficacité inférieure, notamment rectale)
- Chez la femme enceinte : azithromycine 1 g dose unique



Mycoplasma genitalium (IUSTI 2021 – traitement guidé par résistance)

- Sans résistance macrolide connue : azithromycine 500 mg J1 puis 250 mg J2-J5
- Si résistance macrolide : moxifloxacin 400 mg/jour pendant 7 jours
- Doxycycline en « décharge » 7 jours avant azithromycine (réduit la charge bactérienne)



Trichomonas vaginalis (CDC 2021)

- Homme : métronidazole 2 g per os, dose unique
- Femme : métronidazole 500 mg x2/jour pendant 7 jours (supérieur à la dose unique)



UNG sans agent identifié

- Doxycycline 100 mg x2/jour, 7 jours, en traitement probabiliste



MESSAGE CLÉ : Toujours vérifier l'absence d'interaction, de contre-indication (grossesse pour la doxycycline et la moxifloxacin) et de contexte allergique avant prescription.



Tableau récapitulatif des antibiotiques

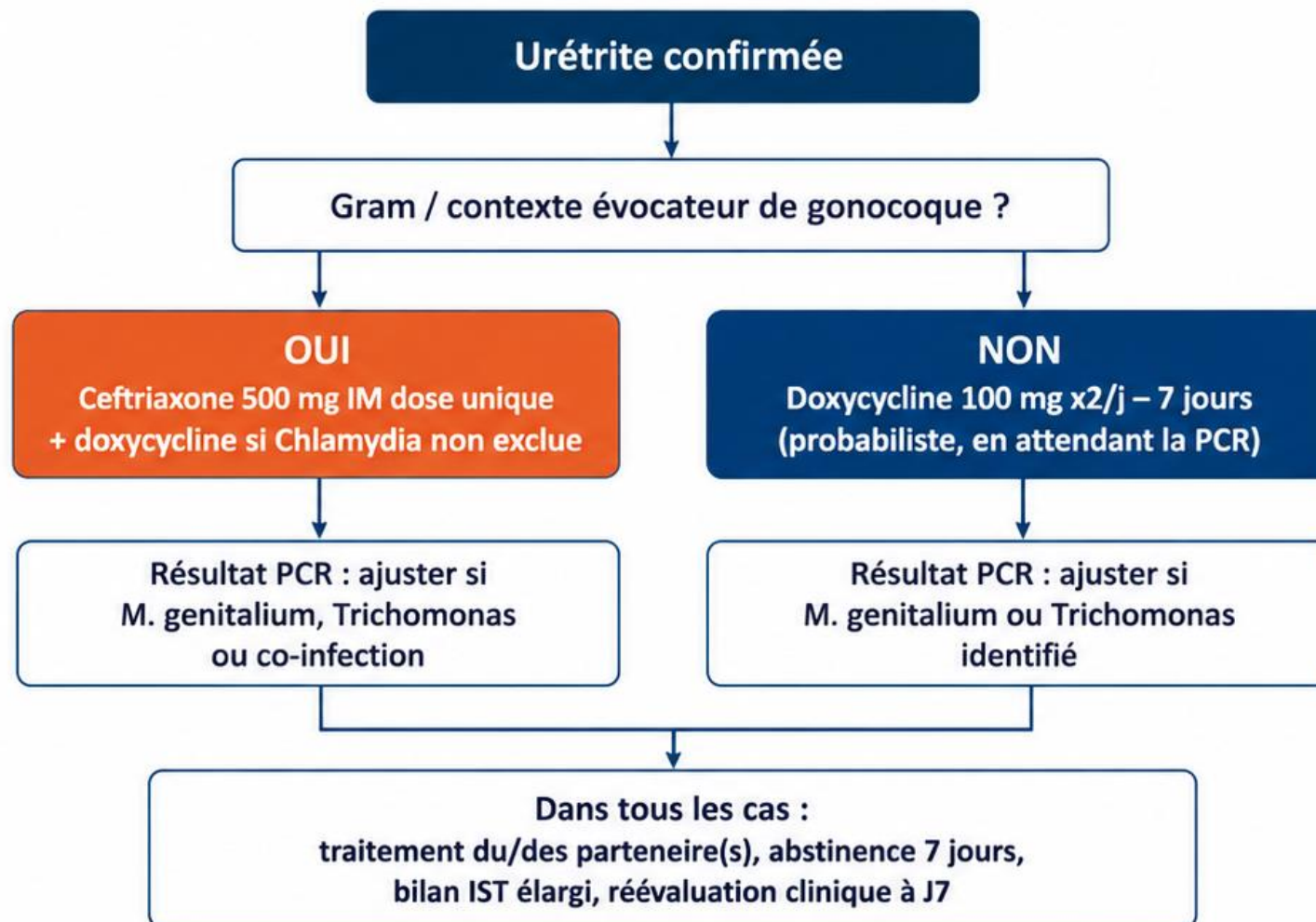
 Indication	 Molécule	 Posologie	 Durée
 Gonocoque non compliqué (CDC)	Ceftriaxone	500 mg IM (1 g si ≥ 150 kg)	Dose unique
 Gonocoque non compliqué (HAS 2025, France)	Ceftriaxone	1 g IM, dose fixe	Dose unique
 Chlamydia trachomatis	Doxycycline	100 mg per os x2/j	7 jours
 Chlamydia (alternative / grossesse)	Azithromycine	1 g per os	Dose unique
 M. genitalium sensible macrolides	Azithromycine	500 mg J1 puis 250 mg/j	5 jours
 M. genitalium résistant macrolides	Moxifloxacin	400 mg/j	7 jours
 Trichomonas – homme	Métronidazole	2 g per os	Dose unique
 Trichomonas – femme	Métronidazole	500 mg x2/j	7 jours
 UNG sans germe identifié	Doxycycline	100 mg x2/j	7 jours



MESSAGE CLÉ : Toujours vérifier l'absence d'interaction, de contre-indication (grossesse pour la doxycycline et la moxifloxacin) et de contexte allergique avant prescription.



Algorithme thérapeutique global



→ Le traitement probabiliste ne dispense jamais du prélèvement microbiologique préalable et de la réévaluation à réception des résultats.

Notification et traitement du/des partenaires



■ Période de recherche des partenaires à informer

- 60 jours précédant le début des symptômes ou la date du diagnostic
- À défaut, dernier partenaire en date



■ Options de notification

- Notification par le patient lui-même (counseling et soutien par le soignant)
- Notification assistée ou par un professionnel de santé (selon structures disponibles)



■ Traitement du/des partenaires

- Évaluation clinique et prélèvement systématiques quand possible
- Traitement présomptif (« expedited partner therapy ») recommandé par le CDC si consultation impossible
- Même schéma thérapeutique que le cas index selon l'agent identifié



■ Doxy-PEP (nouveau CDC 2024)

- Doxycycline 200 mg en prise unique dans les 72h suivant un rapport à risque
- Indiquée chez les HSH et femmes transgenres avec antécédent d'IST bactérienne dans les 12 derniers mois



MESSAGE CLÉ

Aucun traitement du cas index n'est complet sans prise en charge du/des partenaires : c'est elle qui prévient la réinfection en « ping-pong » et interrompt la chaîne de transmission.



Cas index



Partenaire(s)



Traitement simultané



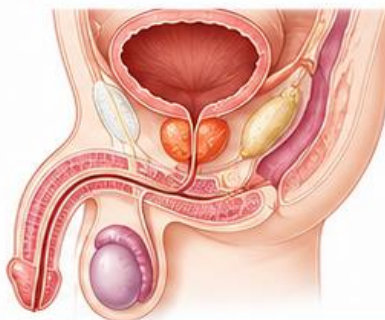
Période à couvrir : 60 jours

Complications en l'absence de traitement adapté



Chez l'homme

- Orchi-épididymite aiguë
- Prostatite aiguë
- Sténose urétrale cicatricielle (à long terme)
- Infertilité (rare mais documentée)



MESSAGE CLÉ

Les complications les plus graves — infertilité tubaire, dissémination gonococcique — sont évitables par un diagnostic et un traitement précoces : c'est le meilleur argument pour motiver le dépistage.



Chez la femme

- Cervicite puis salpingite / infection pelvienne (PID)
- Infertilité tubaire, grossesse extra-utérine
- Douleurs pelviennes chroniques



Communes aux deux sexes

- Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (arthrite réactionnelle)
- Gonococcie disséminée : arthrite septique, dermatite pustuleuse, rarement endocardite ou méningite



Arthrite septique



Dermatite pustuleuse



Endocardite (rare)

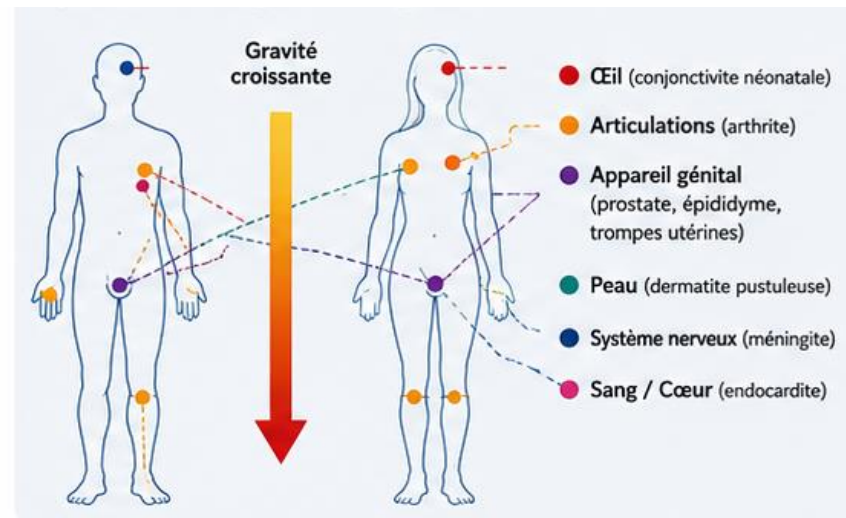


Méningite (rare)



Transmission verticale

- Conjonctivite néonatale (ophtalmie du nouveau-né) en cas d'accouchement par voie basse chez une mère infectée



Prévention des infections sexuellement transmissibles

01



PRÉVENTION PRIMAIRE

- Usage systématique et correct du préservatif (externe ou interne)
- Réduction du nombre de partenaires, communication avec le/les partenaires
- Vaccination anti-hépatite B systématique ; discuter vaccination HPV



02



DÉPISTAGE RÉGULIER

- Sujets à risque : < 25 ans sexuellement actifs, partenaires multiples, HSH, antécédents d'IST
- Fréquence adaptée au niveau de risque (tous les 3 à 12 mois selon les recommandations)



03



CHIMIOPROPHYLAXIE CIBLÉE

- Doxy-PEP : à discuter chez les populations à haut risque récurrent (voir slide partenaires)



04



ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET SEXUELLE

- Information claire, non stigmatisante, adaptée à l'âge et au contexte culturel
- Rôle clé du médecin généraliste et du dermatologue-vénérologue dans la sensibilisation



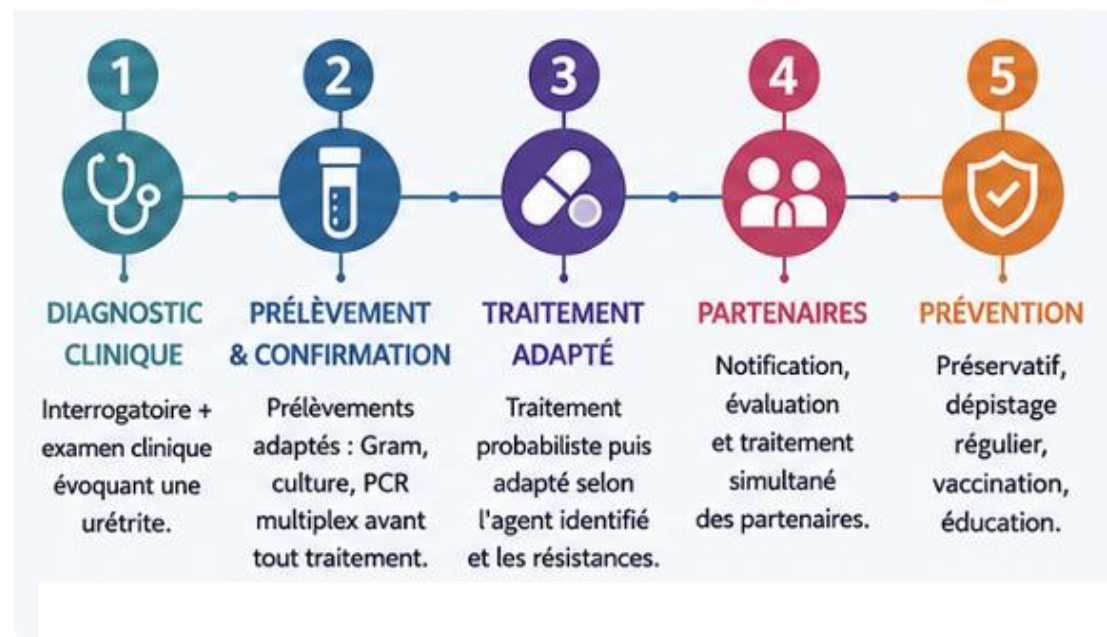
MESSAGE CLÉ

La prévention combine outils comportementaux, dépistage régulier et, pour certaines populations, chimioprophylaxie ; elle repose avant tout sur une relation de confiance soignant-patient.



Les 8 messages clés à retenir

- 01  ■ **L'urétrite est un syndrome, pas un diagnostic :** toujours rechercher la cause.
- 02  ■ **Deux grandes catégories :** gonococcique (écoulement purulent franc) et non gonococcique.
- 03  ■ **Le prélèvement microbiologique** (Gram, culture, PCR multiplex) précède idéalement le traitement.
- 04  ■ **Ceftriaxone 500 mg IM dose unique** = traitement de référence de la gonococcie ; jamais d'azithromycine seule.
- 05  ■ **Doxycycline 100 mg x2/j 7 jours** = traitement de référence de Chlamydia trachomatis et de l'UNG idiopathique.
- 06  ■ **Mycoplasma genitalium** impose la recherche de résistance aux macrolides avant traitement.
- 07  ■ **Le traitement du/des partenaires** et le **bilan IST élargi** sont indissociables du traitement du cas index.
- 08  ■ **La prévention** (préservatif, dépistage régulier, éducation) reste l'arme la plus efficace.





BIBLIOGRAPHIE

Références (norme Vancouver, 2021–2026)

1. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
2. St Cyr S, Barbee L, Workowski KA, et al. Update to CDC's Treatment Guidelines for Gonococcal Infection, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(50):1911-1916.
3. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021: accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact. Geneva: WHO; 2021.
4. 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. 2021;32(2):107-118.
5. 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. 2022;36(5):641-650.
6. Horner P, Donders G, Cusini M, Gomberg M, Jensen JS, Unemo M. Should we be testing for urogenital Mycoplasma hominis, Ureaplasma parvum and Ureaplasma urealyticum in men and women? J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(11):1845-1851.
7. Bachmann LH, Barbee LA, Chan P, et al. CDC Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention, United States, 2024. MMWR Recomm Rep. 2024;73(2):1-8.
8. Haute Autorité de Santé. Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015 (actualisation des durées d'antibiothérapie, 2021).
9. Gauzit R, Castan B, Bonnet E, et al. Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations. Infect Dis Now. 2021;51(2):114-139.
10. Société Française de Dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles. Paris: SFD; 2016.
11. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
12. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, et al., eds. Fitzpatrick's Dermatology. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019.
13. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. Dermatology. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024.
14. Mitjà O, Suñer C, Giacani L, Vall-Mayans M, Tiplica GS, Ross JDC, Bradshaw CS. Treatment of bacterial sexually transmitted infections in Europe: gonorrhoea, Mycoplasma genitalium, and syphilis. Lancet Reg Health Eur. 2023;34:100737.
15. Haute Autorité de Santé. Recommandations de prise en charge des personnes infectées par Neisseria gonorrhoeae. Saint-Denis La Plaine: HAS; avril 2025.
16. Haute Autorité de Santé. Doxycycline en prévention des infections sexuellement transmissibles bactériennes. Saint-Denis La Plaine: HAS; janvier 2025.