

Conduite à tenir devant une urétrite 2025

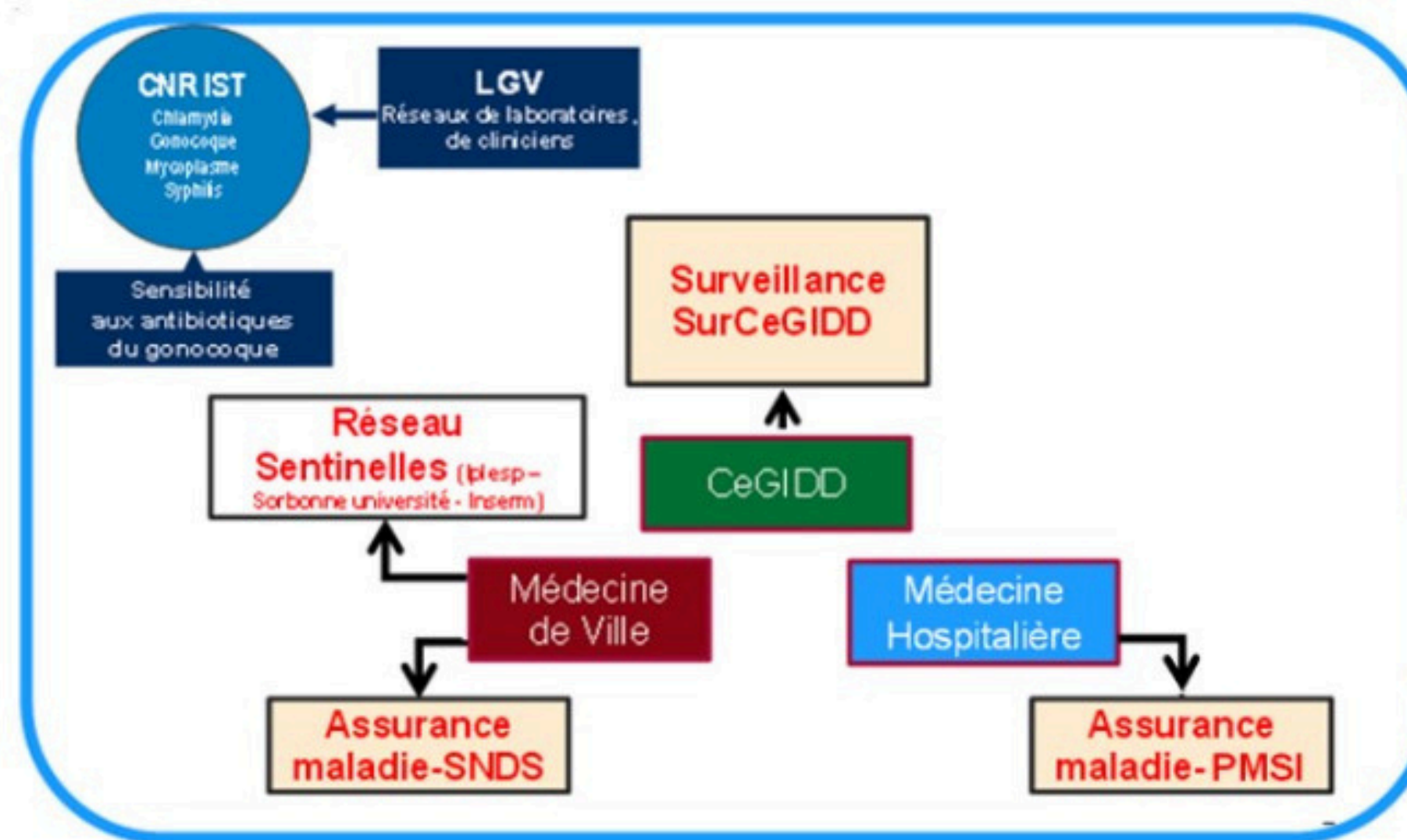
Dr Bachelard, Praticien Hospitalier
Service des Maladies Infectieuses et Tropicales - Bichat

Déclaration d'intérêt

Je déclare percevoir des honoraires personnels de Merck et de ViiV Healthcare, en dehors du travail soumis.

Données de surveillances françaises

IST bactériennes ne sont plus des maladies à déclaration obligatoire depuis 2000



Incidence urétrite en France (Réseau Sentinel)

Description épidémiologie sur période 2007-2017

- **1944 cas d'urétrites symptomatiques** décrites (SFU et/ou écoulement)
- Avec incidence annuelle stable entre 2007 et 2017 (P value = 0.9)
226 cas pour 100,000 en 2007
196 cas pour 100,000 en 2017

Facteurs de Risques

- Age jeune (médian 35 ans)
- Partenaires multiples
- HsH
- ATCD IST durant les 12 derniers mois

Etiologies bactériennes

- CT: 38%
- NG: 32,5%
- TV: 2,6%

*Coïnfection NG / CT 6,7%

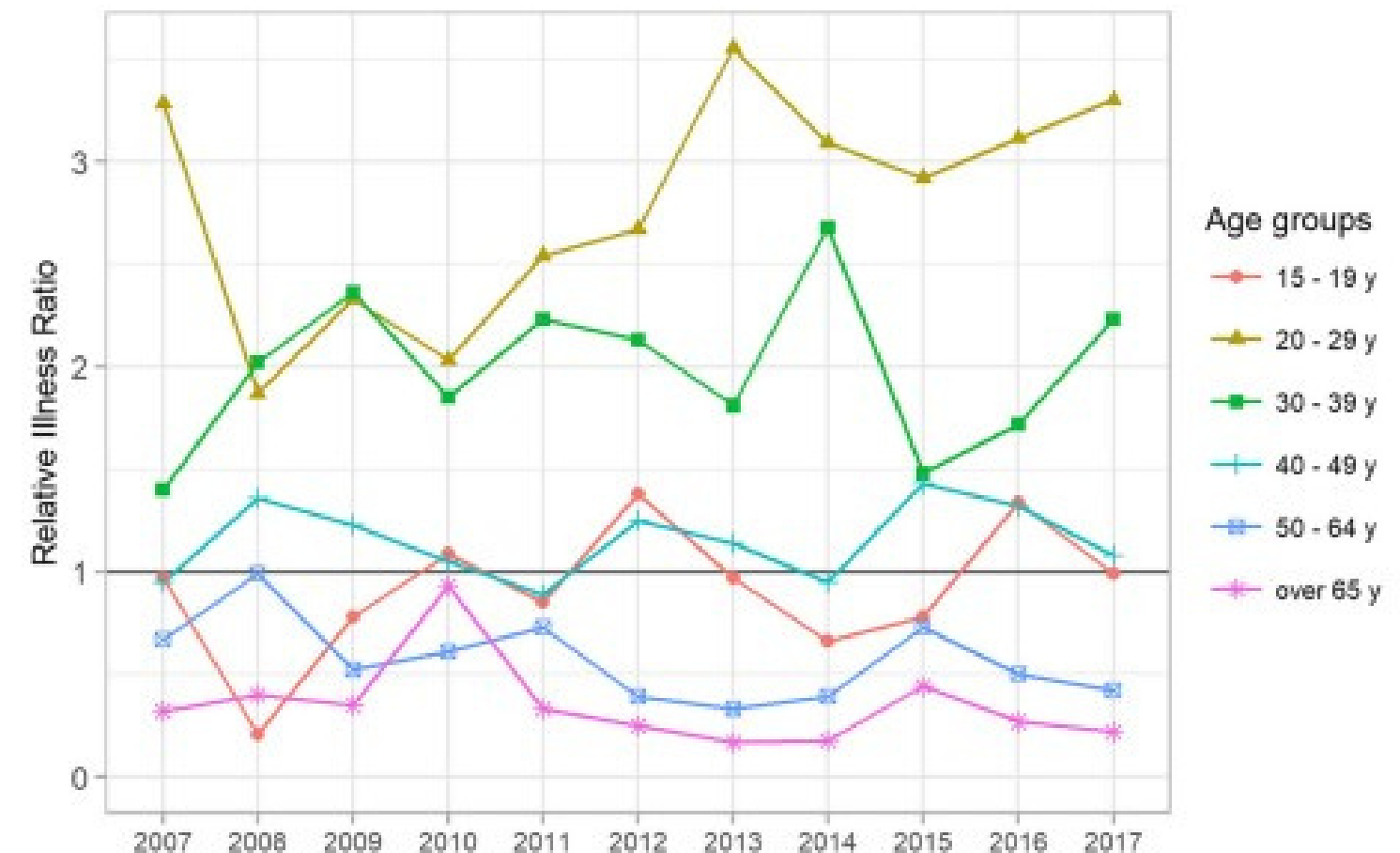


Fig. 2 Relative illness ratio trends of male urethritis by age group from 2007 to 2017

Cas clinique 1

Paul, 27 ans, rapporte depuis ce jour une dysurie modérée et un écoulement urétral jaunâtre au réveil.

Pas de fièvre.

Il ne rapporte aucune prise médicamenteuse récente.

Interrogatoire complémentaire

- Pas antécédent médical notable
- Pas de Prise de médicament récemment
- Rapport sexuel non protégé il y a 5 jours avec une femme.

Quel est le diagnostic probable ?

Cystite de l'homme

Prostatite

urétrite aigue

lesion traumatique du Meat

Envoyer

Your name will not be shared

Urétrite aiguë

Cliniquement

Inflammation de l'urètre, le + souvent d'origine infectieuse et sexuellement transmissible.

- Avec écoulement +/- purulent
- Sans écoulement (SF purs)

**Symptômes non spécifiques peuvent être présent seul sans écoulement
Doivent faire discuter IU ou cause urologique**

Biologiquement

Critères cytologiques (chez un patient n'ayant pas uriné depuis au moins 2 heures) :

- Présence de > 5 PNN *au frottis urétral*, au grossissement 100
- Présence de > 10 PNN *à l'examen du premier jet d'urines* centrifugées au grossissement 400.

Warning

Inflammation de l'urètre

- Facteur de Risque de transmission ou acquisition du VIH *

Sexuellement transmis

- Information et traitement rapide du patient car contagiosité
- Information et traitements des partenaires sexuels
- Dépister les autres IST



Quels sont les prélèvements à réaliser ?

Hémoculture

Examen direct + culture

PCR 1er jet / uretral

ECBU

Envoyer

Your name will not be shared

**Traitez vous sans attendre les résultats ou mettez vous un traitement probabiliste?
si oui lequel ?**

On attend les résultats des prelevements

Ciprofloxacin

Amoxicilline

Ceftriaxone 1g IM + Doxycycline 7j

Envoyer

Your name will not be shared

Evolution à J7

Régression complète de la symptomatologie

Prélèvements

- Leucocyturie
- Direct + avec présence diplocoque négatif au sein des PNN
- PCR 1er jet (+) à GN
- autres prélèvements sont négatifs

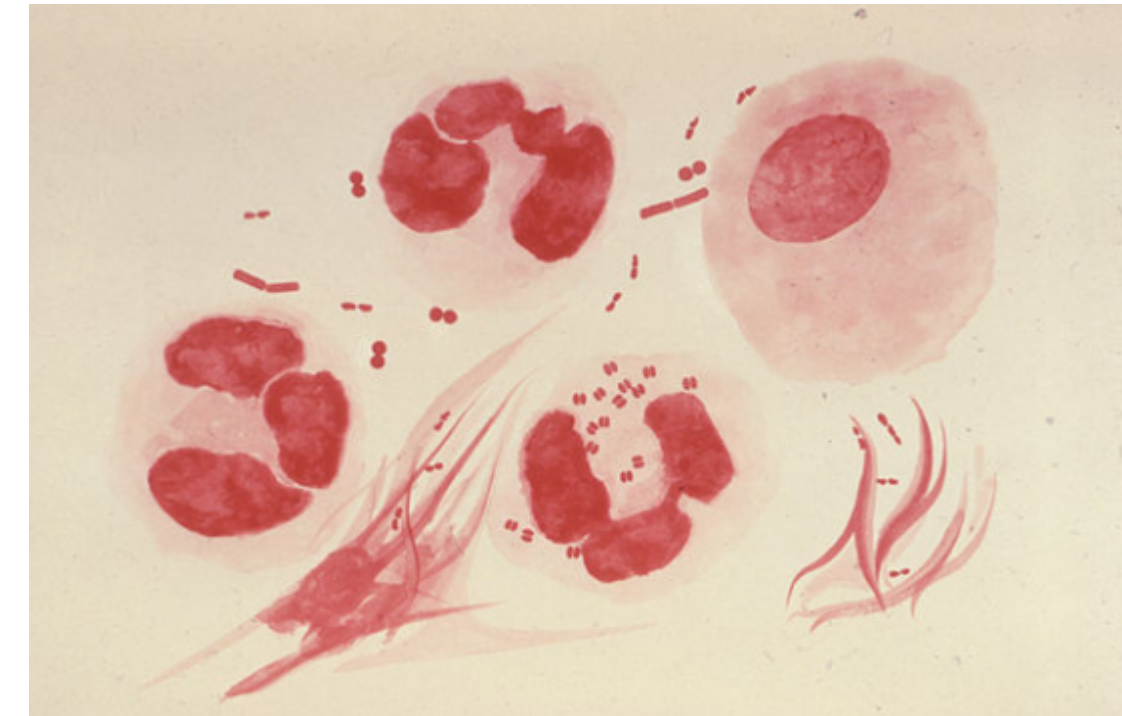
Neisseria Gonorrhoeae

Diplocoque Gram négatif, intracellulaire présent au sein PNN

Transmissible par contact direct essentiellement lors des relations sexuelles

- Génitaux – Génitaux
- Oro - Génitaux
- Génitaux – Anaux

Risque de contamination après un rapport infectant : 20 – 90% selon les études



Epidémiologie NG - Europe

Population	Sub-group	No. studies	No. individuals	Pooled estimate [%]	95%-CI lower	95%-CI upper	I ²
Women	combined ¹	11	21 918	0.24	0.00	0.50	95.34
Women	representative	3	3 668	0.07	0.00	0.18	0.00
Women	proxy (ANC)	3	13 239	0.02	0.00	0.15	61.99
Women	proxy (other)	5	5 011	0.53	0.00	1.11	87.09
Men	combined ¹	5	3 128	0.10	0.00	0.22	0.00
Men	representative	3	2 455	0.08	0.00	0.21	0.00
Men	proxy (other)	2	673	0.91	0.00	2.86	87.12
Young women	combined ¹	12	5 354	0.51	0.04	0.99	92.60
Young women	representative	4	1 677	0.20	0.00	0.51	17.10
Young women	proxy (ANC)	5	1 577	1.42	0.00	2.97	89.71
Young women	proxy (other)	3	2 100	0.26	0.00	0.88	80.90
Young men	combined ¹	6	2 213	0.07	0.00	0.21	0.00
Young men	representative	4	1 215	2.00	0.00	5.78	97.22
Young men	proxy (other)	2	998	0.45	0.00	1.66	68.03
MSM	visiting STI clinics	13	318 954	10.46	6.94	13.97	99.86
MSM	"high risk"	5	2 326	14.37	7.76	20.98	95.27
MSM	HIV	3	693	4.74	0.75	8.72	86.78
MSM	PrEP	5	2 071	8.99	5.31	12.66	89.01
Sex workers	female	7	3 878	2.22	0.63	3.80	93.59
Sex workers	male+trans	5	258	6.36	0.00	14.25	78.97

¹ANC: antenatal care; HIV: human immunodeficiency virus; PrEP: pre-exposure prophylaxis; STI: sexually transmissible infection.

A systematic review and metaanalysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis in Europe – ECDC

Urétrite à NG

Clinique

- Incubation 2-5 jours
- Ecoulement purulent (jaune verdâtre)
- Associé à
 - Dysurie marquée
 - Méatite œdémateuse
- Portage asymptomatique :
 - Exceptionnel au niveau urétral
 - Plus fréquent au niveau pharyngée et anal

Complications

- Prostatite
- Orchiepididymite – Risque obstruction épидидymaire, azoospermie uni voir bilaterale, stérilité 2nd
- Conjonctivite purulente – Risque de cécité (manu portage à partir d'un foyer génital)
- Septicémie avec S cut. et arthrite septique
- Autres atteinte viscérales
 - Splénique
 - Hépatique
 - Myocardique

Diagnostic
Examen direct si possible
PCR
Culture et antibiogramme ++

Résistances aux ATB

RÉSISTANCE AUX CÉPHALOSPORINE DE 3ÈME GÉNÉRATION

(Sensibilité si CMI est $< 0,125$ mg/L)

- 0.03% des isolats sont résistant à la ceftriaxone Stable et très faible (0,06% en 2019)
- 0,3 % des isolats résistants au céfixime (0,8% en 2019)
- Rares souches résistantes à la ceftriaxone : 2 en 2019, 1 en 2020 et 2021 et 1 en 2022

European Centre for Disease Prevention and Control. Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in the European Union/European Economic Area, 2022. Stockholm: ECDC; 2024.

Figure 2. Distribution of MIC for ceftriaxone in Euro-GASP, 2013–2022

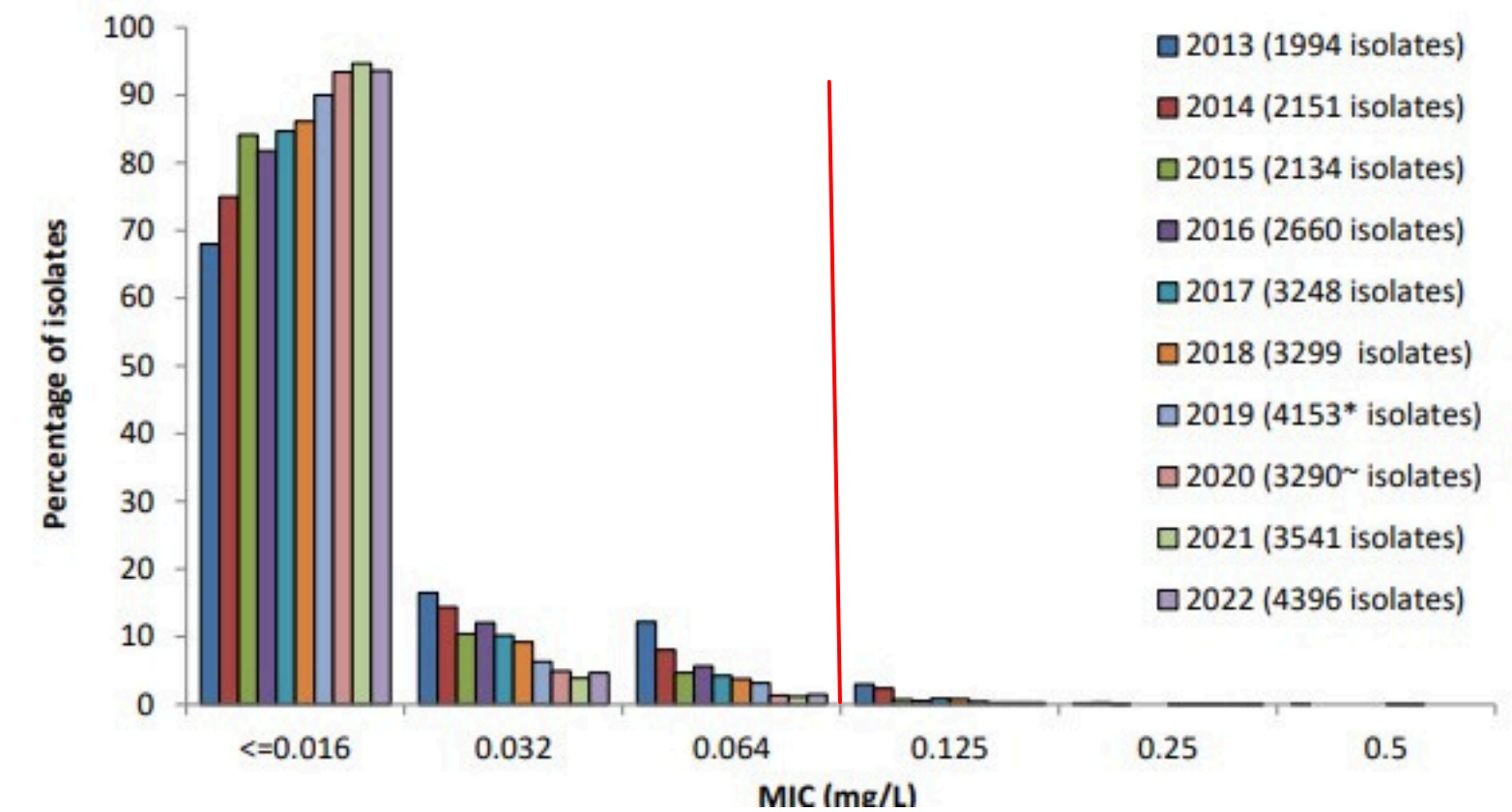
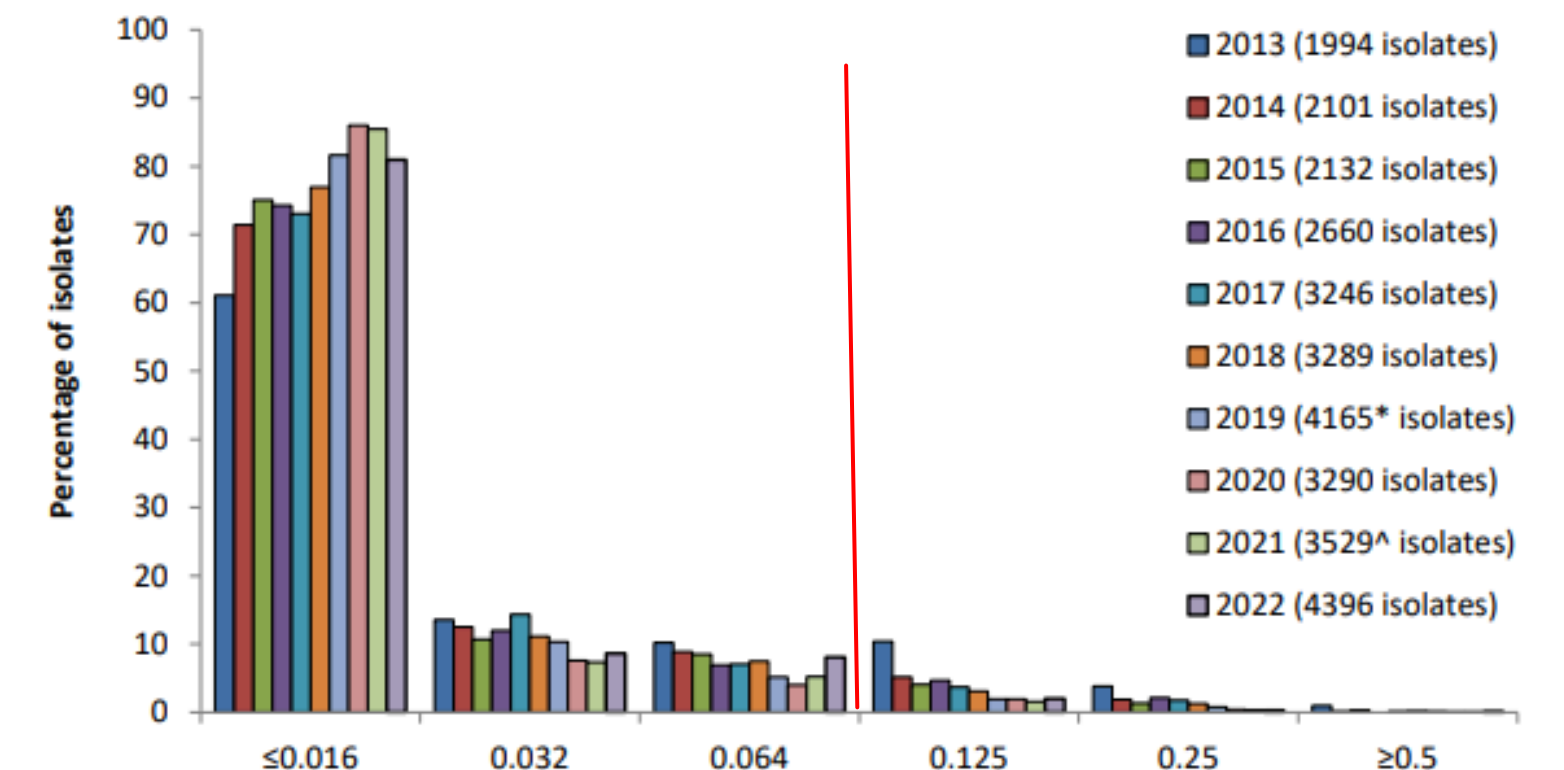
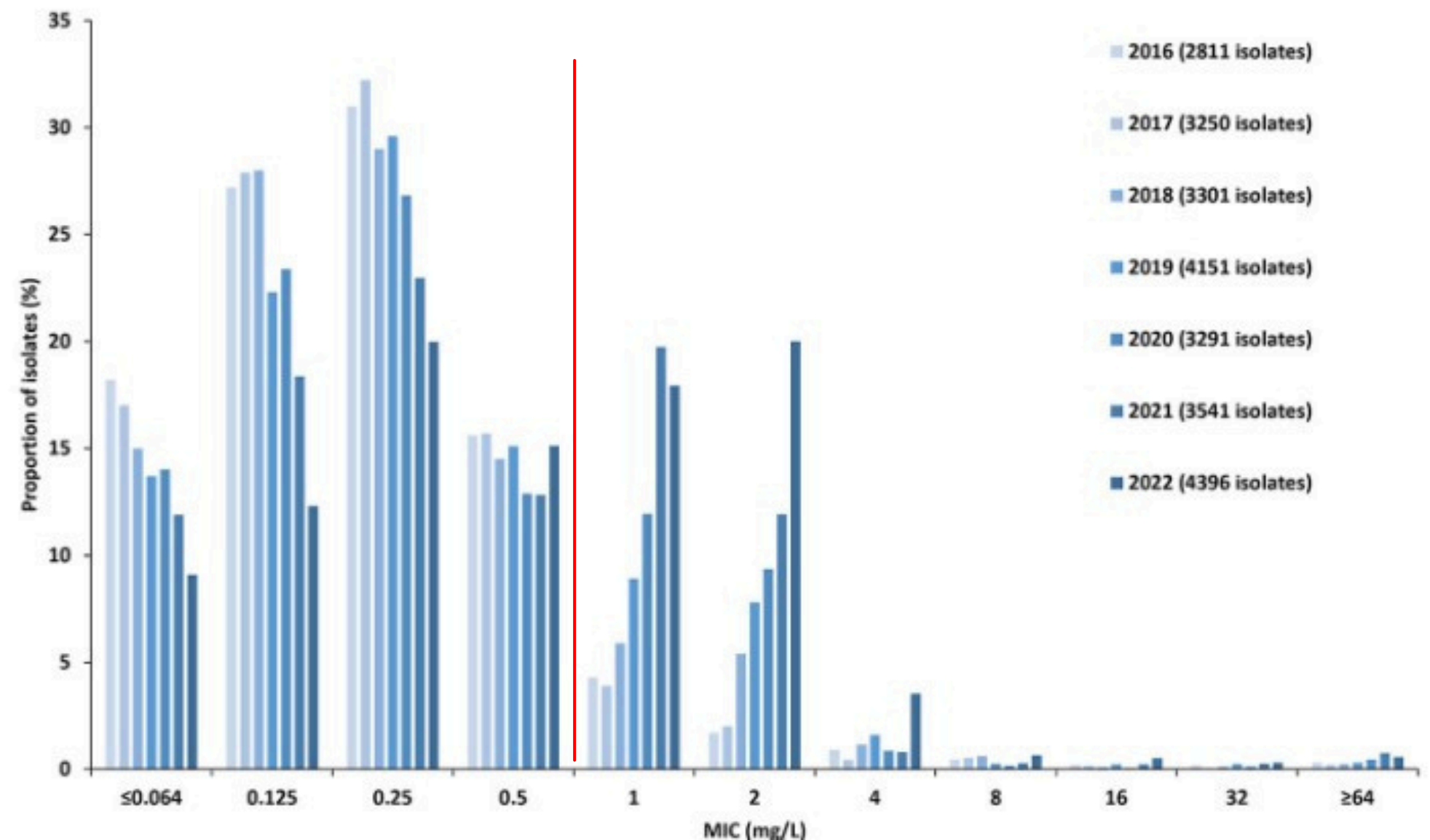


Figure 3. Distribution of MIC for cefixime in Euro-GASP, 2013–2022



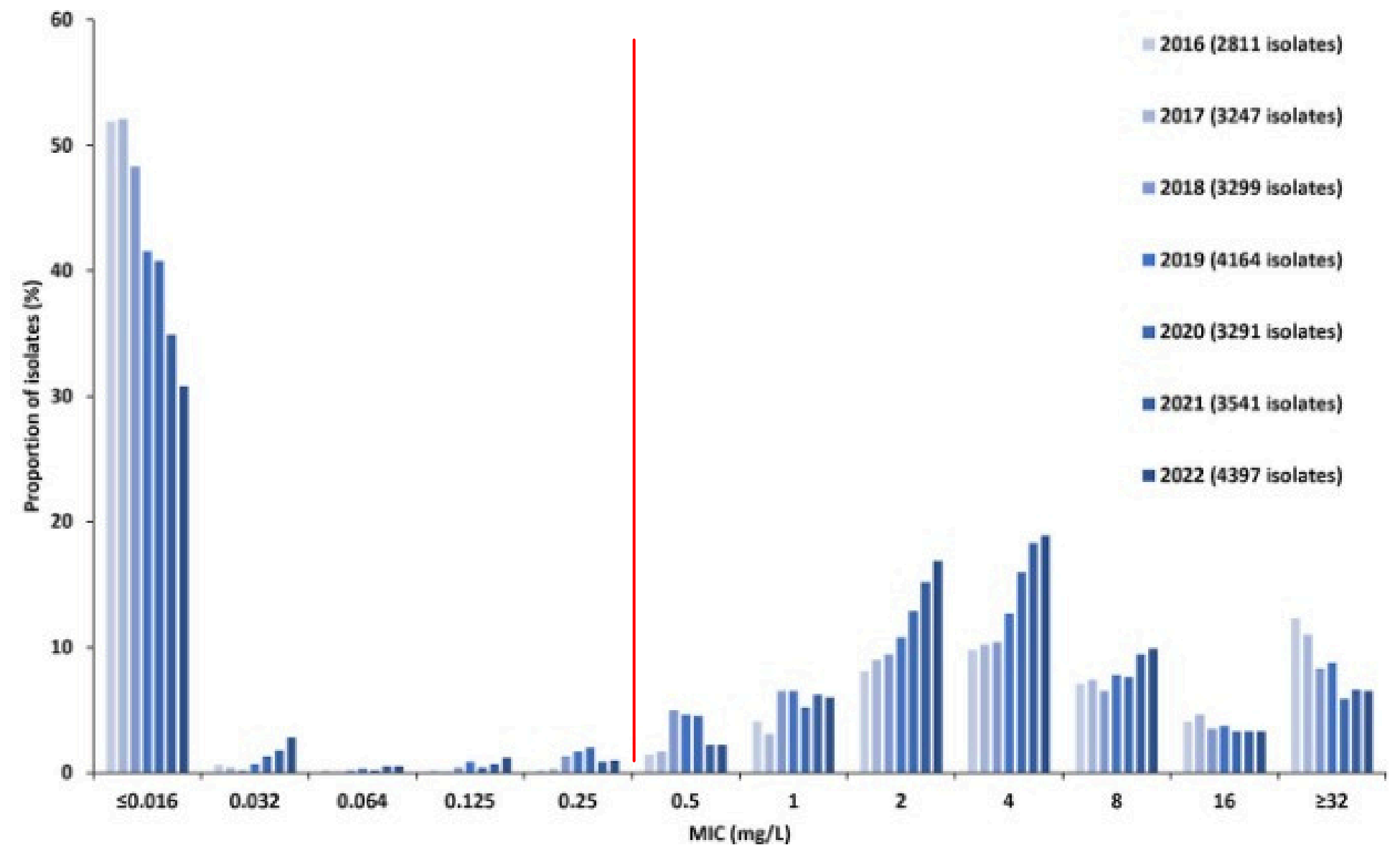
Résistances aux ATB

Résistance azithromycine
(Sensibilité si CMI est < 1 mg/L)
24,8% des souches



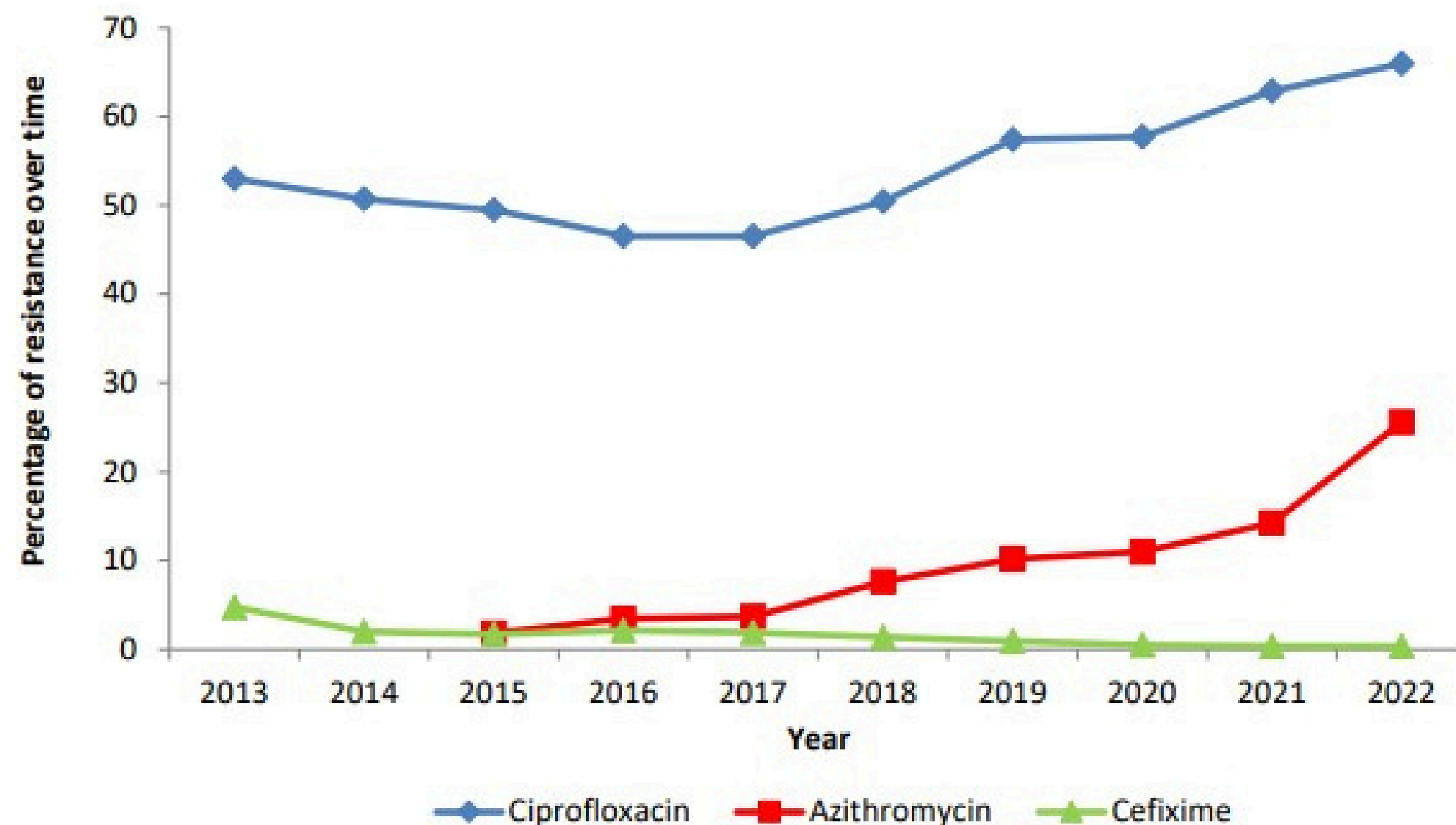
Résistances aux ATB

Résistance ciprofloxacine
(Sensibilité si CMI est $< 0,5\text{mg/L}$)
65,8% des souches



Résistances aux ATB

Figure 1. Percentage of resistant *Neisseria gonorrhoeae* by antimicrobial and year, Euro-GASP, 2013–2022



NG - Traitement

Infection Urogénitale non compliquée

1^{er} intention

CEFTRIAXONE en IM 1000 mg 1 fois

Si allergie Beta-Lactamine

- GENTAMICINE 240mg en IM 1 fois
- CIPROFLOXACINE 500mg en PO en 1 fois, MAIS 50% d'échec et mauvaise performance pharyngée (> 50% souches sont R aux FQ)
- SPECTINOMYCINE 2g en IM

Traitement probabiliste



Traitement doit être administré dans tous les cas **sans attendre les résultats des cultures ou des PCR**

Ceftriaxone IM (1000 mg, dose unique)

+

Doxycycline (200 mg/j, 7 jours), en l'absence d'allergie
ou Azithromycine : 1000 mg per os en prise unique

Quelles sont les mesures associées?

Abstinence sexuelle

Traiter les partenaires

Dépistage des autres IST

Réévaluation systématique à J7

Envoyer

Your name will not be shared

Cas clinique 2

Karim, 23 ans, présente depuis 1 semaine écoulement muqueux clair discret ainsi qu'un prurit intracanalalaire.

Il ne rapporte aucune prise médicamenteuse récente.

Interrogatoire complémentaire

- Pas antécédent médical notable
- Suivi dans le cadre de la PrEP
- Rapport sexuel non protégé il y a 3 semaines hommes.

Parmi les étiologies suivantes, lesquelles sont à envisager en première intention ?

Mycoplasma genitalium

Chlamydia Trachomatis

Neisseria Meningitidis

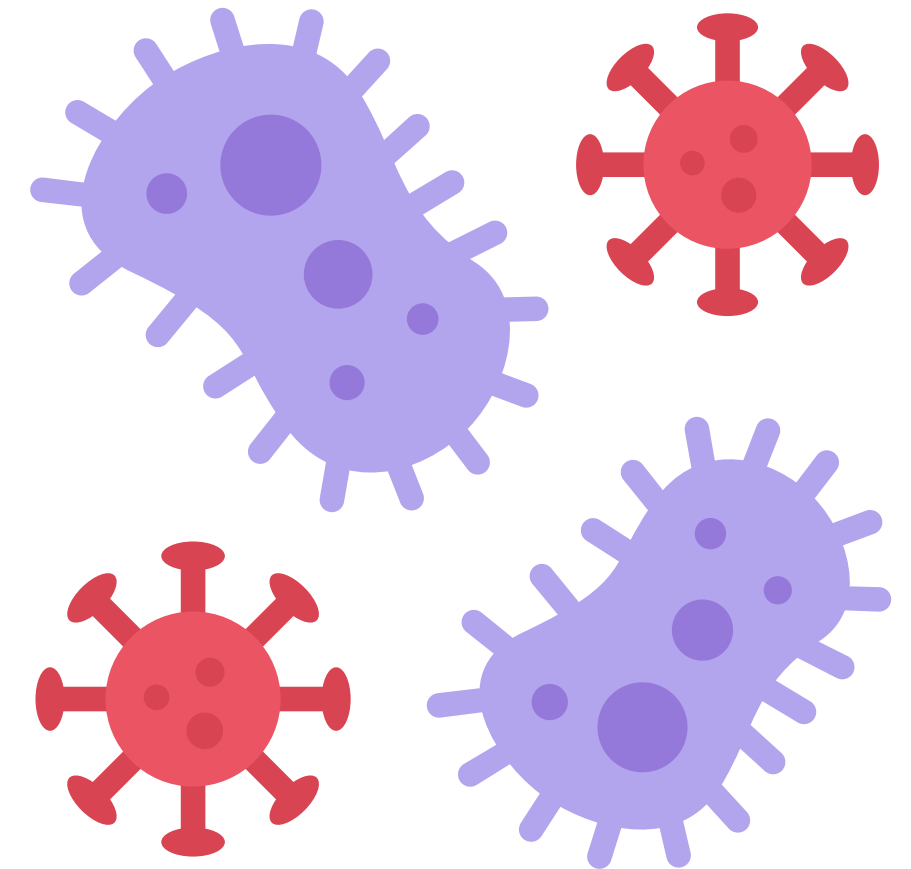
Trichomonas vaginalis

Envoyer

Your name will not be shared

Pathogènes

- Les 3 micro-organismes les plus représentés
 - *Neisseria Gonorrhée* 30%
 - *Chlamydia Trachomatis* 41.7%
 - *Mycoplasma genitalium* 10.6%
- Autres pathogènes
 - *Trichomonas Vaginalis* 0.7%
 - *Neisseria Meningitidis* 1.4%
 - *Haemophilus influenzae* 5.2%
 - HSV (lésions ulcérées) : HSV1: 2.8% / HSV2:0.9%
 - *Adenovirus* 6.6%
- Dans 26.6% des urétrites on ne retrouve pas de germes



Complément information

il vous montre les résultats des test de dépistage qu'il a réalisé en amont de votre consultation.

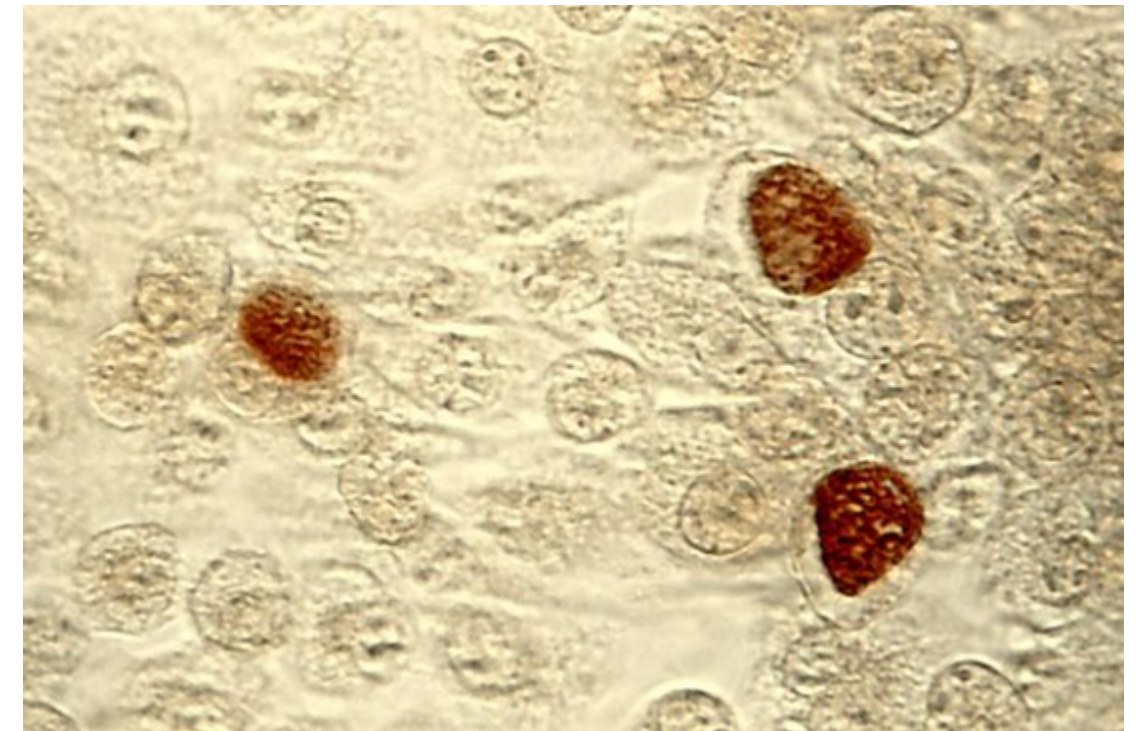
PCR 1er jet urine (+)
les autres dépistages sont négatifs

Chlamydia Trachomatis

- Bacille Gram négatif, intracellulaire obligatoire
- Sérotypes D à K: responsables d'infections urogénitales
- Sérotypes L1, L2 et L3 : responsables LGV

Transmissible par contact direct essentiellement lors des relations sexuelles

- Génitaux – Génitaux
- Oro - Génitaux
- Génitaux – Anaux



Epidémiologie CT - Europe

Population	Sub-group	No. studies	No. individuals	Pooled estimate [%]	95%-CI lower	95%-CI upper	I ²
Women	combined ¹	23	37 114	2.76	1.65	3.87	98.92
Women	representative	5	4 544	1.99	0.78	3.21	86.78
Women	proxy (ANC)	6	26 179	1.83	0.99	2.67	95.93
Women	proxy (other)	12	6 391	3.79	1.64	5.94	98.28
Men	combined ¹	11	5 343	2.64	0.61	4.67	97.23
Men	representative	5	3 176	1.11	0.49	1.72	51.34
Men	proxy (other)	6	2 167	4.05	0.00	8.19	97.56
Young women	combined ¹	21	17 714	5.54	4.59	6.50	85.68
Young women	representative	7	2 953	4.44	3.21	5.68	58.00
Young women	proxy (ANC)	6	4 264	8.19	5.40	10.98	86.42
Young women	proxy (other)	8	10 497	5.16	3.69	6.63	88.96
Young men	combined ¹	11	3 573	3.32	2.04	4.59	80.69
Young men	representative	7	1 969	2.91	1.44	4.38	73.68
Young men	proxy (other)	4	1 604	4.14	1.53	6.74	84.76
MSM	visiting STI clinics	14	362 292	9.72	8.27	11.16	99.30
MSM	"high risk"	5	2 326	15.35	9.62	21.08	92.98
MSM	HIV	3	693	6.08	0.75	11.41	91.18
MSM	PrEP	5	2 071	9.57	7.11	12.02	70.45
Sex workers	female	7	3 878	5.50	4.31	6.69	54.15
Sex workers	male+trans	5	272	6.04	1.65	10.44	38.89

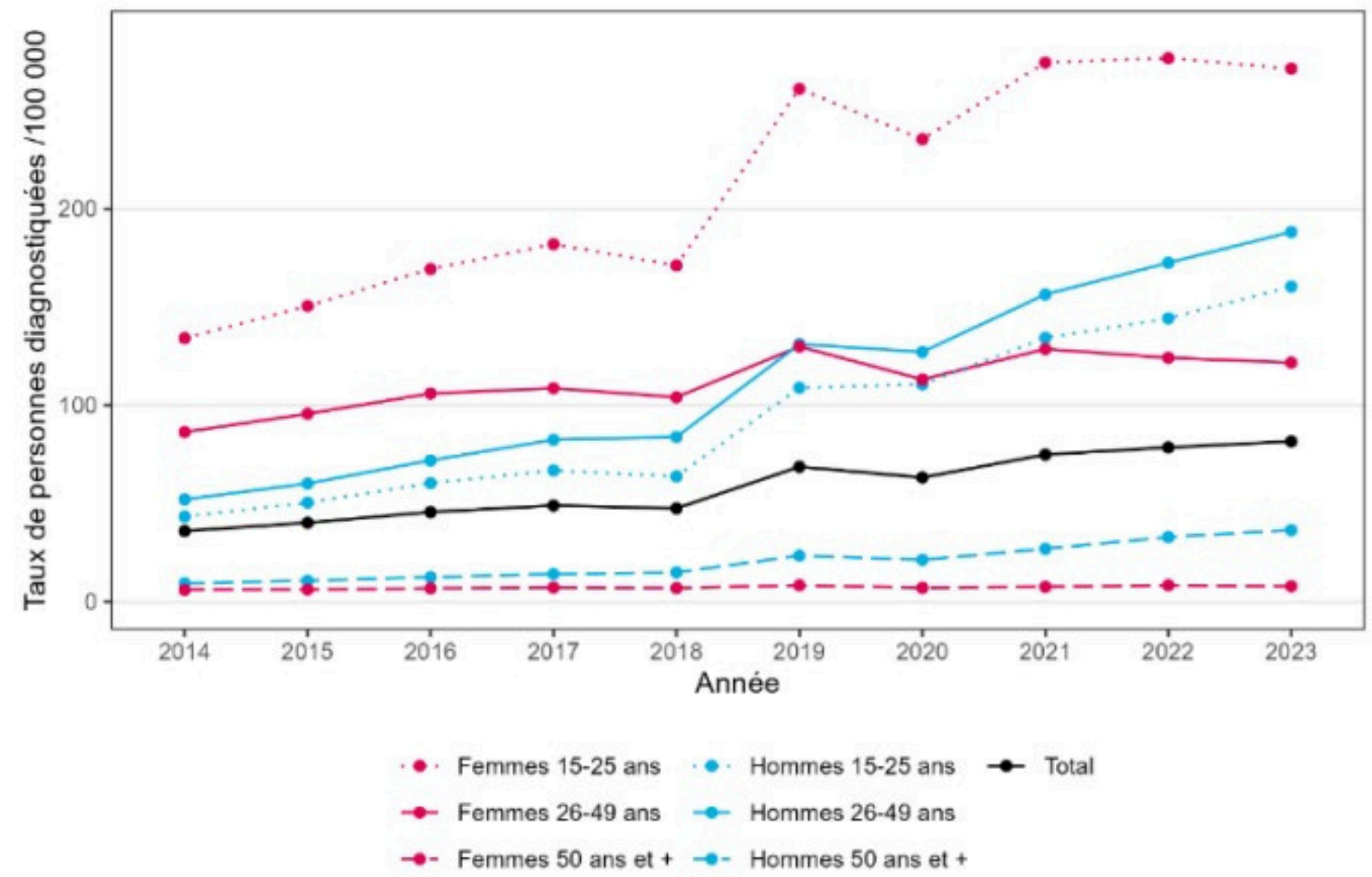
ANC: antenatal care; HIV: human immunodeficiency virus; PrEP: pre-exposure prophylaxis; STI: sexually transmitted infection.

¹ prevalence estimates combining both, representative studies and studies in proxy populations.

Incidence annuelle - CT SNDS

Chlamydia

- En 2023, taux d'incidence= 81 cas pour 100.000 habitants
- H>F: 92 Vs 72
 - jeunes femmes âgées de 15-25 ans: 271
 - hommes âgés de 26-49 ans : 188



Quelles complications recherchez vous?

Orchi-épididymite

Prostatite

Ano-rectite

Cirrhose

Envoyer

Your name will not be shared

Chlamydia Trachomatis

Clinique

- Incubation qq jours à qq semaines
- Ecoulement clair 40-50%
- Portage asymptomatique : 10%

Complications

1-Localisation génitale

- Orchi épididymite
- Rectite

2-Localisations extra génitales

- Kerato – conjonctivite
- Arthrite à CT
- Arthrite réactionnelle
- Portage pharyngé avec ou sans pharyngite

Diagnostic
TAAN sur 1^{er} jet urine

Examen clinique

il ne presente aucun signe de complication loco regionale

Quel traitement proposez vous?

Doxycycline 200mg pendant 7j

Azithromycine 1g en prise unique

Ofloxacin 200mg x2 pendant 7 jours

Envoyer

Your name will not be shared

CT - Traitement

Forme non compliquée

1^{er} intention

- DOXYCYCLINE 100mg x2 pdt 7 jours, pas de résistance au cycline décrite

2nd intention

- AZITHROMYCINE 250mg x 4 en une fois
Inconvénients par rapport Doxy : cout / risque induction résistance de Mycoplasma genitalium
- OFLOXACINE 200 mg x 2 pdt 7 jours

CT - Traitement

Chlamydia compliquée

1/ Orchi épидidimyte

DOXYCYCLINE 100mg x2 pdt 10 jours

Azithromycine 1g par semaine à J1 et J7

2/ IGH

DOXYCYCLINE 100mg x2 pdt 10-14 jours

Azithromycine 1g par semaine à J1 et J7

3/ LGV

DOXYCYCLINE 100mg x2 pdt 21 jours

Azithromycine 1g par semaine pendant 3 semaines

Cas clinique 3

Thomas, 32 ans, a été traité par ceftriaxone + doxycycline il y a 10 jours de façon probabiliste
Cependant les symptômes persistent.

Les prélèvements étaient

- NG (-)
- CT (+)

Quelles hypothèses évoquez vous ?

Défaut Observance au traitement

Résistance CT à la Doxycycline

Recontamination

un autre pathogène

Envoyer

Your name will not be shared

Complément information

il n'a pas eu de nouveau rapport sexuel
l'observance déclarée et bonne

Quel examen complémentaire faites vous?

Sérologie CT

recherche trichomonas vaginalis

PCR Mycoplasma

PCR 1er jet CT

Envoyer

Your name will not be shared

Qui doit on prélever pour Mg ?

Symptômes

- Urétrite chez l'homme
- Orchi-epididymite aigue chez l'homme <50 ans

Pas de screening chez les patients asymptomatiques

- Infections asymptomatiques >70%
- Clairance spontanée
- Limiter l'utilisation d'azithromycine et donc la résistance aux macrolides

Sauf : facteurs de risque chez patients asymptomatiques

- Contact sexuel avec une personne en cours de traitement d'une infection à M. genitalium

Qui doit on prélever pour TV?

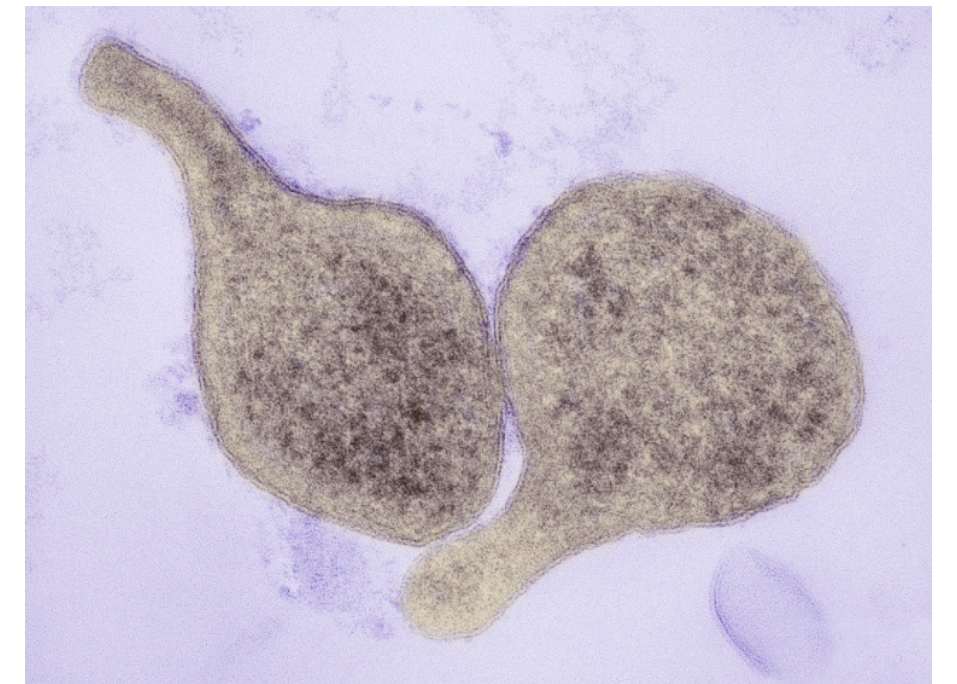
- Signes d'urétrite et/ou écoulement chez l'homme en seconde intention si recherche de gonocoque et chlamydia négative.
- Infection à TV chez le ou la partenaire.

Mycoplasma genitalium

Bactérie intracellulaire
Croissance très lente

Transmissible par contact direct essentiellement
lors des relations sexuelles

- Génitaux – Génitaux
- Ano – Génitaux



Mycoplasma genitalium

Clinique

- Incubation 4 à 8 semaines
- Écoulement pas de spécificité
- Portage asymptomatique : très fréquent

Complications

Urétrite chronique
Urétrite récidivantes

Diagnostic

PCR 1er jet urine

Culture quasi impossible (> 3 mois)

Trichomonas Vaginalis

- Protozoaire flagelé mobile, extra cellulaire anaérobie , micro aérophile.
- Taux de transmission au cours des rapports très élevé (80%) surtout de la F à l'H.
- Transmission non sexuelle rare mais possible



Trichomonas Vaginalis

Clinique

- Incubation entre 3-28 jours (moyenne 7 jours)
- Peut être responsable d'urétrites (peu) symptomatiques et de balanoposthites.
- Portage asymptomatique : 90%

Diagnostic

Examen direct sur 1^{er} jet urine ou écouvillon urétral
PCR (non remboursé)

Evolution

le résultat est positif à mycoplasma genitalium

Quel traitement proposez vous?

Doxycycline 200mg pendant 7j

Azithromycine 1g en prise unique

Ofloxacin 200mg x2 pendant 7 jours

Azithromycine 1g le premier jour puis 500mg les 2 jours suivants

Envoyer

Your name will not be shared

Recherche de resistance

Dans les cas d'infections symptomatiques à Mg, un traitement documenté par un PCR positif avec **recherche de résistance aux macrolides est recommandé en première intention.**

La résistance aux macrolides est de 35,2%

Dans l'idéal la recherche de mutation doit guider, l'administration des antibiotiques.

Résistance aux macrolides

Etude 1 mois/an dans 20 centres français

Prévalence de la résistance en 2021 :
35,2%

- 54,8% hommes vs 22,0% femmes (p<0.05)
- 63,2% HSH vs 20,0% hétérosexuels (p<0.05)



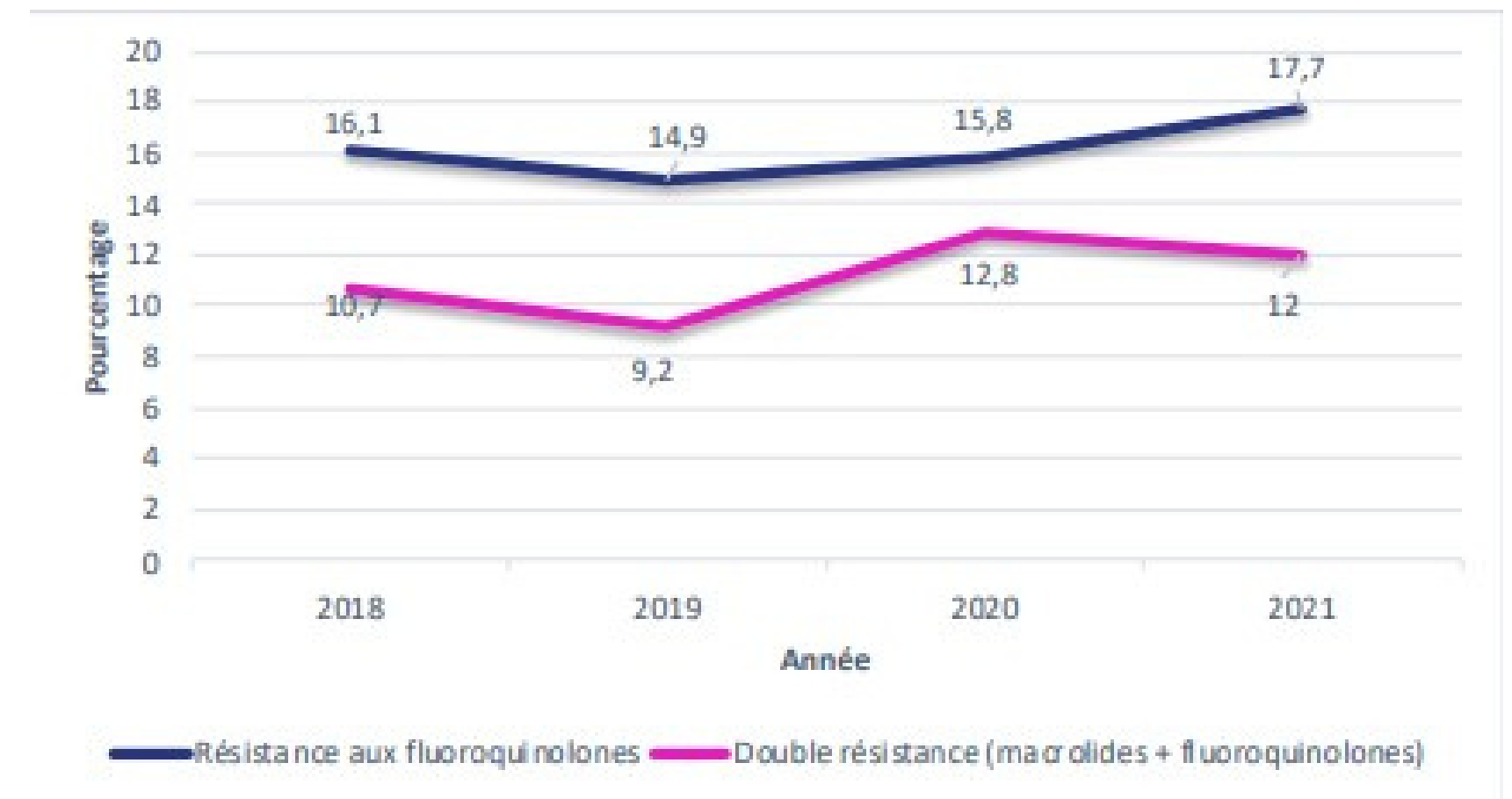
Résistance aux fluoroquinolones et double résistance

Etude 1 mois/an dans 20 centres français

Prévalence de la résistance en 2021: 17,7%

24,1% hommes vs 12,8% femmes

Prévalence de la double résistance en 2021: 12%



MG - Traitement guidé par recherche de résistance

Sensibilité conservée aux macrolides

- AZITHROMYCINE 1000 mg le premier jour, puis 500mg par jour les 2 jours suivants

Résistance macrolide

- MOXIFLOXACINE 400 mg pdt 7 jours

Définition échec du traitement: persistance des symptômes au moins 3 semaines après la fin d'un traitement bien conduit

MG - Traitement

1^{er} intention

- AZITHROMYCINE 1000 mg le premier jour, puis 500mg par jour les 2 jours suivants

2nd intention (persistance après AZITHROMYCINE ou resistance macrolide)

- MOXIFLOXACINE 400 mg pdt 7 jours

3^{em} intention

- Doxycycline 100 mg x 2/j pendant 14 j (40 % de guérison)
- Doxycycline 100 mg x 2/j pendant 7 j, puis pristinamycine 1 g x 4/j pendant 10 j (75 % de guérison) Avis spécialisé recommandé
- ALTERNATIVE minocycline 100 mg x 2/j pendant 14 j (70 % de guérison)

Evolution

Thomas revient vous voir car il est allé voir un confrere qui lui a prescrit un test de controle pour savoir si le Mg avait été eradiqué.
celui ci est **toujours positif**
il ne présente plus de symptomes

Quelle attitude adoptez vous?

recherche de mutation de resistance

vous le traitez avec une autre ligne de traitement

vous le rassurez et ne le traitez pas

Envoyer

Your name will not be shared

TV- Traitement

1er intention

- métronidazole per os 500mg matin et soir pendant 7 jours

Si l'observance thérapeutique attendue est médiocre, le traitement alternatif est :

- métronidazole 2g en DU ou secnidazole 2g en DU

En l'absence de disponibilité des traitements précédemment cités, le deuxième traitement alternatif est :

- tinidazole 2g en DU

Dépistage et traitement des partenaires même si dépistage négatif

Persistence TV- attitude

Evaluation

- observance
- Tolérance au traitement
- éliminer une réinfection par un partenaire non traité.

Le taux de résistance du TV au nitro-5-imidazolé est faible, estimé à 5% aux États-Unis . *Pas de données en France et en Europe*

Ainsi, on recommande : de répéter un traitement par métronidazole 500mg x 2/j pendant 7 jours (réponse chez 40% des patients n'ayant pas répondu au traitement initial)

MERCI