

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Dr Mansouri

Maitre assistante en infectiologie

EPH/Faculté de médecine UB2

INTRODUCTION 1

- Selon l'Organisation mondiale de la santé, un million de personnes sont atteintes quotidiennement par une infection sexuellement transmissible (IST).
- leur prise en charge doit être rapide, idéalement en urgence, afin de **rompre la chaîne de contamination et d'empêcher les complications** en particulier l'orchi-épididymite aiguë et la salpingite aiguë.
- Depuis 1998, nous assistons dans les pays occidentaux à la **réémergence** de maladies infectieuses qui avaient pratiquement disparu comme la gonococcie, la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne.
- Ces trois infections touchent préférentiellement les homosexuels masculins et indiquent un **relâchement manifeste de la prévention** favorisant la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

INTRODUCTION 2

- Plusieurs points sont remarquables :
 - **Mode de transmission largement ignoré** par les patients
 - La fréquence des localisations extragénitales (anales, oropharyngées)
 - **Le polymorphisme des tableaux cliniques**
 - La fréquence des formes **a- ou paucisymptomatiques**
 - **La résistance croissante** de certaines bactéries (par exemple, *Neisseria gonorrhoeae*) aux antibiotiques.
- Ignorées ou traitées tardivement, les IST exposent à **des complications** bien connues :
 - Infections génitales hautes
 - Complications obstétricales
 - Transmission mère–enfant
 - Lésions cancéreuses ou précancéreuses, etc.

1/ULCÉRATIONS GÉNITALES

Les ulcérations génitales (**ou chancres**) sont des pertes de substance situées dans la région génitale ou anale.

- Elles sont, le plus souvent, d'origine infectieuse dominée par trois étiologies principales : **la syphilis, l'herpès génital et le chancre mou.**
- Ce n'est qu'après avoir éliminé une étiologie infectieuse que l'on peut considérer les causes non infectieuses, en particulier tumorales, responsables d'ulcérations génitales chroniques
- En effet, l'aspect clinique des ulcérations génitales est souvent atypique du fait des surinfections bactériennes et des traitements topiques ou systémiques déjà reçus.
- L'étiologie majeure à éliminer d'emblée devant toute ulcération génitale est **la syphilis.**

Chancre mou

- Le chancre mou, dû à *Haemophilus ducreyi* (bacille de Ducrey), est une étiologie majeure d'ulcération génitale en Afrique.
- Dans la forme typique, il réalise des **ulcérations multiples, volontiers sur le versant cutané, profondes, douloureuses, non indurées, s'accompagnant après quelques jours d'adénopathies locorégionales qui évoluent vers le bubon et la fistulisation.**
- Le chancre mou reste une maladie locale, mais peut entraîner des délabrements locorégionaux considérables.
- Les formes atypiques sont fréquentes.

Chancre mou

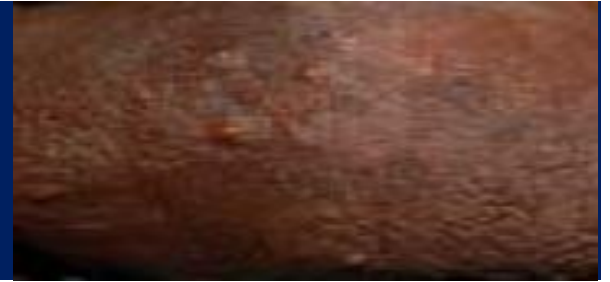
Le diagnostic de certitude repose sur:

- les prélèvements in situ par écouvillonnage des bords du chancre avec examen direct sur lame après coloration au bleu de méthylène ou coloration de Gram, et cultures sur milieux spéciaux.
- Aussi bien l'examen direct (présence de bacilles à Gram négatif à coloration bipolaire et à disposition en « **chaîne de vélo** » ou en « **bancs de poissons** ») que la culture sont des examens délicats, nécessitant un laboratoire entraîné.

Le traitement du chancre mou repose

- soit sur un traitement minute - Azithromycine 1 g per os
 - ou ceftriaxone en une injection intramusculaire de 500 mg
- soit sur un traitement long par érythromycine : 2 g/j pendant 10 jours.
- La présence d'une adénopathie pré fistuleuse ou fistulisée peut nécessiter l'hospitalisation, l'alitement et les ponctions répétées.

Herpès génital



- L'herpès génital est dû le plus souvent au virus herpes simplex type 2 (HSV2), mais il peut être dû également au virus herpes simplex de type 1 (HSV1), dans 15 % à 70 % des cas selon les études.
- La primo-infection herpétique correspond au premier contact entre un organisme jusque-là indemne et un des virus, HSV1 ou HSV2. Le plus souvent, la primo-infection herpétique est de type 1, survient dans la région orofaciale et se produit pendant l'enfance. Elle est en règle totalement asymptomatique.
- On appelle herpès récurrent ou récidivant une réactivation herpétique in situ de type 1 ou de type 2.

Herpès génital



- La clinique, à elle seule, ne permet pas de différencier ces différentes possibilités.
- Seules, les sérologies spécifiques de type peuvent situer l'épisode herpétique dans l'histoire naturelle de la maladie.
- Lorsqu'il s'agit d'une primo-infection il y a possibilité d'une virémie . **L'existence d'un herpès génital extrêmement aigu, profus, avec de nombreuses vésicules, érosions, adénopathies satellites, voire fièvre, est en faveur d'une primo-infection**, mais celle-ci peut se manifester également par un simple bouquet d'herpès génital.
- L'herpès récurrent se manifeste, le plus souvent, par **des lésions minimales évoluant selon la chronologie classique sur 5 à 7 jours en bouquet de vésicules avec sensation de cuisson** laissant place à des érosions polycycliques, puis à des croûtes. Quelques adénopathies homolatérales sont possibles.

Herpès génital



Diagnostic de certitude:

- repose, dans les cas difficiles, sur la mise en évidence du virus dans des lésions fraîches par grattage du fond d'une érosion ou par aspiration du liquide d'une vésicule pour mise en culture sur cellules fibroblastiques.
- PCR est une technique plus sensible que la culture.
- **les sérologies herpétiques spécifiques de type** permettent secondairement de situer les lésions cliniques dans l'histoire naturelle de la maladie.

Le traitement d'un premier épisode d'herpès génital ou d'une primo-infection herpétique repose sur:

- le valaciclovir pendant une durée de 5 à 10 jours selon l'intensité des lésions.
- Dans un herpès récurrent: De simples soins antiseptiques suffisent le plus souvent.
- En cas d'immunodépression profonde le traitement antiviral par aciclovir ou valaciclovir est absolument nécessaire.

SYPHILIS



- La syphilis, infection bactérienne sexuellement transmissible due à *Treponema pallidum*.
- Après avoir quasiment disparu dans les pays occidentaux dans les années 1990 du fait de la prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH),
- Elle est en forte recrudescence actuellement dans la communauté homosexuelle, vu le relâchement de la prévention.
- L'histoire naturelle de la maladie est stéréotypée avec une évolution en trois phases : primaire (chancre), secondaire (septicémie tréponémique) et tertiaire (complications neurologiques et cardiovasculaires).

SYPHILIS

Agent pathogène



- Il s'agit de *Treponema pallidum* ; bactérie cosmopolite, spiralée, mobile, appartenant à l'ordre des Spirochaetales avec les bactéries des genres *Borrelia* et *Leptospira*.
- *Treponema pallidum* n'est pas cultivable in vitro ; son métabolisme est donc peu connu et il est impossible d'établir un antibiogramme, et contrairement aux autres bactéries, d'évaluer la sensibilité aux antibiotiques in vitro.
- Aucune résistance à la pénicilline n'a encore été rapportée.
- *Treponema pallidum* est sensible à l'ensemble des bêtalactamines, aux cyclines et dans une moindre mesure aux macrolides.

SYPHILIS

Transmission



- *Treponema pallidum* se transmet après un **contact avec des lésions contagieuses** ; il pénètre au travers d'un épithélium génital siège de microlésions à l'occasion de traumatismes mineurs survenus au cours de l'acte sexuel.
- **la transmission sanguine** est exceptionnellement en cause depuis le dépistage tréponémique systématique des dons du sang.
- **le partage des seringues** chez les toxicomanes intraveineux reste un mode de transmission hypothétique.
- La syphilis peut également se transmettre par **voie transplacentaire** rendant compte **des syphilis congénitales**.

SYPHILIS

Classification



- Il existe plusieurs classifications qui se superposent en partie.
- **La classification clinique** distingue différents stades successifs :
 - ✓ syphilis primaire
 - ✓ syphilis secondaire (et ses récurrences jusqu'à la 5e année)
 - ✓ syphilis latente asymptomatique
 - ✓ et syphilis tertiaire (cutanéomuqueuse, neurologique, cardiovasculaire).
- **La classification thérapeutique** distingue
 - ✓ **la syphilis récente (ou précoce)**, regroupe
 - la syphilis primaire,
 - la syphilis secondaire,
 - et la syphilis latente de moins de 1 an pour le CDC et de moins de 2 ans pour l'OMS.
 - ✓ **la syphilis tardive, et la neurosyphilis**; regroupe
 - la syphilis tertiaire
 - et la syphilis latente de plus de 1 an ou 2 ans.

SYPHILIS PRIMAIRE

Clinique



- La syphilis récente, stade le plus précoce, est marquée par l'apparition du chancre au point d'inoculation, accompagné de son adénopathie satellite.
- Le chancre apparaît 10 à 90 jours après le contagé (en moyenne, 3 semaines).
- Classiquement, il réalise une exulcération de 5 à 10 mm de diamètre, unique, propre, indolore et indurée à la palpation protégée.
- L'induration se traduit par l'impossibilité de plisser entre deux doigts la surface de l'ulcération qui fait bloc avec l'induration sous-jacente.
- Le chancre cicatrise en 10 à 14 jours sous traitement, en 3 à 6 semaines sans traitement au prix d'une pigmentation résiduelle dans 1/3 des cas.

SYPHILIS PRIMAIRE

Clinique



- La localisation du chancre est habituellement génitale.
- **Chez l'homme**, les localisations sont le sillon balano-préputial, le frein de la verge, le méat et le gland. Plus rarement, on observe un chancre de la base de la verge, du pubis ou du scrotum.
- **Chez la femme**, le chancre passe le plus souvent inaperçu sauf quand il siège sur les organes génitaux externes : grandes lèvres, petites lèvres, clitoris, commissure postérieure et fourchette. Le chancre du vagin est rare, celui du col fréquent et souvent méconnu.
- **La localisation anorectale** est fréquente chez **l'homosexuel** et passe volontiers inaperçue. Le chancre anal se présente comme une fissure anale, le chancre rectal peut être asymptomatique ou provoquer une rectite douloureuse.
- **La localisation buccopharyngée** (labiale, buccale, amygdalienne) n'est pas rare et passe volontiers inaperçue.
- **Les autres localisations** (doigt, mamelon, autres localisations cutanées) sont exceptionnelles.

SYPHILIS PRIMAIRE

Clinique



- L'adénopathie satellite apparaît 4 à 7 jours après le chancre et est le plus souvent unilatérale.
- Ce sont des ganglions multiples, petits et durs, parfois centrés par un ganglion plus volumineux (le « préfet » de l'aîne dans le creux inguinal), mobiles, indolores, sans péri-adénite.
- Le siège des adénopathies dépend de la localisation du chancre :
 - inguinal (organes génitaux externes masculins et féminins)
 - pelvien profond (organes génitaux internes féminins)
 - Inguino-crural (anal)
 - sous-mentonnier (labial)
 - sous-maxillaire (amygdalien).
- En l'absence de traitement, l'adénopathie persiste plusieurs mois ; traitée elle disparaît après le chancre.
- Une syphilis primaire peut s'associer à d'autres IST: gonococcie, chlamydie, surinfection du chancre...

SYPHILIS PRIMAIRE

Diagnostic



- la mise en évidence de *Treponema pallidum* (tréponème pâle) au **microscope à fond noir**.
- Cet examen nécessite un prélèvement de bonne qualité de l'exsudat après grattage du fond du chancre et un laboratoire entraîné. La positivité du fond noir est pathognomonique pour le diagnostic de syphilis primaire.
- On peut également s'aider des sérologies tréponémiques, fluorescent *Treponema antibody* (FTA), *Treponema pallidum haemagglutination assay* (TPHA) et *venereal disease research laboratory* (VDRL), en sachant que ces sérologies se positivent avec retard après le début du chancre, respectivement : à j5, j7 et j15.
- Un chancre syphilitique peut donc parfaitement s'accompagner d'une sérologie tréponémique encore totalement négative et il est impérieux de demander systématiquement une réaction d'immunofluorescence (FTA) dans les chancres débutants.

SYPHILIS PRIMAIRE

Traitement



Le TRT : injection unique intramusculaire de benzathine benzylopénicilline (Extencilline[®], 2,4 millions d'UI).

- En cas d'allergie les cyclines;
Doxycycline : 100 mg, deux fois par jour pendant 3 semaines.
- Mais de nombreux auteurs considèrent que le mieux est une désensibilisation à la pénicilline en milieu hospitalier spécialisé.

Attitude pratique devant une ulcération génitale

- Les trois diagnostics possibles sont : la syphilis, le chancre mou et l'herpès.
- dans les tous cas, le diagnostic de syphilis doit absolument être évoqué en premier.
- On ne doit pas attendre les résultats de ces examens complémentaires pour commencer le traitement .
- En l'absence de plateau technique, il est également licite de proposer une association :
 - d'Extencilline® (une injection unique de 2,4 MUI)
 - et un traitement de 10 jours par érythromycine
 - et 5 à 10 jours de valaciclovir.
- Toutefois, on doit privilégier absolument la pratique des examens complémentaires
- Ces examens sont systématiquement complétés par une sérologie du VIH, une sérologie de l'hépatite B voire une sérologie de l'hépatite C.

Autres causes d'ulcérations génitales d'origine infectieuse

- La maladie de Nicolas-Favre, ou lymphogranulomatose aiguë vénérienne due aux sérotypes L1, L2, L3 de *Chlamydia trachomatis*
- La donovanose
- La gale exceptionnellement.
- D'aphtes (lésions douloureuses souvent situées sur le scrotum, à fond jaune « beurre frais » et pouvant s'intégrer dans une aphtose bipolaire ou dans une maladie de Behçet),
- des ulcérations postbulleuses de l'érythème polymorphe, de l'érythème pigmenté fixe ou des toxidermies bulleuses (où l'interrogatoire retrouve la précession par des bulles avec, volontiers, une atteinte buccale associée)
- des ulcérations et érosions postbulleuses des bulloses auto-immunes (rares : pemphigus vulgaire ou pemphigoïde bulleuse),
- enfin des ulcérations génitales des carcinomes épidermoïdes, maladie de Bowen ou maladie de Paget (lésions chroniques pouvant évoluer après plusieurs semaines ou mois vers une ulcération génitale).
- Les ulcérations traumatiques

Syphilis secondaire

- La syphilis secondaire correspond à la dissémination septicémique de *Treponema pallidum*. Elle succède après quelques semaines au chancre syphilitique qui a, en général, cicatrisé spontanément lorsque survient l'éruption secondaire. La syphilis secondaire évolue en deux phases:

1/Une phase de première floraison

- 6^e sem- 3^e mois après le début du chancre correspond à la roséole syphilitique
- éruption érythémateuse de couleur rosée non prurigineuse, à peine visible
- située sur le tronc
- en règle, syndrome général modéré avec fébricule et polyadénopathies.
- Une discrète alopecie temporale est possible.

Syphilis secondaire

2/La deuxième floraison:

- survient à partir du quatrième au sixième mois et succède, le plus souvent, à une roséole passée inaperçue.
- C'est une éruption cutanée, plus ou moins généralisée, prédominant sur le tronc, le visage, les paumes et les plantes, les organes génitaux externes, constituée de lésions papuleuses souvent de couleur cuivrée et surmontées d'une squame (collerette de Biett).
- Cette éruption est très polymorphe et peut évoquer un psoriasis, un lichen plan, un parapsoriasis en gouttes, une varicelle, une acné, une dermatite séborrhéique, etc.
- syndrome général plus marqué avec fébricule, polyadénopathies, arthralgies, céphalées et, éventuellement, atteintes articulaire, rénale, osseuse, voire méningée.
- Il existe fréquemment une atteinte muqueuse, buccale et génitoanale extrêmement contagieuse.



Syphilides papuleuses.



Syphilides palmaires



Syphilides secondaire maligne.



Syphilides érosive du palais

Syphilis secondaire

- **Le diagnostic:**
 - doit être évoqué systématiquement devant une éruption cutanée atypique
 - et doit faire rechercher des antécédents d'ulcération génitale à l'anamnèse (mais le chancre primaire est souvent passé inaperçu du fait d'une localisation anorectale ou pharyngée)
 - de rechercher des plaques muqueuses et des localisations palmoplantaires très caractéristiques.
- Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence de *Treponema pallidum* au microscope à fond noir sur les lésions de syphilis secondaire ulcérées ou érosives.
- En cas d'impossibilité, le diagnostic est facilement confirmé par les sérologies tréponémiques qui sont toutes positives avec des titres très élevés (VDRL quantitatif).
- **Le traitement de la syphilis secondaire** est identique à celui de la syphilis primaire : -- une seule injection d'Extencilline[®], 2,4 MUI par voie intramusculaire ou,
-- en cas d'allergie aux bêtalactamines, 2 semaines de cyclines per os.

Syphilis tardive

- On regroupe sous ce terme l'ensemble des syphilis de plus de 1 an d'évolution.
- La syphilis tertiaire correspond à des lésions granulomateuses viscérales organisées autour de quelques tréponèmes parenchymateux avec une atteinte préférentielle du système nerveux (tabès et paralysie générale) et cardiovasculaire (anévrisme aortique, insuffisance aortique).
- Mais tous les viscères peuvent être atteints, en particulier le foie, le poumon, la peau (gommès syphilitiques) et les muqueuses.

Syphilis tardive

- L'histologie est trompeuse, révélant des lésions granulomateuses de type tuberculoïde
- Les sérologies tréponémiques sont positives, mais souvent avec des titres faibles.
- L'ensemble des syphilis tardives sans lésion de syphilis tertiaire correspond à la syphilis latente ou sérologique tardive. Elle ne se manifeste par aucune anomalie en dehors d'une sérologie tréponémique positive à des titres variables mais souvent faibles.
- La difficulté, dans ces situations, est d'éliminer avec certitude une neurosyphilis asymptomatique, d'où l'importance de pratiquer un examen neurologique très rigoureux avec recherche:
 - ✓ de troubles psychiatriques
 - ✓ d'une abolition des réflexes photomoteurs (signe d'Argyll-Robertson)
 - ✓ et de rechercher des troubles de la sensibilité profonde des membres inférieurs
 - ✓ et une abolition des réflexes ostéotendineux, achilléens et rotuliens.
- Il est donc indispensable de pratiquer une ponction lombaire devant toute syphilis tardive.

Syphilis tardive

- Le traitement des syphilis tardives est difficile et long. Il doit comporter, au minimum, une injection hebdomadaire d'Extencilline[®], 2,4 MUI pendant 3 semaines après avoir éliminé une neurosyphilis. Pour ce faire, les indications de la ponction lombaire doivent guider la thérapeutique.
- Lorsqu'il existe une méningite biologique (hyperalbuminorachie et/ou hypercytose) ou que le VDRL est positif dans le LCR, un traitement de type neurosyphilis par pénicilline G intraveineuse, 20 MUI par jour pendant 15 jours, doit être entrepris. Un TPHA positif dans le LCR n'a pas de signification.
- En cas d'allergie aux bêtalactamines, un traitement par tétracyclines pendant 3 semaines est une alternative possible, mais uniquement après avoir affirmé la normalité du LCR.
- En cas de neurosyphilis, aucune alternative à la pénicilline G n'est envisageable.
- C'est également le cas de la femme enceinte allergique à la pénicilline qui doit systématiquement être désensibilisée à cet antibiotique dans la syphilis tardive, qu'il y ait ou non une atteinte neuroméningée.

Syphilis congénitale

- La syphilis congénitale est due au passage transplacentaire des tréponèmes maternels, le plus souvent en fin de grossesse.
- La sérologie tréponémique (TPHA et VDRL) est obligatoire en début de grossesse.
- La syphilis congénitale se manifeste
 - soit par une mort in utero
 - soit par une syphilis profuse néonatale de type secondaire, gravissime
 - soit par une atteinte plus tardive pouvant se révéler dans l'enfance par les stigmates de la syphilis tertiaire.

Interprétation des sérologies tréponémiques

Réaction	Interprétation
TPHA - VDRL -	<ul style="list-style-type: none">• Absence de tréponématose• Syphilis en incubation• Syphilis primaire dans les 5 à 10 premiers jours du chancre
TPHA – VDPL +	Faux positifs
TPHA + VDRL – (ou titre faible d'AC)	<ul style="list-style-type: none">• Syphilis guérie• Séquelle sérologique d'une tréponématose vénérienne• Exceptionnellement, syphilis tardive
TPHA + VDRL +	<ul style="list-style-type: none">• Syphilis précoce ou tardive• Ou tréponématose non vénérienne

2/ Urétrites

- L'urétrite est une inflammation de l'urètre, le plus souvent d'origine infectieuse, sexuellement transmise.
- Elle peut être considérée comme une urgence thérapeutique du fait de sa contagiosité, et de la gravité de ses complications.
- Leur épidémiologie suit celle des autres IST, avec une réémergence en rapport avec un relâchement de la protection individuelle.

2/ Urétrites dg positif

- **Le diagnostic est évoqué sur la clinique:**
 - un **écoulement urétral** purulent, mucopurulent, séreux, voire hémorragique
 - ou par des **symptômes urinaires peu spécifiques** (dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles, prurit canalaire).
- **Il est confirmé par l'examen biologique:**
 - présence d'au moins dix polynucléaires neutrophiles sur le culot de centrifugation du premier jet d'urines
 - ou présence d'au moins cinq polynucléaires neutrophiles sur le frottis urétral.
- **Cette définition cytologique est d'une très grande spécificité et permet d'éliminer les autres pathologies urétrales :**
 - anomalies urologiques, infections urinaires, pathologies mécaniques ou psychiatriques.

2/ Urérites dg étiologique

- Les deux étiologies majeures d'urétrite masculine sont :
le gonocoque (Neisseria gonorrhoeae: NG)
Chlamydia trachomatis: CT
- Auxquels on peut ajouter **Trichomonas vaginalis** et **Mycoplasma genitalium**.
- Pour Chlamydia trachomatis, toute la difficulté réside dans l'existence de nombreux **sujets asymptomatiques** responsables de la dissémination silencieuse de l'infection avec des conséquences parfois graves chez les jeunes femmes : **grossesse extrautérine et stérilité tubaire**.

2/ Urérites dg étiologique

- **Neisseria gonorrhoeae (NG)** : est une bactérie à Gram négatif en forme de diplocoques surtout intracellulaire dans les Polynuléaires.
- La transmission est uniquement sexuelle, L'incubation est courte, de 2 à 5 jours.
- Le gonocoque, qui est très contagieux, provoque chez l'homme des urérites aiguës très bruyantes avec écoulement urétral purulent jaune verdâtre , une dysurie marquée (vulgairement appelée « **chaude-pisse** »).
- Il n'y a pas de fièvre, mais il peut y avoir des adénopathies inguinales.
- Dans moins de 10 % des cas, il n'existe que des signes fonctionnels sans écoulement et, exceptionnellement les patients sont totalement asymptomatiques.
- Le diagnostic repose sur l'examen direct du frottis de l'écoulement urétral et la culture, qui reste l'examen de référence.
- La recherche de NG par PCR sur le premier jet d'urine couplée à celle de CT semble prometteuse, en particulier pour le dépistage des rares cas asymptomatiques.

2/ Urétrites dg étiologique

- **Chlamydia trachomatis (CT)** est une bactérie intracellulaire obligatoire dont les sérotypes D à K sont responsables d'urétrites infectieuses à transmission sexuelle.
- Parmi les patients infectés, 50 % sont symptomatiques, Il existe alors le plus souvent un écoulement transparent modéré et intermittent ou des symptômes urétraux sans écoulement.
- Il existe plus rarement un écoulement purulent
- CT peut être responsable d'une balanite non spécifique localisée à la zone périnéale sous la forme d'un érythème un peu œdémateux .
- Le portage peut être asymptomatique .

2/ Urétrites dg étiologique

- **Chlamydia trachomatis (CT).**
- **Complications:**
 - orchépididymites du sujet jeune
 - le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter
 - la prostatite (exceptionnelle).
 - la possibilité de proctite en cas de rapports anogénitaux.
 - Le portage pharyngé est possible chez les femmes et les homosexuels.
 - Le retentissement sur la fertilité a été décrit par certains auteurs.
- La culture de CT est difficile et coûteuse.
- La PCR est intéressante du fait de sa meilleure sensibilité par rapport à la culture et de sa réalisation simple sur le premier jet d'urine.

2/ Urérites dg étiologique

- **Trichomonas vaginalis**

- C'est un protozoaire flagellé transmis quasi exclusivement par les rapports sexuels.
- Il est responsable d'urérites plutôt subaiguës qu'aiguës, de balanoposthites et, très exceptionnellement, de prostatites .
- Le portage asymptomatique est inférieur à 30 % .
- Le diagnostic repose sur:
 - l'examen à l'état frais entre lame et lamelle de l'écoulement
 - sur les cultures sur milieux spéciaux à partir de prélèvements urétraux et surtout du premier jet d'urine

2/ Urétrites dg étiologique

- **Mycoplasma genitalium (MG)** : est un mycoplasme de découverte récente, micro-organismes procaryotes de la classe des mollicutes, proches des bactéries. Ils se caractérisent par l'absence de leur paroi.
- Il est impliqué dans des urétrites avec écoulement abondant, soit non gonococciques aiguës, soit chroniques ou récidivantes.
- Les porteurs asymptomatiques sont rares.
- de culture longue et difficile, identifiable en pratique uniquement par des techniques de PCR sur le premier jet d'urine ou sur le prélèvement urétral.

2/ Urétrites dg étiologique

Autres pathogènes:

- Ureaplasma urealyticum
- Exceptionnellement: *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus milleri* et *Bacteroides ureolyticus*
- Il existe des urétrites aiguës à **méningocoques** après rapports orogénitaux, surtout chez l'homosexuel
- des urétrites à ***Escherichia coli*** et à **streptocoques B** après rapports anaux.

2/Urétrites dg de certitude

Le bilan minimum indispensable comprend, en cas d'écoulement urétral:

- un examen direct de celui-ci (recherche de diplocoques) avec mise en culture
 - et, dans tous les cas, un premier jet urinaire (comptage des leucocytes et recherche de CT par PCR).
- Tout patient consultant pour une urétrite doit recevoir un traitement antichlamydien.

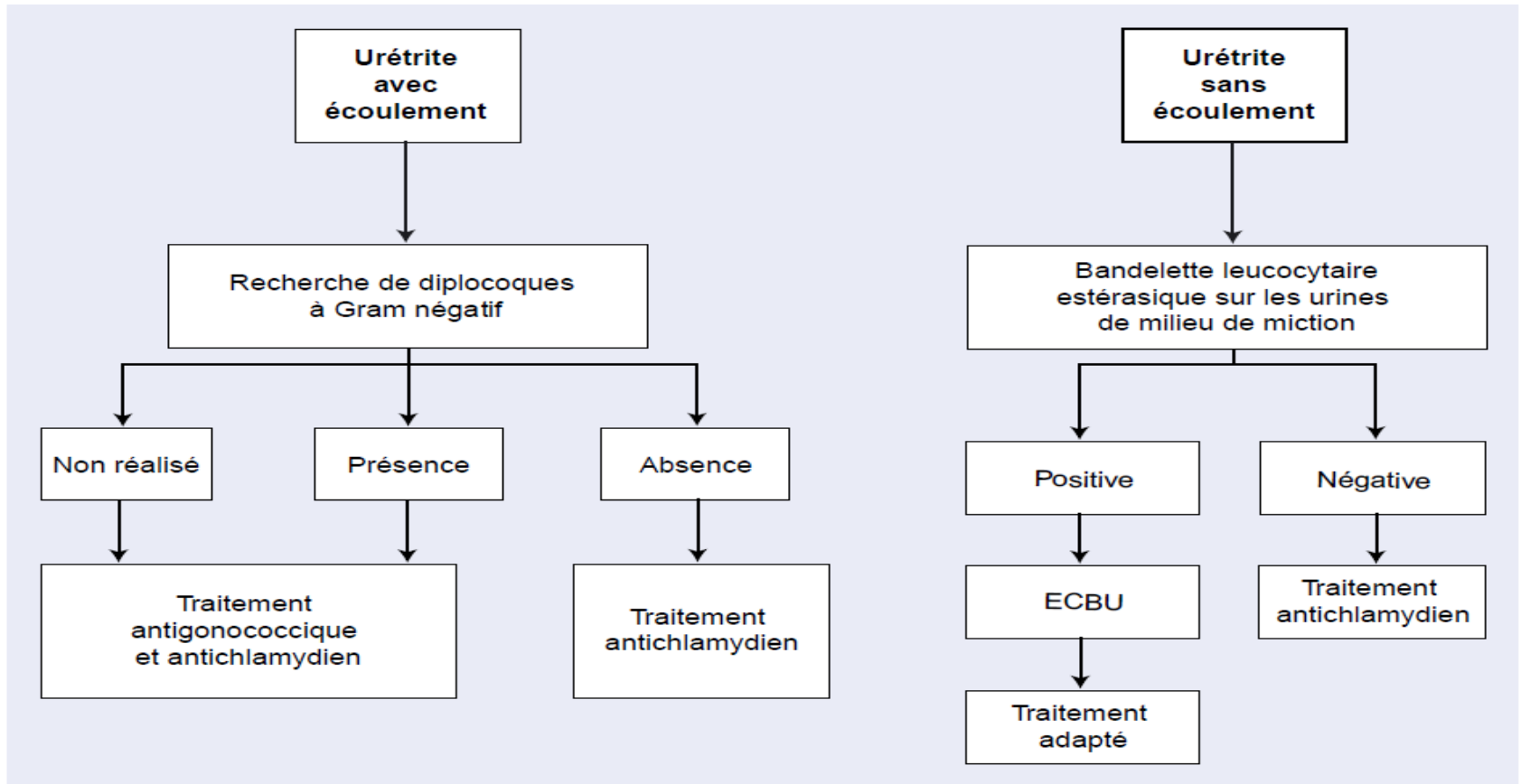


Fig 1: Arbre décisionnel. Conduite à tenir devant une urétrite. ECBU : examen cyto bactériologique des urines.

TRAITEMENT DES URETRITES

Les urétrites gonococquiques:

- Ceftriaxone (Rocéphine®) : 500 mg intramusculaire (IM) dose unique (DU)
- Ou céfixime (Oroken®) : 400 mg per os (p.o.) DU

En cas d'allergie aux bêta-lactamines :

- Ciprofloxacine : 500 mg p.o. DU
- et traitement antichlamydien systématique

Les urétrites à *Chlamydia trachomatis*

En première intention :

- Doxycycline : 100 mg × 2/j p.o pendant 7 jours
- ou azithromycine (Zithromax®) : 1 g p.o DU

En deuxième intention :

- érythromycine : 1 g × 2/j p.o. pendant 7 jours
- ou ofloxacine (Oflocet®) : 300 mg × 2/j p.o. pendant 7 jours

Urétrites à *Trichomonas vaginalis*

- Métronidazole (Flagyl®) 2 g en DU
- de nimorazole (Naxogyn 1000®)
- ou de tinidazole (Fazigyne®).

Les résistances à ce traitement sont exceptionnelles.

Urétrites à *Mycoplasma genitalium*

En première intention

azithromycine : Zithromax® per os 500 mg le premier jour puis 250 mg/j les 4 jours suivants.

En deuxième intention:

les cyclines ne sont prescrites qu'en cas de contre-indication à l'azithromycine pour une durée de 15 jours.