

Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge

Fiche mémo



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Octobre 2015

I. - SYMPTOMATOLOGIE

- Rechercher devant tout signe clinique évocateur d'infection génitale basse :
- chez l'homme : urétrite avec écoulement urétral, dysurie, brûlures mictionnelles ;
 - chez la femme : cervicite avec leucorrhées, dysurie, dyspareunie.

II. - DIAGNOSTIC

Prélèvements bactériologiques pour examen direct et culture. (Prélèvement 1^{er} jet urinaire, écoulement urétral, gorge, cervico-vaginal).

III. - TRAITEMENT

- Le traitement recommandé associe un anti-gonococcique : ceftriaxone 500 mg en une injection IM unique, et un anti-*chlamydiae* : azithromycine 1 g par voie orale en prise unique, ou doxycycline 200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant 7 jours.

IV. - AUTRES MESURES

- Informer les patients des risques de nouvelle contamination, justifiant de prévenir le(s) partenaire(s) récent(s) (2 mois précédents les premiers symptômes). L'examen, le dépistage et le traitement des partenaires récents sont indispensables.
- Sérologies (syphilis, infection à VIH, hépatites) à prescrire en tenant compte des délais de séroconversion. La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée à tout patient non immunisé.
- Préconiser des rapports sexuels protégés (utilisation de préservatifs).

V. -CONSULTATIONS DE SUIVI

- À 3 jours, si les symptômes persistent.
- À 7 jours, consultation systématique de contrôle.

(*) Nous remercions la Haute Autorité de Santé de nous avoir autorisés à reproduire ce texte. Ce document est consultable sur le site www.has-sante.fr rubrique *Évaluation & Recommandation*.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

I. - Symptomatologie

→ Des localisations pharyngées ou ano-rectales peuvent être associées à une urétrite ou une cervicite.

II. - Diagnostic

→ Toute suspicion d'urétrite ou cervicite doit être complétée par un examen microbiologique recherchant la présence de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*.

→ Si la culture est positive à *N. gonorrhoeae*, un antibiogramme est indispensable.

→ Les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sont utiles au diagnostic d'urétrite et cervicite en association avec la culture car leur sensibilité est supérieure à celle de la culture, mais ils ne permettent pas de détecter la résistance aux antibiotiques.

III. - Traitement

→ Les fluoroquinolones ne doivent plus être utilisées en première intention pour le traitement des urétrites et des cervicites à *Neisseria gonorrhoeae*.

→ Le traitement anti-gonococcique recommandé en première intention est la ceftriaxone. Le céfixime, 400 mg en une prise orale unique, doit être utilisé en dernier recours. Ce traitement peut être inactif en cas de souche de *Neisseria gonorrhoeae* ayant une sensibilité diminuée au céfixime.

IV. - Autres mesures

→ Établir un dialogue entre le médecin et le patient sur les pratiques sexuelles et leurs risques, ainsi que sur la manière de les prévenir. Au besoin, orienter le patient vers les associations de lutte contre les infections sexuellement transmissibles pour poursuivre ce dialogue d'information.

→ Préconiser des rapports protégés (utilisation de préservatifs) :

- pendant 7 jours après un traitement en dose unique ou jusqu'à la fin du traitement en plusieurs prises et jusqu'à disparition des symptômes ;
- de façon générale, systématiquement avec tout partenaire occasionnel ou inconnu, quelles que soient les pratiques sexuelles et le type de rapports.

V. - Consultations de suivi

→ À J3 si les symptômes persistent : le patient doit être informé qu'il doit impérativement revenir en consultation si les symptômes persistent au 3^e jour, pour éventuellement adapter le traitement aux résultats de l'antibiogramme.

→ À J7 systématiquement, pour :

- vérifier la guérison clinique :
 - si les signes cliniques sont encore présents, effectuer un contrôle par culture bactérienne (pour *N. gonorrhoeae*),
- donner les résultats des sérologies ou les prescrire selon les délais de séroconversion.

→ À J21 si les symptômes persistent et si la culture à J7 est négative : effectuer un contrôle par TAAN (pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*).

En cas d'échec thérapeutique, évoquer la possibilité d'une infection par *Mycoplasma genitalium* ou à un autre agent infectieux (par exemple : *Trichomonas vaginalis*).