

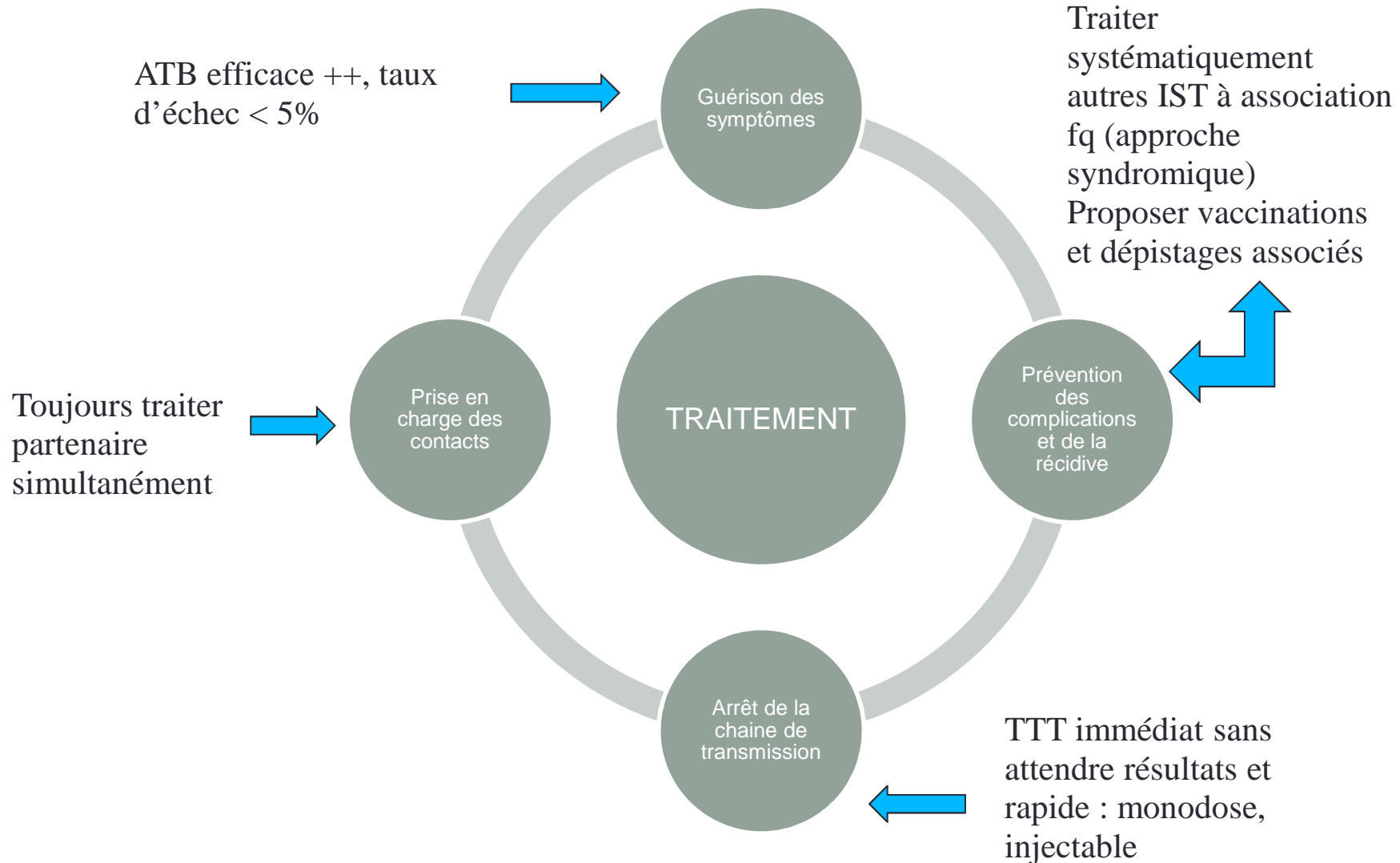


# LES URETRITES

---

Dr N Spenatto  
CDAG CIDDIST  
Hôpital La Grave  
CHU Toulouse

# Principes généraux en IST



# URETRITE DEFINITION

Inflammation de l'urètre le + souvent provoquée par un agent infectieux sexuellement transmis

- avec écoulement +/- purulent
- sans écoulement (SF purs)

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

- > 5 PNN sur frottis urétral, au grossissement 100
- > 10 PNN à l'examen du 1er jet d'urines centrifugées au grossissement 400

# ATTENTION

- Inflammation de l'urètre
  - FR 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

# SYMPTOMES

- **Symptomatologie inconstante et variable** en fonction du degré d'inflammation et du germe en cause
- Ecoulement mucopurulent, ou débris purulent, dysurie, gêne ou prurit intra-canalair
- **Formes asymptomatiques fréquentes +++**
- Problématiques différentes selon l'agent responsable

# GERMES

- Les deux principaux agents des urétrites aiguës sont :
  - Neisseria gonorrhoeæ (NG)
  - Chlamydia trachomatis (CT) serovars D à K
- Plus rarement
  - Mycoplasma genitalium (MG)
  - Trichomonas vaginalis (TV)
  - \_ Autres

# GERMES

Prevalence of the most common pathogens detected from patients with NGU (IUSTI)

- *C. trachomatis* 11-43%
- *M. genitalium* 9-25%
- *T. vaginalis* 1- 20%
- Adenoviruses 2-4%
- Herpes simplex virus 2-3%
- Others: *Ureaplasmas* *N. meningitidis*, *Haemophilus* sp., *Moraxella catarrhalis* ,
- *Streptococcus*. *Candida* sp, urinary tract infection,
- Urethral stricture and foreign bodies association between NGU and bacterial vaginosis....

- **La Théorie** : approche microbiologique selon agent causal : caractéristiques microbiologiques, cliniques et thérapeutiques propres à chaque responsable (NG,CT,MG,TV).
- **La Vraie Vie** : Approche syndromique, attitude pragmatique : du symptôme au diagnostic puis au traitement et à la prévention des récives et de la transmission du germe.



GONO

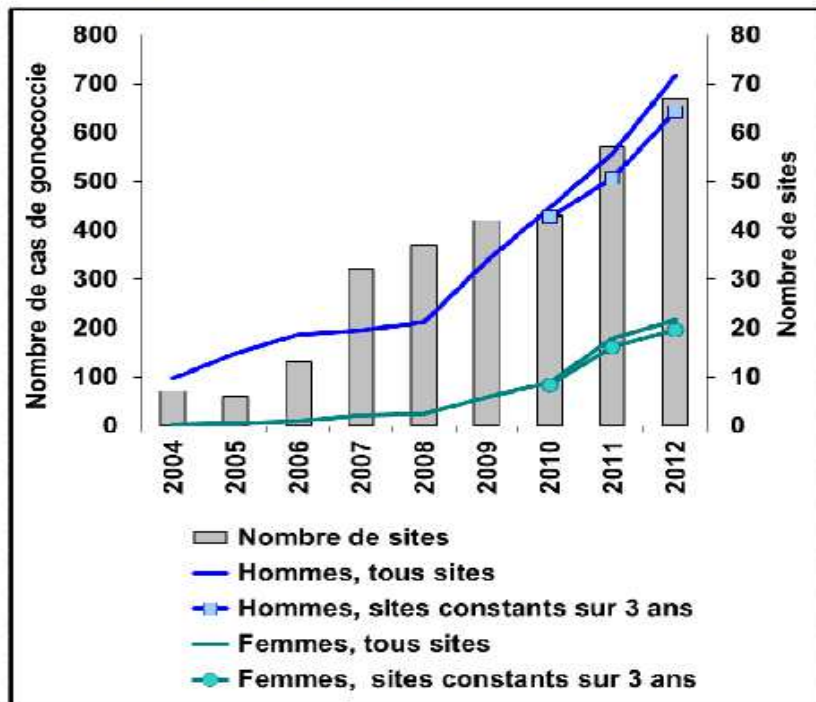
---

# Urétrite à *Neisseria gonorrhoeae*

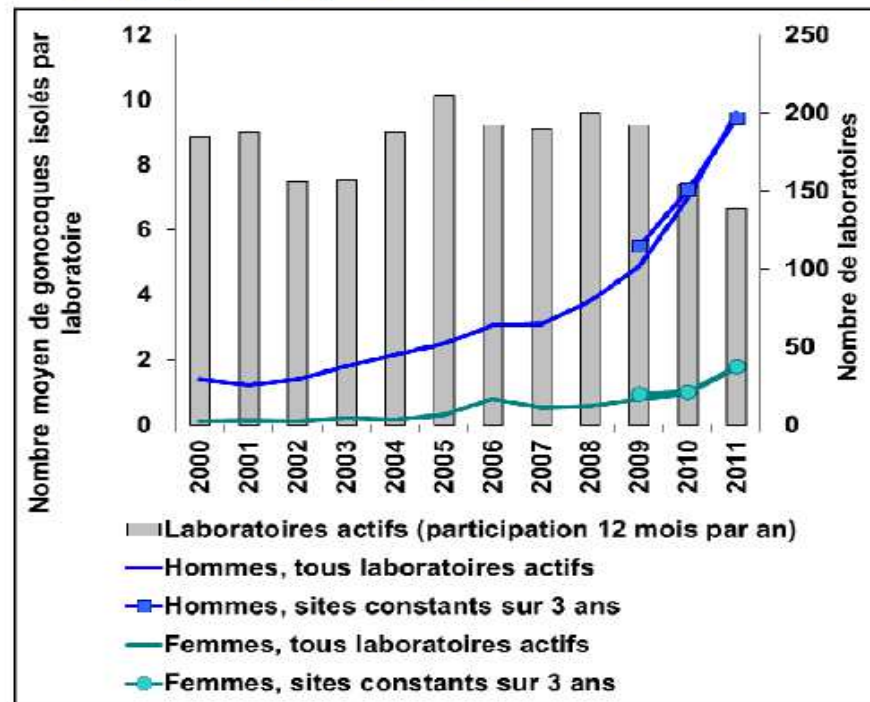
- *Neisseria gonorrhoeae* : diplocoque Gram négatif intracellulaire présent au sein des PNN
- Pathogène strictement humain
- Transmissible par contact direct, essentiellement lors des RS, aussi bien génito-génitaux, que oro-génitaux et génito-anaux
- Risque contamination après un rapport infectant : 20 % à 90% selon les études

# Gonococcies : augmentation chez H et F

RésIST, France, 2004-2012



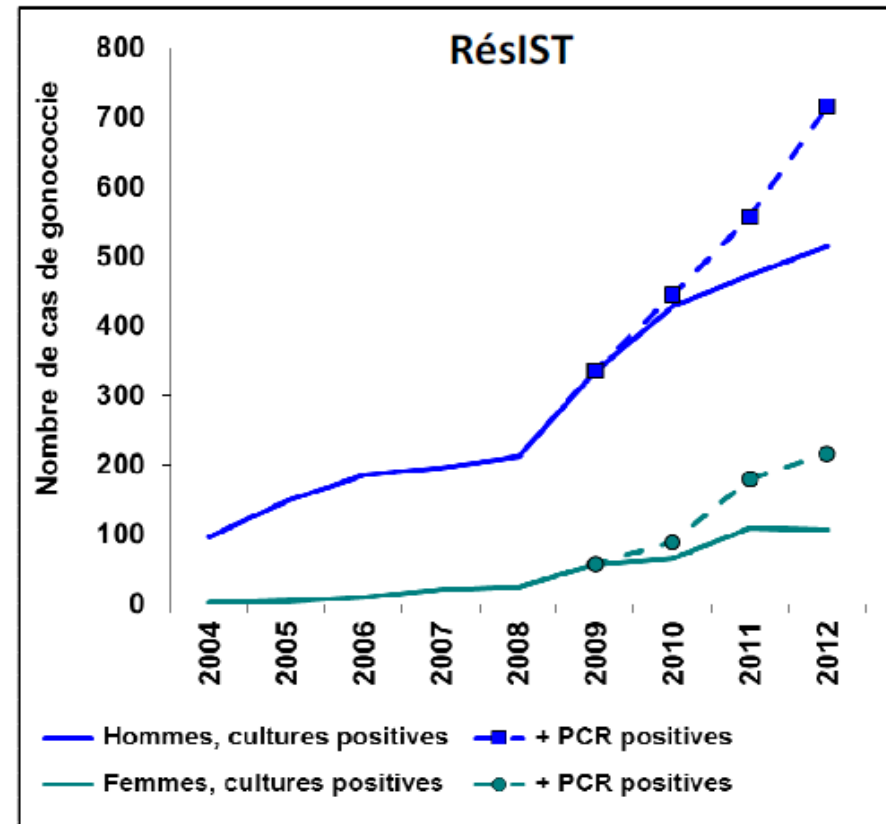
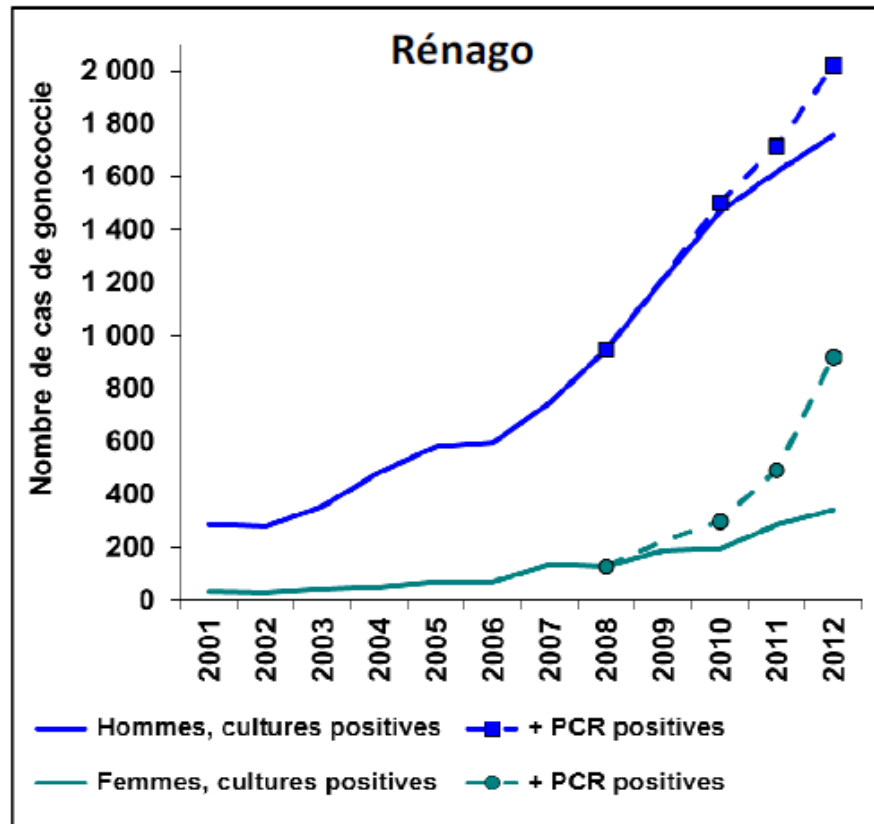
Rénago, France, 2000-2011



- Augmentation chez H et F
- Ciddist et CDAG : 98% des cas en 2012

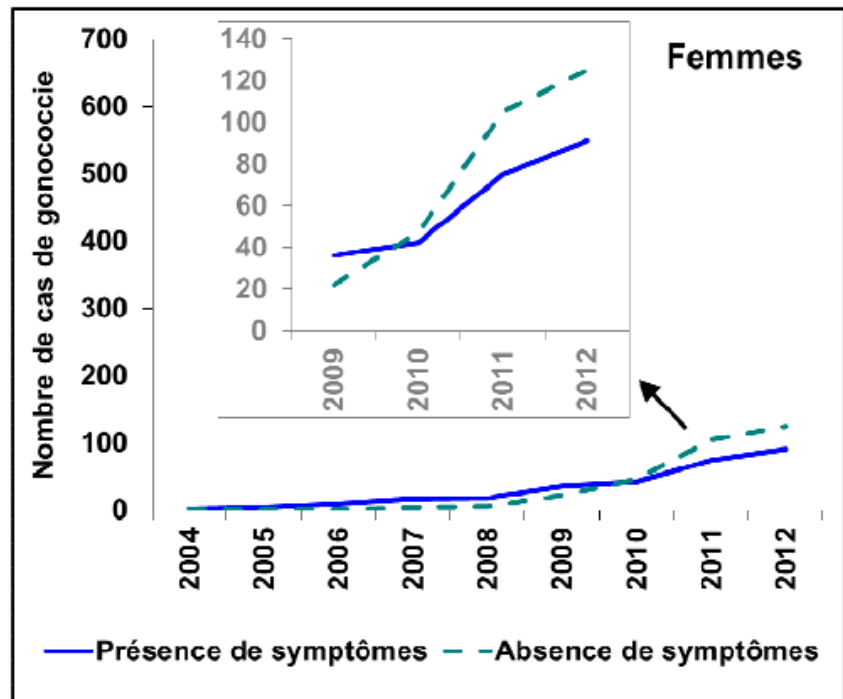
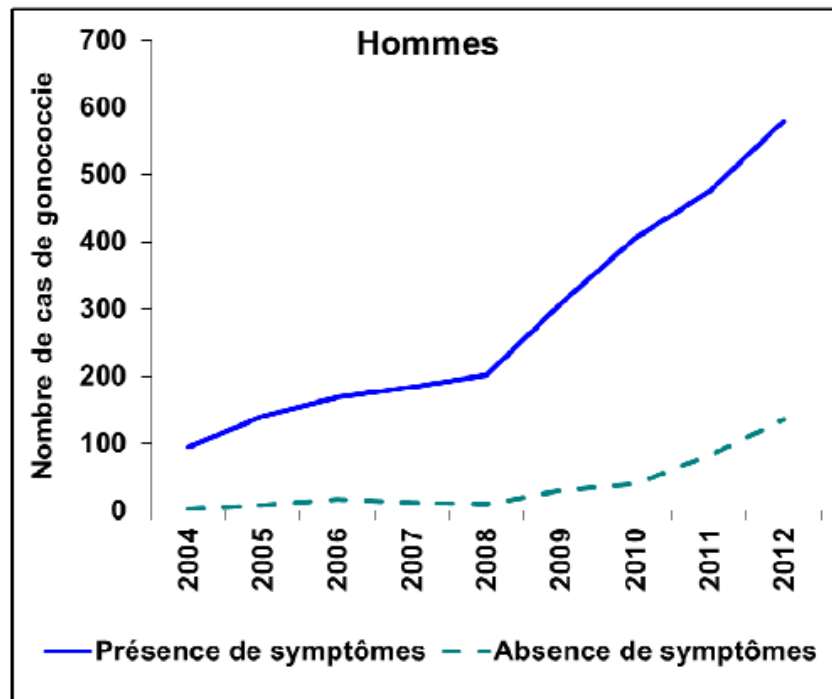
- Nb moyen de gono/labore augmente chez hommes et femmes
- Médecins de ville : 62% des cas (2000-2012)

# Gonococcies : culture et PCR, Rénago et RésIST, France, 2001-2012

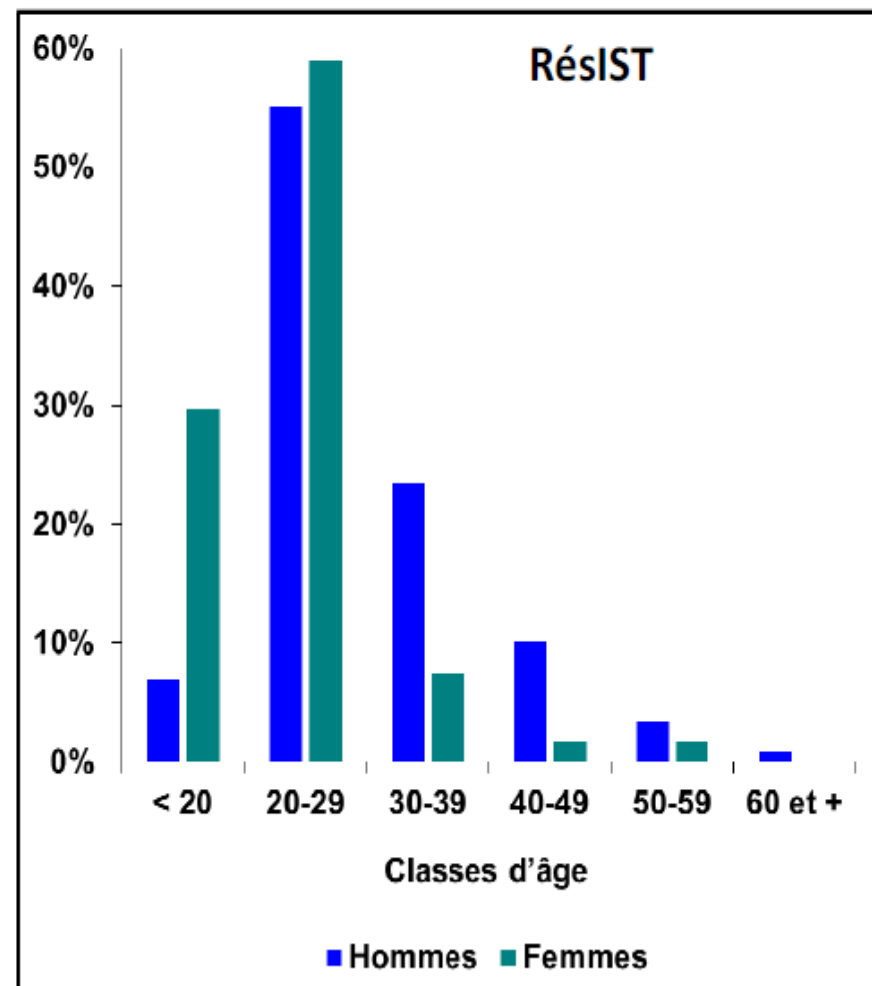
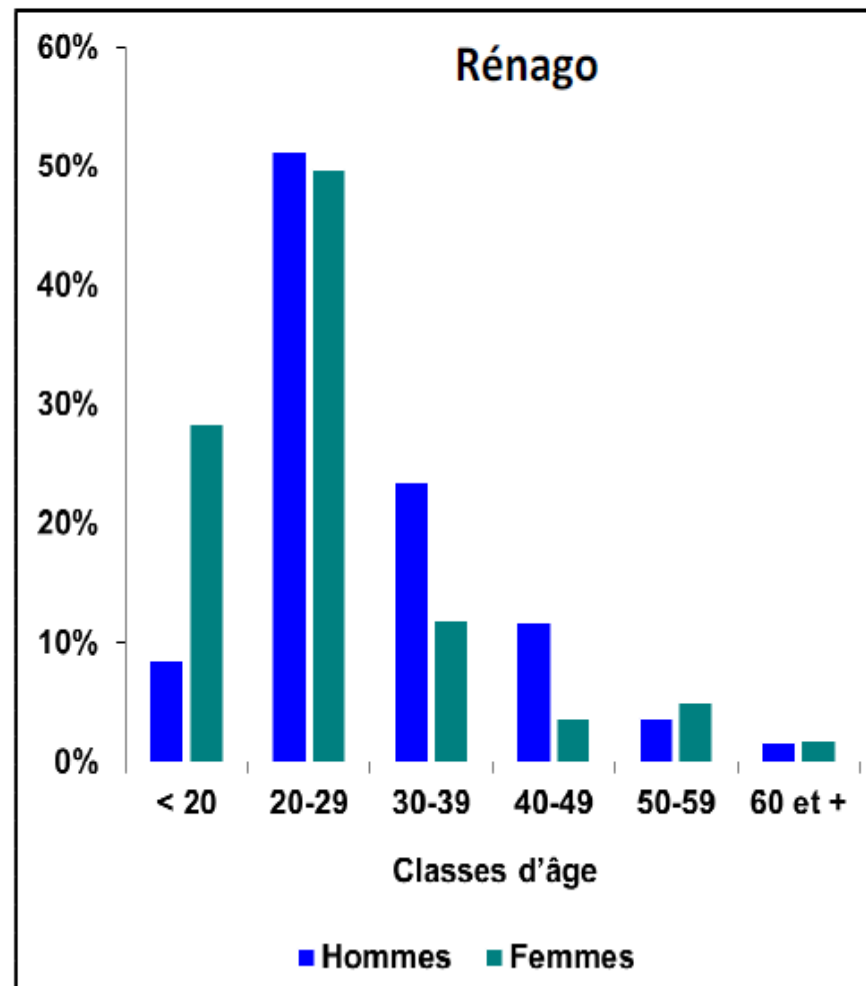


- Augmentation en partie en raison de la montée en charge de la PCR depuis 2009
- Dépistage combiné gono + chlamydia notamment chez la femme

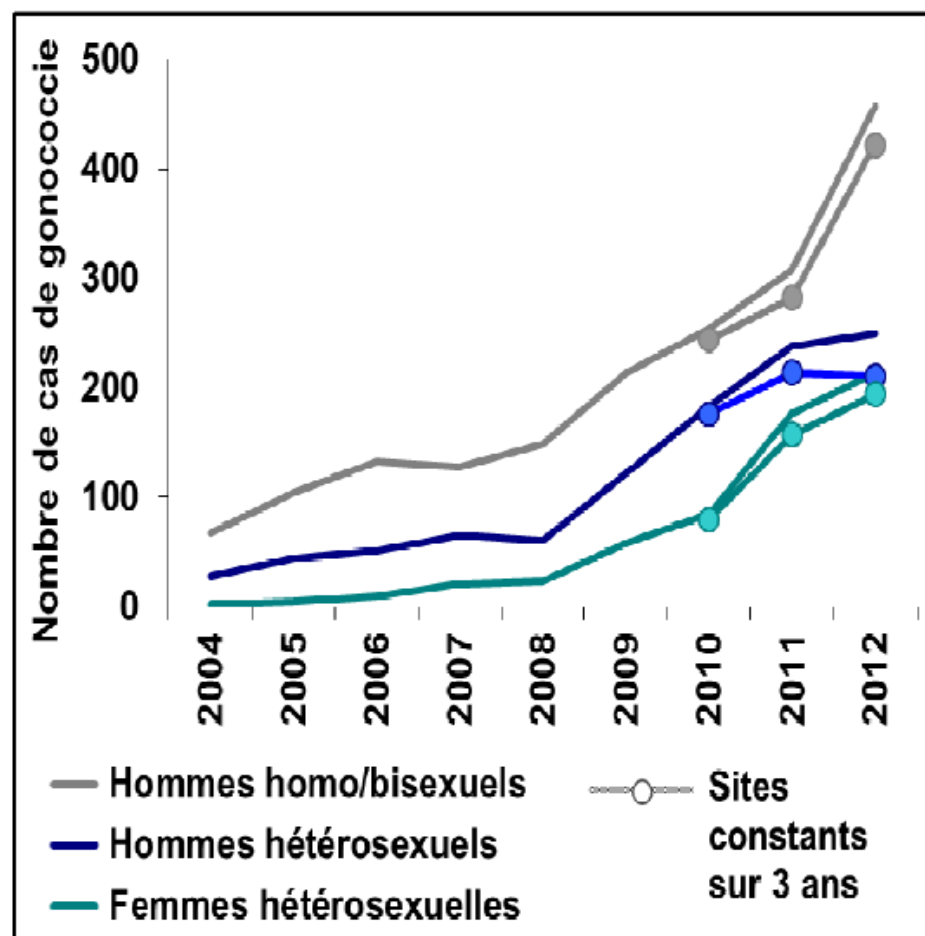
## Gonococcies : selon la présence de symptômes et le sexe, réseau RéSI-ST, France, 2000-2012



## Gonococcies : par classes d'âge, réseaux Rénago et RésIST, France, 2012

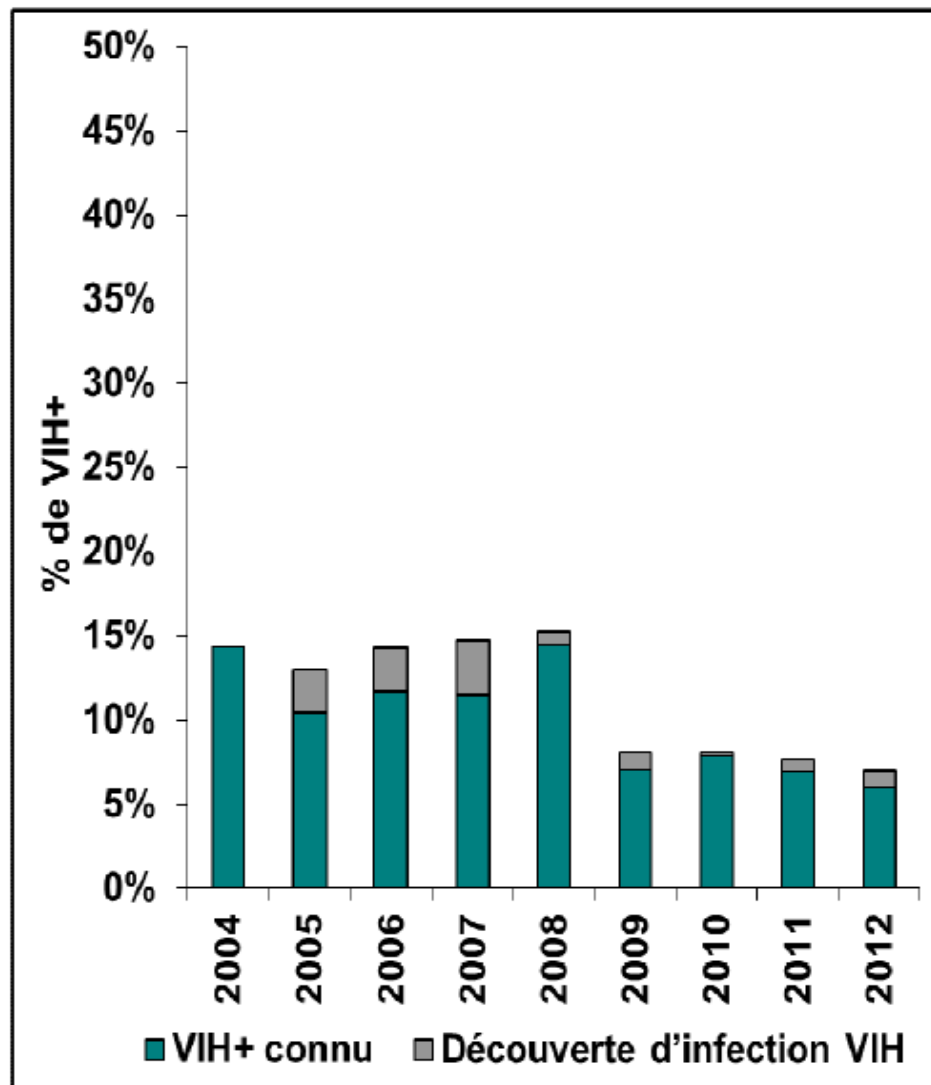


## Gonococcies : augmentation quelle que soit l'orientation sexuelle, RésIST, France, 2004-2012



- **En 2012,**
  - ✓ Hommes homo/bi : 50%
  - ✓ Hommes hétéros : 27%
  - ✓ Femmes hétéros : 23%
- **La proportion d'hétéros augmente :**
  - ✓ 35% avant 2009
  - ✓ 53% entre 2010 et 2012

## Gonococcies : co-infections par le VIH, RésIST, France, 2004-2012



- **En diminution :**
  - ✓ 14% en 2004-2008
  - ✓ 8% depuis 2009
- **Selon orientation sexuelle, en 2012**
  - ✓ Hommes homo/bi : 15%
  - ✓ Hommes hétéros : 0%
  - ✓ Femmes hétéros : 0%



# Urétrite à *Neisseria gonorrhoeae*

## Manifestations cliniques : homme

Incubation courte en général 2 à 5 j (contagieuse)

L'urétrite antérieure aiguë est la forme typique

Symptomatologie bruyante

Écoulement urétral (90% des cas) le + souvent muco-purulent, jaune verdâtre, tachant le slip, associé à dysurie marquée (« chaude-pisse »), une méatite oedémateuse

Plus rarement (ou débutant) , écoulement clair ou gêne urétrale isolée

Portage asymptomatique + rare (mais avec PCR ...)

Balanite gonococcique exceptionnelle (h non circoncis)

# Gonococcies féminines

**Plus souvent asymptomatique (>50% des cas)**

**Leucorrhées** : abondance variable, rarement purulentes, voire absentes

**Saignements aux rapports**

**Symptomatologie urétrale** pfs isolée (brûlures M, dysurie..).

**Spéculum** : **Le plus souvent cervicite** (col oedémateux, hémorragique friable +/-écoulement mucopurulent à l'endocol .....mais **parfois col normal**)

Rechercher bartholinite, skénite et **surtout signes d'annexite**

# AUTRES SITES

- **Anorectite ?**

A rechercher systématiquement si HSH

10 à 20% d'atteintes anorectales en cas d'atteinte génitale (F et HSH)

- **De la forme bruyante fébrile aiguë purulente hémorragique à la forme asymptomatique**

Peut se traduire par

- prurit anal,
- écoulement rectal purulent,
- diarrhée
- saignements anorectaux
- syndrome rectal (ténesme, épreintes, diarrhée mucopurulente)

- **Oropharyngite ?**

Pratiquement toujours asymptomatique

Prélèvement pharyngé systématique chez tout patient présentant une urétrite ...

Pb : mauvaise diffusion des AB (ex : C3G orales et spectinomycine)

Cause

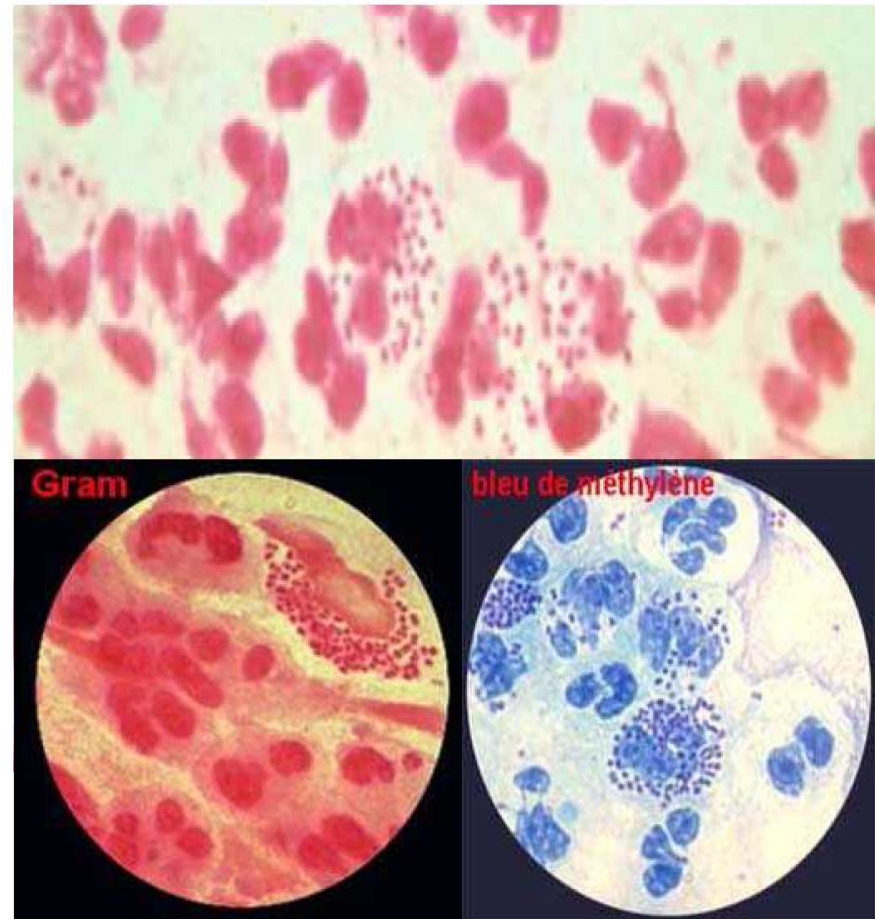
- de portage persistant après traitement,
- persistance la chaîne de contamination.

# COMPLICATIONS

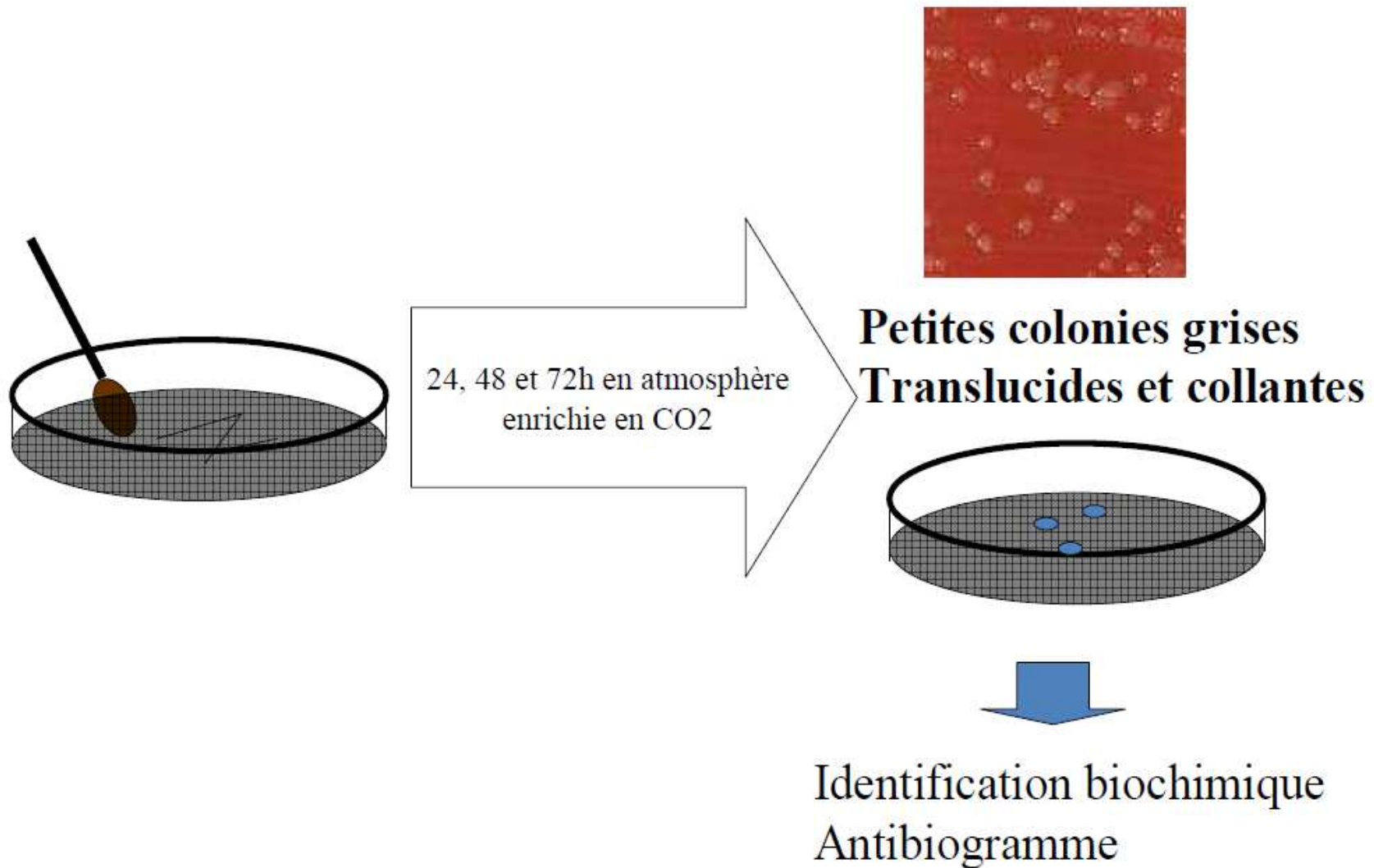
- **Orchi-épididymite**
  - grosse bourse douloureuse inflammatoire, unilatérale
  - augmentation volume épiddidyme sensible à la palpation.
  - contexte volontiers fébrile
  - R : obstruction épiddidymaire, azoospermie uni- voire bilatérale et stérilité 2aire
- **Prostatite**
  - dysurie majeure, fièvre élevée, frissons, douleurs périnéales.
  - TR : prostate ramollie très douloureuse
- **Conjonctivite purulente**, risque de cécité, manuportage à partir d'un foyer génital
- **Septicémie subaiguë**
  - Fièvre variable, Arthralgies et Ténosynovites
  - S Cutanés :pustules sur halo érythémateux prédominant aux extrémités et en regard des articulations, peu nombreuses et volontiers transitoires.
- **Oligo- ou polyarthrites (70%)** asymétriques  
volontiers les poignets, les genoux et les chevilles
  - L'épanchement articulaire modéré contraste svt/ l'intensité des signes inflammatoires locaux.
- **Autres atteintes viscérales** possibles :
  - Spléniques, hépatiques, myocardiques,

# DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

- Examen bactériologique de l'écoulement urétral
- Prélèvements pharyngé et anal systématiques réalisés chez la F et chez l'HSH
- Examen direct (coloration de Gram ou bleu de méthylène) sensibilité et spécificité > 95% dans l'urétrite masculine symptomatique : DING intra (+/- extra cellulaires)
- Sensibilité plus faible sur prélèvements pharyngés, ano-rectaux et cervico-vaginaux



# Recherche de gonocoque en culture



# GONO TRAITEMENT

- **Suivre les recommandations !**

Enquête auprès des MG France

- 20% des praticiens prescrivent selon les recommandations
- 40% jamais selon les recommandations

- **Idéal :**

- tt fourni par le clinicien
- au moment de la suspicion clinique
- 1ère dose administrée sur le lieu de consultation
- avant l'obtention des résultats pour améliorer l'observance et à éviter un retard de traitement, source de maintien de la chaîne de transmission du germe

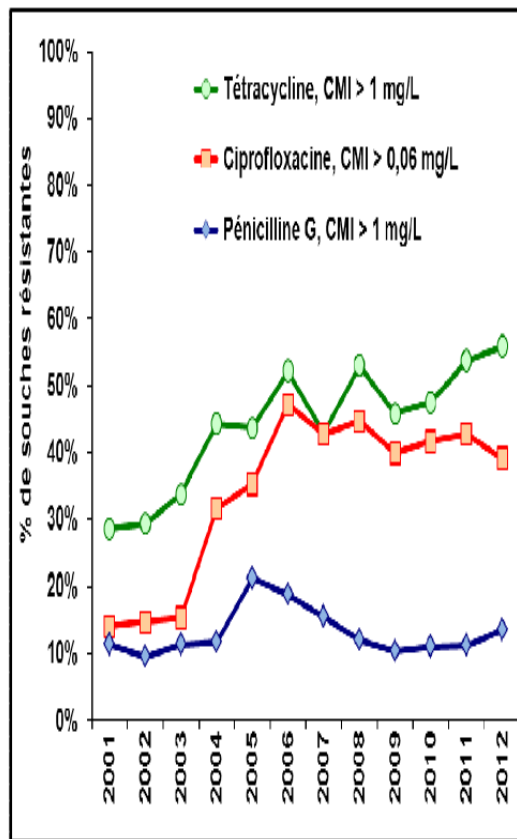
- Indications indépendantes du statut VIH.

- AB anti-CT systématiquement administré devant toute gonococcie : (15% des infections à NG sont associées à une infection à C. trachomatis)

- Les relations sexuelles doivent être évitées pendant au moins 7 j, et jusqu'à ce que le traitement soit terminé et les partenaires traités



## Gonocoques : résistance à pénicilline, tétracycline et ciprofloxacine,

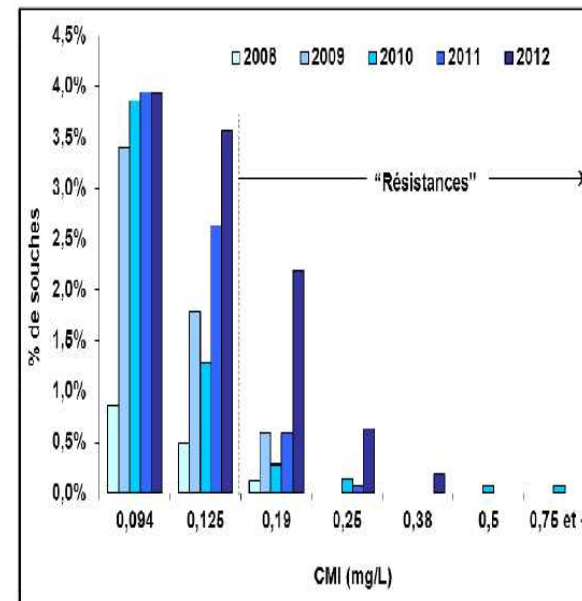


### 2012

- Pénicilline (CMI > 1 mg/L) : 14%
- Tétracycline (CMI > 1 mg/L) : 56%
- Ciprofloxacine (CMI ≥ 1 mg/L) : 39%

Rénaço, France, 2001-2012

## Gonocoque : augmentation des valeurs hautes des CMI du céfixime

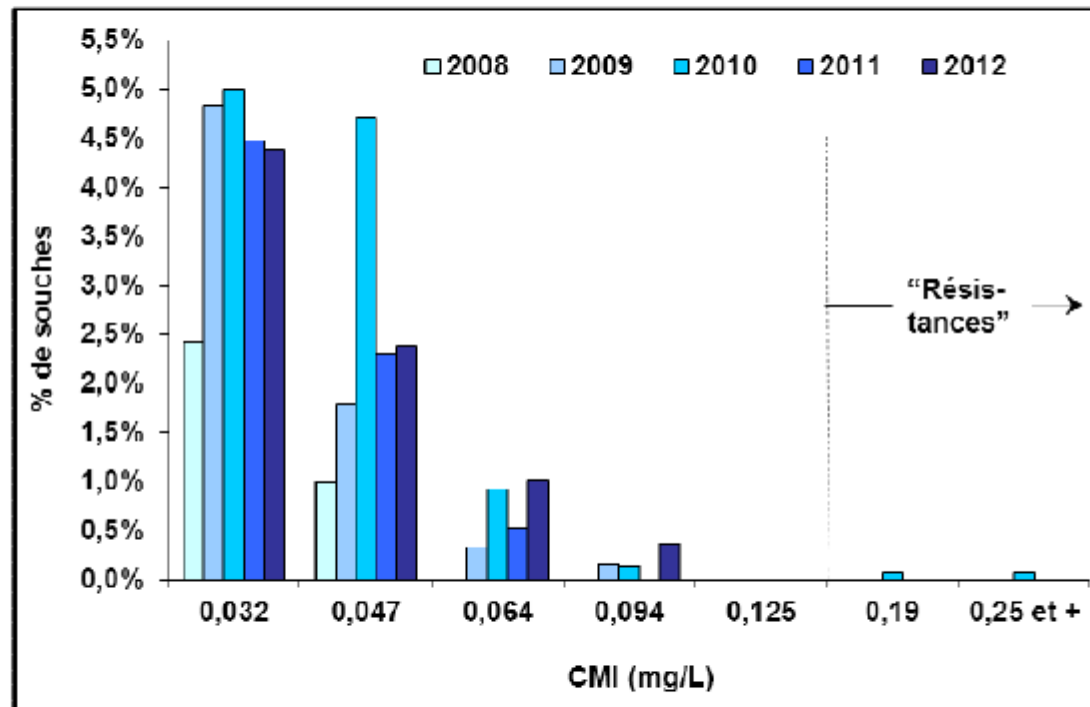


- Augmentation du % de souches "résistantes" au céfixime (CMI > 0,125 mg/L) : 0,7% en 2011 et 3,0% en 2012

2008-2012, Rénaço



## Gonocoque : reste sensible à la ceftriaxone



- "Résistance" (CMI > 0,125 mg/L) : 2 cas en 2010 (0 en 2011-2012)
- La tendance à la hausse des CMI constatée entre 2008 et 2010 ne s'est pas poursuivie en 2011-2012

Rénago, 2008-2012

## Traitement des urétrites aiguës.

### *Neisseria gonorrhœæ*

- **Urétrite (ou cervicite)** : ceftriaxone 500 mg IM DU ou spectinomycine 2 gr IM DU ou ciprofloxacine\* 500 mg PO DU
- **Anorectite ou Pharyngite** : ceftriaxone 500 mg IM DU ou (en seconde intention) ciprofloxacine\* 500 mg PO DU
- **Toujours associer un traitement anti-Chlamydia** : Azithro 1 g ou Doxy 100mx2X7j
- \*si bactériologie classique (ABgramme)

# Urétrite à *Neisseria gonorrhœæ*

## Surveillance

- Un contrôle *clinique systématique* à J7 : **tolérance** et de l'**efficacité** du traitement ?
- Pour
  - Adapter le **TT** au germe identifié et à l'antibiogramme
  - **Communiquer les résultats** au patient
  - Insister sur le **dépistage des partenaires et les mesures de préventions** des IST.
- **Contrôle bactériologique ?**
  - en cas d'infection pharyngé non traitée par ceftriaxone
  - ou, dans les autres localisations, en cas de signe clinique.

PEC partenaire : idem atteint

# CHLAMYDIA

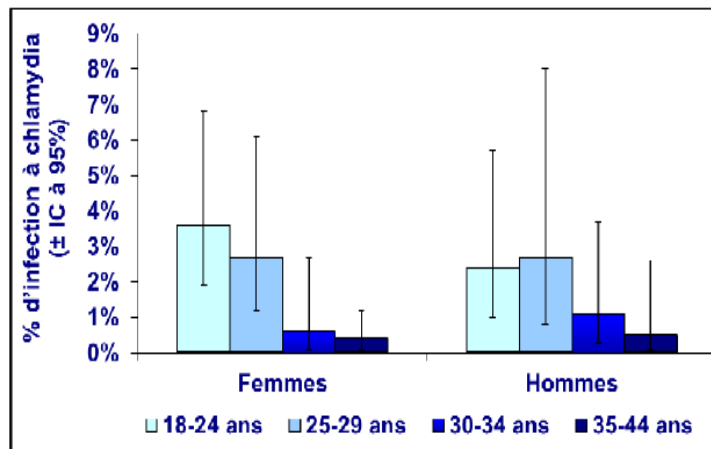
---

# URETRITE A CHMAYDIA TRACHOMATIS

- Chlamydia trachomatis est un bacille Gram négatif, intracellulaire obligatoire
- Les sérotypes D à K sont responsables d'infections urogénitales
- Les sérotypes L1, L2 et L3 sont responsables des LGV
- **Problèmes majeurs**
  - **Réponse immune** → **protection de courte durée**
  - **Notion de persistance** : → **dommages tissulaires**
  - OPH trachome cécité , génitale - stérilité, LGV dégts lymphatiques
  - **Fréquence élevée du portage asymptomatique** = FF la diffusion dans la population générale et le risque F de complications à terme sur le ht appareil génital, (les stérilités tubaires, AIP, GEU)

# EPIDEMIOLOGIE

Enquête de prévalence des infections uro-génitales à *C. trachomatis*, Natchla, France, 2006

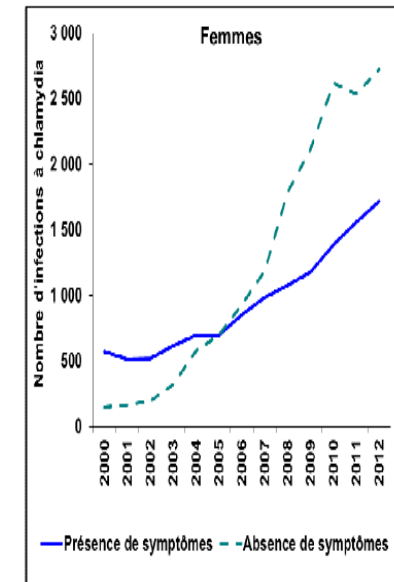
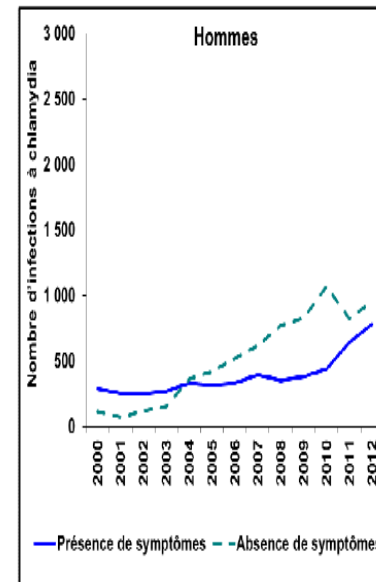


- Etude couplée à l'enquête « Contexte de la sexualité en France » sur un sous-échantillon de 2 580 personnes de 18-44 ans; Auto-prélèvement à domicile (vaginal, hommes: urines)

## • Prévalence

- Femmes : 1,6% (18-29 ans : 3,2%)
- Hommes : 1,4% (18-29 ans : 2,5%)

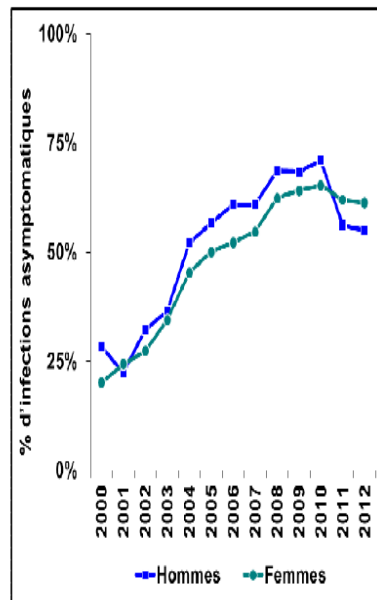
Chlamydioses : augmentation chez hommes et femmes, Rénachla, 2000-2012



- L'augmentation est plus marquée chez les sujets asymptomatiques que chez les patients symptomatiques, pour les 2 sexes
- CDAG/Ciddist/CPEF : 57% en 2012

# EPIDEMIOLOGIE

## Augmentation de la proportion d'asymptomatique



- 2000-2001  $\approx$  25%

- 2012  $\approx$  60%

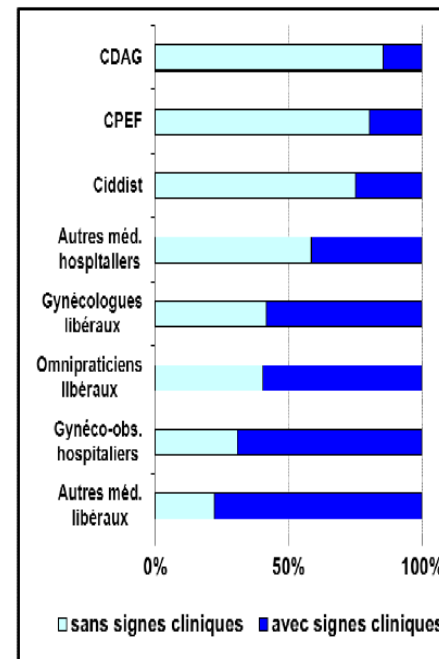
1) vraie progression

+

2) accroissement des pratiques de dépistage

Rénachla, 2000-2012

## Chlamydioses : % d'asymptomatiques selon lieu de consultation,



% de personnes asymptomatiques

• CDAG, Ciddist, CPEF : 82%

... tests de dépistage

• Généralistes, gynécologues

privés et publics : 37%

... tests à visée diagnostique

Rénachla, 2012

# URETRITE A CT

- **Transmission sexuelle :**
  - contact direct
  - génito –génital, -oral, - anal.
- **Incubation variable :**
  - qq jours à qq mois,
  - moyenne 10-15j
- **Plus svt asymptomatique.**
  - 70% des femmes , 50% des hommes
  - Portage *C. trachomatis* fréquent : 10 % dans les pop à risque (adolescents et adultes jeunes, consultants CDAG CIDDIST).
- **F symptomatiques rare**
- **• Urérite (80% des formes symptptomatiques):**
- **Ecoulement :**
  - - de 50% des cas
  - **plus souvent** modéré translucide, goutte du matin
  - **pfs symptômes urétraux ss écoulement**
  - **rarement urérite aiguë (15% ):** écoulement purulent, brûlures mictionnelles, hémorragies



# COMPLICATIONS

- Orchi -épididymite aigue
    - la + fréquente
    - CT 50% des orchi-épididymites aiguës avt 40 ans
  - Prostatite ?
    - Discuté
    - Sérologie ?
  - Localisations extra-génitales
    - Kérato-conjonctivites
    - Arthrites
    - Portage pharyngé avec ou sans pharyngite possible
  - Rectites à chlamydia (non L nonLGV)
- Syndrome de FLR :
    - CT = 1 des causes
    - arthrites réactionnelles, après urétrite, chez un H (50/1) jeune associant :
      - conjonctivite bilatérale
      - signes articulaires (polyarthrite asymétrique aiguë ou subaiguë , grosses, articulations des mbs inférieurs, atteinte axiale, talalgies et des tendinites
    - signes cutanéomuqueux (balanite circinée, lésions psoriasiformes)
- HLAB27

# DIAGNOSTIC

- Seules les méthodes d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sont adaptées au diagnostic biologique des infections à *Chlamydia trachomatis*
- **Modification de la nomenclature (JO du 5 octobre 2011) TAAN à B85 =  $0.85 \times 0.27\text{€} = 22.95\text{€}$**
- Plus de cultures car :
  - plus sensibles, plus acceptables (plvts non invasifs)
  - automatisées, duplex avec gono et parfois triplex ( MG)
- **Détection des acides nucléiques**
  - **H ayant une urétrite**
    - PCR 1er jet U** (au - 2 h après dernière miction et sur un volume mini de 10 à 20 ml)
      - ou prél uretral**
  - **H asymptomatique PCR 1er jet U**
- **Diagnostic indirect** (sérologies fixation C, IFI ou Elisa)
  - **Aucun intérêt dans le Dg des infections urogénitales basses à CT**
  - Titre Ac plus élevé en cas d'infection profonde.
  - peu spé, peu S et croise avec *C. pneumoniae*). Ne distinguent pas f actives de f anciennes guéries

# CT TRAITEMENT

- Patient asymptomatique: le traitement antigonocoque n'est pas systématique.
- Azithromycine 1g orale monodose
  - - Avantage de la monoprise
  - Inconvénient /doxycycline : coût.
- Doxy 100mg x2 voie orale x7 j
- Autres TT efficaces (2ème intention)
  - Erythromycine 500 mg x 4 x 7 jours
  - Ofloxacin 300 mg x 2 x7jours : aussi efficace que azithromycine ou doxycycline, mais coût et absence de dose unique
- Le dépistage par PCR du premier jet d'urines est essentiel chez tous les partenaires, y compris asymptomatiques
- **Pas de contrôle de guérison**  
Nouveau dépistage de CT 3 à 6 mois après le TT recommandé (R recontamination) chez jeunes F
- **Abstinence sexuelle** jusqu'à J7

# CT DEPISTAGE

- Femmes de moins de 25 ans
- Hommes de moins de 30 ans
- Santé publique
- 1<sup>er</sup> jet urinaire ou auto-prel vaginal

## CT partenaire :

Tous des 6 derniers mois  
Azithro syst

## MSM (UK)

- Screening MSMs using NAATs : 3,076 MSM attending an STD clinic,
- *C. trachomatis* infection :
  - 8.2% in the rectum
  - 5.4% in the urethra.
- The majority (69%) of the men with *C. trachomatis* asymptomatic,
- stressing the **need for screening**

# TRICHOMONOSE

---

# TRICHOMONAS VAGINALIS

- Protozoaire flagellé mobile extra cellulaire anaérobie microaérophile.
- 1ère IST dans le monde (OMS 1999 : 173 millions de cas / an !!)
- Incidence en nette baisse en occident, peu recherché et bcp de méthodes peu sensibles.
- Taux de transmission au cours des rapports très élevé (80%) surtout de la F à l'H.
- Transmission non sexuelle rare mais possible
- Peut être responsable d'urétrites (peu) symptomatiques et de balano-posthites.
- Présence de *T. vaginalis* dans 17 p. 100 des cas d'UNGNC
- Des portages asymptomatiques pendant de nombreux mois ont été rapportés
- **Infection asymptomatique dans 90% des cas chez l'homme**

# DIAGNOSTIC

- **Ex direct état frais**  
sensibilité 60-80%  
goutte matinale ou p  
urétral ou 1er jet U.
- **Culture = technique de réf**
  - ais délai 3-7j
  - et contraignante (milieux spécifiques Diamond ou Roiron)
- **PCR**
  - possible pas en routine  
mais plus sensible/cultures



# TRAITEMENT TV

- Metronidazole (Flagyl\*) oral : 2g monodose  
ou
- Nimorazole (Naxogyn\*) oral : 2g monodose  
ou
- Metronidazole 500mg x2 x7j
  
- Effet antabuse
  
- Echechs rares :
  - nouvelle cure de 7j
  - ou Tinidazole (Fazigyne\*) 2g/j x2j



# MYCOPLASMES

---

# MYCOPLASMES

- Plus petites bactéries capables de multiplication autonome, matériel génétique limité, dépendantes de l'apport en nutriments de l'hôte.
- Pas de paroi (R aux beta lactamines...)
- **Capacité d'adhérence aux cellules épithéliales** (MG: Adhésine) et tropisme particulier pour les muqueuses.
- **Présentes à l'état commensal chez l'homme** (voies génitales et l'oropharynx), en fonction de l'âge, de l'état hormonal, de l'origine ethnique, du niveau socio éco et de l'activité sexuelle)
- **Colonisation + fréquente chez la Femme**
  - Ureaplasma Urealyticum 40-60%,
  - Mycoplasma Hominis 5-10%,
  - Mycoplasma Genitalium 2%

Commensales ou pathogènes ?

Certains ont un pouvoir pathogène confirmé chez l'immunocompétent

- M. genitalium
  - H: U aiguës et U chroniques
  - F: cervicite, endométrites, salpingites
- M. hominis
  - vaginoses, endometrite salpingites
  - pas d'urétrite
- Ureaplasma spp (U. urealyticum et U. parvum). :
  - vaginoses
  - U aiguë, U chroniques accidentelle
- Mais Ureaplasma spp et M. hominis appartiennent à la flore commensale des voies génitales basses et leur rôle pathogène est controversé.

# MYCOPLASMA GENITALIUM

- Bactérie intracellulaire
  - Croissance très (très...) lente, culture (et antibiogramme) difficile, non réalisable en routine
  - MG : 20 à 25% des urétrites masculines aiguës Non G Non CT dans les pays développés
  - MG impliqué dans des urétrites récidivantes ou dans les urétrites chroniques
  - Portage asymptomatique chez 2 à 5% des sujets immunocompétents
- Chez l'homme :
    - M. genitalium : urétrites associées à un écoulement purulent dans plus de 60% des cas : urétrites aiguës et f persistantes ou récidivantes après traitement d'urétrite aiguë.
    - Association UNGNC et infection à M genitalium chez H (OR : 7.6 (IC 5.5-10.5)
- (29 études de 1993 à 2010 . Effectifs très variables. Jensen 2012 SFD)

# Mycoplasmes : DIAGNOSTIC

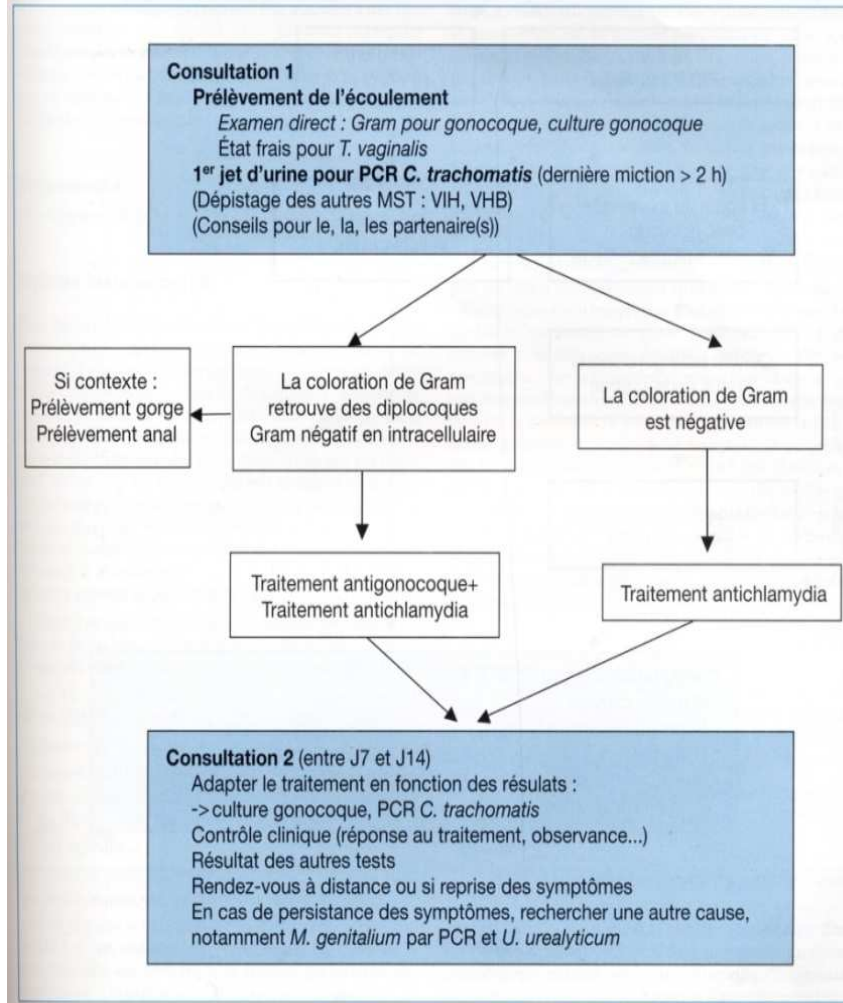
- Culture (quasi) impossible (>3 mois (Jensen) PCR = seule méthode utilisable.
- Nombreux labo ne disposent pas de la technique . PCR Triplex ou Multiplex dispo
- **H : 1er jet U. Sensibilité et spécificité au - aussi bonnes que sur PU**
- **Recherche MG limitée : urétrites ne répondant pas à 1er AB active sur NG et CT et fromes chroniques ou récidivantes**
- En pratique *Ureaplasma spp* et *M. hominis* = culture. Milieu liquide.
- Croissance rapide pour *U. urealyticum* et *M. hominis* : 2 à 5 jours.
- Distinguer infection/ colonisation : critères quantitatifs variables selon site confrontée à la clinique, en général  $10^4$
- ***M. genitalium*, TT recommandé**
  - Azithromycine en raison des échecs cliniques avec les cyclines.
  - schéma : 500 mg J1, puis 250 mg par jour les 4 jours suivants
  - 2e intention : josamycine 1 g x 2 fois par jour pendant 14 jours.
- ***Mycoplasma hominis* et *Ureaplasma urealyticum***
  - sensibles aux tétracyclines mais rôle pathogène discuté
  - aucune recommandation thérapeutique consensuelle n'est possible

# APPROCHE SYNDROMIQUE

---

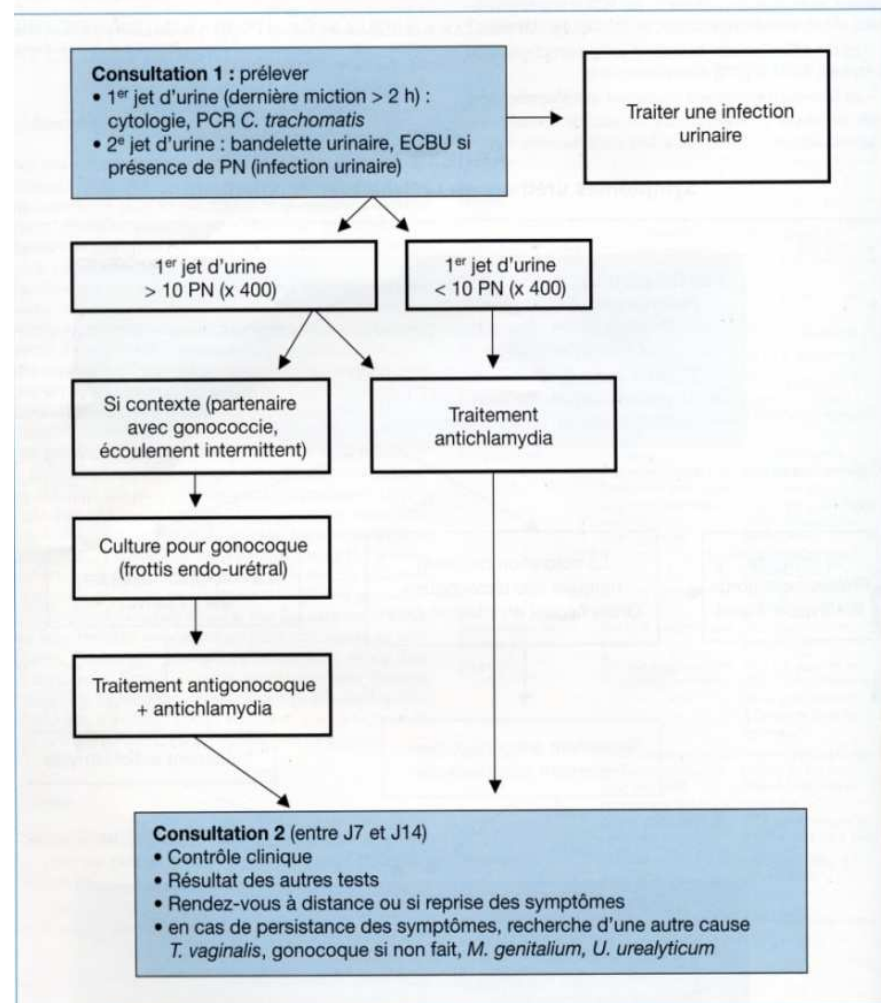
## Annexe 1

### Symptômes urétraux ou urétrite avec écoulement



## Annexe 2

### Symptômes urétraux ou urétrite sans écoulement



# Uretrite antérieure aiguë

# CAT DEVANT UNE URETRITE

- Prélèvements microbiologiques : tout patient ayant un écoulement urétral doit avoir des prélèvements bactériologiques pour recherche de NG (ex direct, culture) et CT (PCR) en 1<sup>ère</sup> intention
- Traitement empirique sans attendre les résultats des prélèvements et si possible sur le lieu de la consultation :
  - **Ceftriaxone IM (250 mg, dose unique)**
  - +
  - **Azithro monodose**
  - ou
  - **Doxycycline (200 mg/j, 7 jours), en l'absence d'allergie**
- **Abstinence sexuelle recommandée** pendant 7 jours
- Information et incitation à consulter des partenaires sexuels des deux derniers mois par le patient index

# CAT DEVANT UNE URETRITE

- **En cas d'échec ?**

- persistance des signes (30 à 90 jours) après un traitement bien conduit
- 10 à 20% des urétrites
- 2 étiologies plus rares à évoquer: MG et TV
- Recherche de MG par PCR et de TV par culture (et éventuellement PCR) sera réalisée

- **First line treatment**

- Azithromycin 500mg stat then 250mgs for the next 4 days (IIa, B)
- Plus metronidazole 400-500 mg twice daily for 5 days (IV, C) \*

or

- Erythromycin 500 mg four times daily for 3 weeks 79(Ib, A)
- Plus metronidazole 400-500 mg twice a day for 5 days (IV, C). \*

- **Second line regimens**

- Moxifloxacin 400mg once daily for 7 -10 days (III, B)74
- Plus metronidazole 400-500 mg twice daily for 5 days (IV, C)\*

\* in areas where T. vaginalis is prevalent



Homme	Prélèvements possibles	Examen microscopique direct	Culture	Amplification génique <i>in vitro</i> (BM)	ABgramme ou assimilé
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ecoulement ou prélèvement endo-urétral 1 <sup>er</sup> jet d'urine	Lame et coloration au gram ou au bleu de méthylène	Indispensable pour tester la sensibilité aux antibiotiques	Associée à la culture qui manque de sensibilité surtout s'il y a transport du prélèvement avant inoculation des géloses	Indispensable
<i>Chlamydia trachomatis</i>	1 <sup>er</sup> jet d'urine ou prélèvement endo-urétral	L'immunofluorescence abandonnée	Réservée au CNR	Indispensable Trousse disponible	Etude résistances réservée aux laboratoires spécialisés
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Ecoulement ou prélèvement endo-urétral 1 <sup>er</sup> jet d'urine.	Impossible	Très difficile et longue réservée aux laboratoires spécialisés	Indispensable (Trousse nouvellement commercialisée en cours de validation)	Etude résistances réservée aux laboratoires spécialisés
<i>Ureaplasma urelyticum.</i>	Ecoulement ou prélèvement endo-urétral ou 1 <sup>er</sup> jet d'urine	Impossible	Avec quantification car pathogène si $\geq 10^4$ UCC** /ml (10 <sup>3</sup> pour l'urine)	(Trousse nouvellement commercialisée mais sans quantification donc sans intérêt)	Que si $\geq 10^4$ UCC* /ml Important chez les immunodéprimés ((Bébéar 2009)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Ecoulement ou prélèvement endo-urétral 1 <sup>er</sup> jet d'urine	Etat frais ou bien coloration au May-Grumwald- Giemsa	Possible mais problème de sensibilité des milieux actuellement commercialisés	Surtout s'il y a transport du prélèvement car impossibilité de faire l'état frais (Trousse nouvellement commercialisée à valider)	Inexistant
Autres cultures standards : <i>Haemophilus influenzae</i> <i>streptocoque beta hémolytique</i> .....	Ecoulement, ou prélèvement endo-urétral	Coloration de Gram	Cultures sur différents milieux	(Trousse inexistantes)	Fonction de la culture et de l'ED

# DEVANT TOUTE IST : « Pack IST »

- Sero VIH (6 sem)
- Sero VHB (3 mois)
- Sero VHC
- AES ??
- Sero syphilis (6 sem)
- Dep CT +/- gono (duplex PCR ...)
- Vacc VHB, HPV, VHA, meningo
- Contraception +/- d'urgence

Merci pour votre attention

CDAG CIDDIST

05 61 77 78 88

---

