



Les échos du labo

N° 22 Janvier / Février 2012

Les causes essentielles d' **urétrites** et de **cervicites** sont infectieuses. Si *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* sont les agents le plus souvent isolés (seuls ou associés), le rôle des mycoplasmes (*U. urealyticum*, *M. hominis* et *M. genitalium*) et de *T. vaginalis* n'est pas à sous-estimer. La recrudescence de ces IST en Ile-de-France mais aussi une évolution dans les techniques de dépistage proposées (Test multiplex) expliquent que ce premier numéro de l'année 2012 soit consacré à ces germes.

Urétrites et cervicites infectieuses

Infections uro-génitales et signes cliniques associés

	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Mycoplasma genitalium</i>
Homme	Urétrite aiguë Écoulement purulent Brûlures mictionnelles intenses Epididymite Prostatite	Urétrite subaiguë Asymptomatique (>70%) Écoulement clair visqueux Quelques brûlures Epididymite Prostatite (rôle controversé)	Urétrite aiguë et chronique (2ème cause après C. trachomatis des urétrites non gonococciques)
Femme	Cervicite Asymptomatique (+50%) Leucorrhée jaunâtre Dysurie discrète Endométrite Salpingite Infections liées à la grossesse	Cervicite Asymptomatique (50%) Leucorrhée, métrorragies Syndrome urétral* Endométrite Salpingite Infections liées à la grossesse	Cervicite (seul mycoplasme incriminé) Endométrite Salpingite
	<i>Ureaplasma Urealyticum</i>	<i>Mycoplasma hominis</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Homme	Urétrite subaiguë Habituellement peu intense Epididymite	Pas de rôle pathogène décrit.	Urétrite subaiguë Asymptomatique (90%) Dysurie peu intense Balano-posthite
Femme	Syndrome urétral* Endométrite Infections lors de la grossesse	Endométrite Salpingite Infections lors de la grossesse	Vulvo-vaginite Leucorrhée verdâtre Prurit

* syndrome urétral: dysurie - pollakiurie évoquant à tort une infection urinaire

N. gonorrhoeae et C. trachomatis : localisations extra-génitales possibles

Portage région anorectale et oropharyngée le plus souvent asymptomatique chez l'homme et la femme.
N. gonorrhoeae: atteintes cutanées et articulaires C. trachomatis: cf. Echo du labo n° 7.

Méthodes diagnostiques

	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Mycoplasma genitalium</i>
Homme	Prélèvement urétral (culture pour antibiogramme)	PCR <i>Chlamydia trachomatis</i> sur prélèvement urétral ou 1er jet	PCR <i>Mycoplasma genitalium</i> sur 1er jet
Femme	Prélèvement cervico-vaginal + PCR Gonocoque	PCR <i>Chlamydia trachomatis</i> sur prélèvement cervico-vaginal ou 1er jet	PCR <i>Mycoplasma genitalium</i> sur prélèvement cervico-vaginal ou 1er jet

	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<i>Mycoplasma hominis</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Homme	Culture sur prélèvement urétral ou 1er jet		Examen direct sur prélèvement urétral
Femme	Culture Sur prélèvement vaginal ou 1er jet		Examen direct sur prélèvement vaginal

Remarques:

- La PCR en temps réel (test multiplex, BioRad) mise en œuvre par le laboratoire COSEM à partir du 13 mars 2012 permet la détection de *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* et *M. genitalium* sur tout type de prélèvements (col, urètre, 1er jet urinaire, sperme, rectal, gorge, liquide articulaire). Cette méthode est à privilégier chez le sujet asymptomatique (20% des femmes porteuses de *N. gonorrhoeae* ont une culture retrouvée négative).
- La recherche de *N. gonorrhoeae* et *M. genitalium* par PCR n'est pas encore inscrite à la NABM: actes hors nomenclature (si recherche associée à *C. trachomatis* (B85) : 10 euros par germe, si recherche isolée: 15 euros par germe).
- Diagnostic indirect: la sérologie manque de sensibilité dans le diagnostic ou le suivi de traitement des infections génitales basses à *N. gonorrhoeae* et à mycoplasmes. La recherche directe par PCR ou culture est à privilégier.

<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	A associer	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Mycoplasma genitalium</i>
Ceftriaxone 500 mg IM Si refus voie IM: Cefixime (Oroken) 400 mg (pas en 1ère intention car 1% de souches résistantes). Fluoroquinolones uniquement si souche sensible (50%) à l'antibiogramme.		Azithromicine 1g ou Doxycycline 200 mg/j pendant 7 j <u>2nd intention</u> érythromycine 2g/j pendant 7 j (grossesse) ou Ofloxacine 400 mg/j pendant 7 j	Azithromicine 500 mg le 1er jour puis 250 mg/j les 4 jours suivants (si recherche PCR+ ou si persistance urétrite malgré ttmt antigono/antichlamydia)

<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<i>Mycoplasma hominis</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Doxycycline ou Minocycline 200 mg/j pendant 7 jours ou Macrolide en C16 (type Josacine) pendant 7 jours		Metronidazole (Flagyl) 250 mg 3 fois/j pendant 10 jours ou Secnidazole (Secnol) 1 sachet de 2 g à renouveler 15 jours plus tard.

Autres mesures: sérologies syphilis, VIH, VHB, VHC (délais de séroconversion: cf. Echos du labo n° 17) + rapport protégé pendant 7 jours (même si dose unique) et disparition des symptômes. Dépister, traiter le(s) partenaire(s)
Suivi Si *N. gonorrhoeae*: à J3 si les symptômes persistent, à J7 contrôle systématique autres: 15 j après arrêt du traitement.