

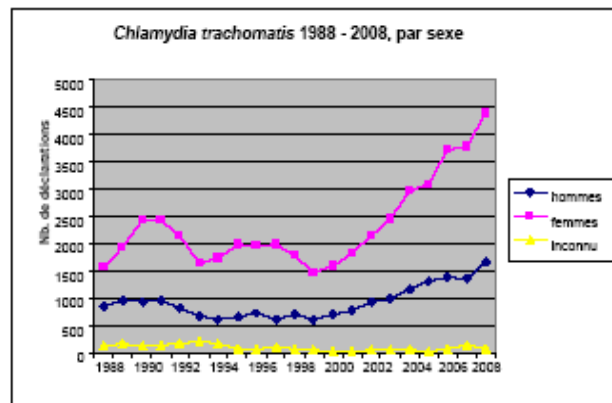
## Les infections sexuellement transmissibles

Sascha Pfaender et Sylvie Pellicciotta  
SMPR, 26 janvier 2011

### Toujours d'actualité? Quelques chiffres de l'OFSP

- Chlamydia trachomatis:
  - la plus fréquemment diagnostiquée des IST
  - Le nombre annuel de déclarations est à la hausse. Elle a triplé depuis la fin des années 90
  - 2010: 6614 cas en Suisse
  - 70% de femme (dont 87% sont entre 15 et 34 ans)
  - 30% d'hommes (dont 72% ont entre 20 et 39 ans)
  - Probablement en partie due à une augmentation du nombre de cas dépistés plus qu'une augmentation réelle du nombre d'infections

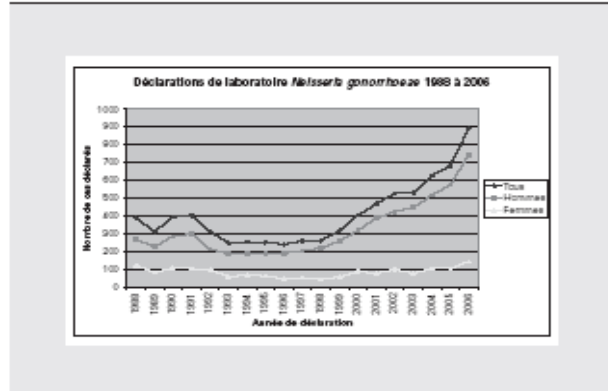
### Toujours d'actualités? Quelques chiffres de l'OFSP



### Toujours d'actualités? Quelques chiffres de l'OFSP

- Treponema pallidum
  - Qualités des données limitées car déclarations complémentaires manquantes dans 18% des cas ou incomplètes. Seul 1/3 des cas déclarés sont classifiables
  - Légère augmentation des cas confirmés
  - 255 cas confirmés en 2008 et 672 cas si on regarde l'ensemble des déclarations.
  - 2010: 1102 cas déclarés
  - 84% des cas sont des hommes dont 60% ont entre 30 et 49 ans, 22% plus de 49 ans et 18% des 15-29 ans.
  - Risque d'infection le + élevé; relation homosexuelle, bisexuelle, prostitution, partenaires multiples

*Neisseria gonorrhoeae*  
898 cas en 2008 , 1221 en 2010

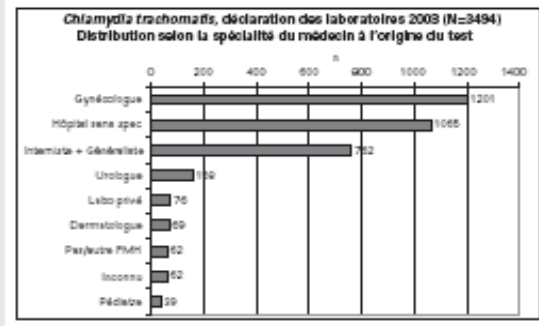


Toujours d'actualité?  
Quelques chiffres de l'OFSP

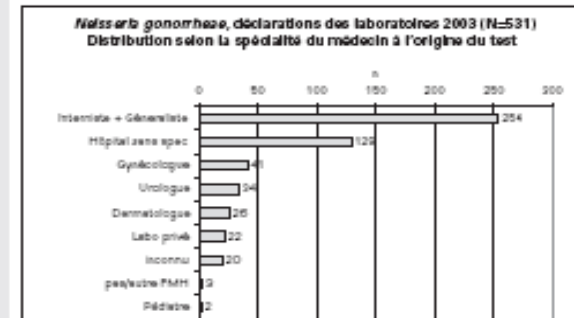
Tableau 1  
Gonorrhée, déclarations complémentaires 2006

		Hommes	%	Femmes	%	Total	%
Cas de gonorrhée avec déclaration complémentaire		467	100	77	100	544	100
Préférence sexuelle	hétérosexuelle	227	49	64	83	291	54
	homosexuelle	195	33	1	1	157	29
	bisexuelle	11	2	0	0	11	2
	Inconnu	42	9	6	8	48	9
	pas de réponse	31	7	6	8	37	7
Type de relation	relation stable	142	30	46	60	195	34
	relation occasionnelle	195	42	23	30	218	40
	avec un(e) prostitué(e)	34	7	0	0	33	6
	Inconnu	66	14	4	5	70	13
	pas de réponse	31	7	4	5	35	7

Le rôle du médecin de premier recours



Le rôle du médecin de premier recours



Homme de 25 ans



?

## Ulcérations génitales: les causes

- Infectieuses: IST  
**Syphilis+**, **herpès+++**, VIH, chancre mou, lymphogranulomatose, donovanose
- Inflammatoires: Behçet, Chron..
- Traumatiques: dont la pathomimie
- Médicamenteux: toxidermie
- M. bulleuses
- Oncologiques: ca. épidermoïde, lymphome

## Syphilis primaire

- Incubation de 10 jours à 3 mois, moyenne 3 semaines (disparaît 4-6 sem, même sans tt)
- Chancre **'propre'** d'inoculation  
**induré**=impossibilité de la plisser entre 2 doigts,  
**indolore**, souvent unique
- sillon balano-préputial, partie externe de la vulve, orale
- +/- ADP indolore (homo)



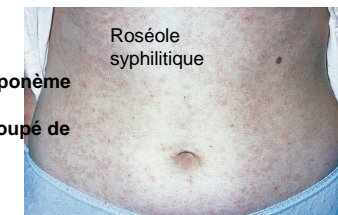
## Syphilis secondaire

-6 semaines-6 mois

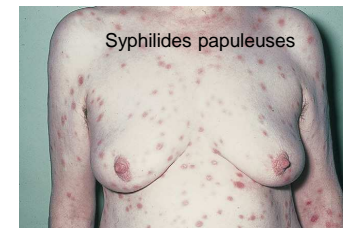
-Liée à la diffusion systémique du tréponème

-Plusieurs éruptions cutanées entrecoupées de phases asymptomatiques

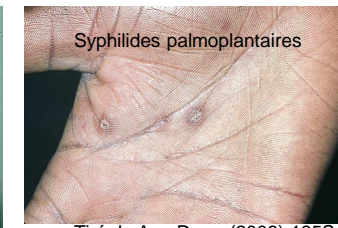
-Parfois signes systémiques



Roséole syphilitique



Syphillides papuleuses

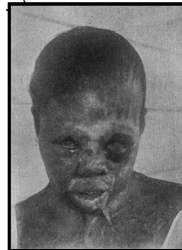


Syphillides palmoplantaires

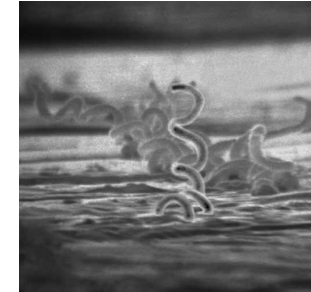
Tiré de Ann Derm (2008) 135S, F64-7

## Syphilis latente-tertiaire

- **Early latent syphilis** (<1an d'évolution) versus **late latent** (>1 an):
  - asymptomatique et tests sérologiques positifs
- **Tertiaire**: 1-30 ans plus tard
  - neurosyphilis (parésie gén., tabès dorsalis, ...)
  - syphilis C-V (aortite, ...)
  - syphilis gommeuse (peau, os, organes,

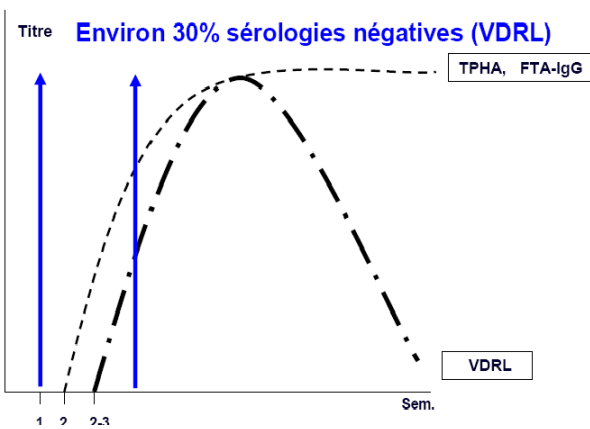


## Tréponème



- *Treponema pallidum* (tréponème pâle fr.) – spirochaete gram-négative
- Le seul représentant sexuellement transmissible des tréponèmes
- Ne se cultive pas in vitro!

## Sérologie syphilitiques



## Sérologies

Tableau 1. Tests utiles pour le diagnostic de syphilis			
Tests	Nature	Précocité	Intérêt
Tests non tréponémiques	VDRL ou RPR	Positif à 15 jours du chancre	Dépistage et suivi après traitement (valeur quantitative)
Tests tréponémiques	TPHA	Positif à 10 jours du chancre	Confirmation initiale uniquement
	FTA - abs IgM	Positif ≤ 7 jours du chancre	Infection récente (chancre) ou syphilis congénitale
Test ELISA (EIA)	IgM + IgG	Positif ≤ 7 jours du chancre	Dépistage en routine uniquement*

\* Doit être confirmé par un TPHA et un VDRL/RPR.  
 ELISA : enzyme linked immunosorbent assay.  
 FTA-abs : fluorescence treponemal antibody absorption test.  
 RPR : rapid plasma reagin.  
 TPHA : treponemal pallidum haemagglutination assay.  
 VDRL : venereal diseases reagent laboratory.

Syphilis en 2008 : controverses et attitudes pratiques  
 F Frippiat et al. Rev Med Suisse 27.8.2008

## Diagnostic (HUG)

- Examen direct:
  - Microscopie fond noir: peu sensible (50%), difficile sauf dans la bouche car faux +
  - PCR : très bonne Se et Sp, mais 3x/sem (180Frs)
- 1.IgM-IgG-syphilis (ELISA): très sensible, mais détecte anciennes syphilis (42Frs)
- 2.Si+: VDRL(18 Frs), TPHA(36 Frs), (FTA 40Frs)
- 3.Autres IST: VIH, ...
- 4.Dépistage du partenaire

## Interprétation

**Tableau 2** Interprétation schématique de la sérologie standard TPHA-VDRL chez l'adulte suspect de présenter une syphilis

Réactions	Interprétations
TPHA- VDRL-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de tréponématose</li> <li>• Syphilis en incubation</li> <li>• Syphilis primaire dans les 5 à 10 premiers jours du chancre</li> </ul>
TPHA – VDRL++ à +++	Faux positif probable
TPHA+ VDRL- (ou titre faible d'anticorps)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séquelle sérologique d'une tréponématose non vénérienne</li> <li>• Syphilis a priori guérie</li> <li>• Syphilis tertiaire</li> <li>• Syphilis primaire dans les 10 à 15 premiers jours du chancre</li> </ul>
TPHA+ VDRL+ à +++ (ou titre élevé d'anticorps)	Tréponématose non vénérienne (zone d'endémie) ou vénérienne
Commentaire : devant toute situation douteuse, il est recommandé de reconstruire les tests après quinze jours. TPHA : treponemal pallidum haemagglutination assay. VDRL : venereal diseases reagent laboratory.	

Syphilis en 2008 : controverses et attitudes pratiques  
 F Fripiat et al. Rev Med Suisse 27.8.2008

## Traitement

- **laire, llaire, latente<1 an**  
 Benzathine pénicilline G IM: 2,4 MioU OU (\*)  
 Altern: doxycycline (\*\*) 100mg 2xj pour 14j
- **llaire (CV, gommeuse), latente>1 an**  
 Benzathine pénicilline G IM: 2,4 MioU 1xsem pour 3 sem  
 Altern: doxycycline 100mg 2xj pour 4 sem
- **Neurosyphilis (\*\*\*)**  
 Pénicilline G aqueuse 18-24 MioU/j iv pour 10-14j  
 Alternative: ceftriaxone 2gr 1xj iv pour 10-14j

\*: répéter 1x dose chez HIV+ ou femme enceinte  
 \*\*: C-1 grossesse  
 \*\*\*: désensibilisation chez patient allergique

**NB:** Réaction Jarisch-Herxheimer: EF, myalgies et céphalée dans les 24h post intro ttt. Son ttt est symptomatique. Prednisone 0.5mg/kg la veille et pdt 3 j si enceinte, enfant, 2aire/3aire

## Suivi 'sérologique'

- (3)-6-12-24 mois
- Guérison: diminution d'un facteur de 4 dilutions du VDRL à 3mois, 16 à 6mois, négatif à un 1 an (primaire) à 2 ans (secondaire)
- Aux HUG on dose aussi TPHA, FTA dans le suivi

## Herpès génital: infection primaire

- HSV2 (>70%) > HSV1, mais HSV1 en augmentation surtout parmi les femmes
- Incubation de 6 jours après l'exposition (2-12)
- Risque de transmission: source ♂ - 17%  
source ♀ - 4%
- Persistance des lésions: 10-19 jours



- douleur et prurit locales – 98%
- vésicules => ulcérations
- symptômes systémiques – 67%
- dysurie – 63%
- ADP inguinale – 80%
- Complications extra-génitales:  
1.méningite aseptique – 8 - 20%

## Herpès: diagnostic

Tableau 3. Détection du virus *ELISA: Enzyme-Linked Immunosorbent Assay. **environ 20% plus sensible que la culture.					
Méthode	Echantillon	Sensibilité (2-24)	Spécificité	Avantages	Inconvénients
Isolément du virus en culture de cellule Prix: 80 points	Lésions cutanées (stade) - vésicules - ulcérations - croûtes - sans lésions Biopsies Frotis cornéotral/ râclage cornéen Prélèvements de noueux nés - voir chapitre 8	> 90% 80% 40% < 40% 40-80% incertaine	> 95%	- Prélèvement simple - Typage et détermination de la résistance (aux antiviraux) possibles	- Laboratoires spécialisés seulement - Méta de transport nécessaire - Transport rapide, réfrigéré et protégé de la lumière - Résultat disponible après 2-7 jours - Inadéquat pour le liquide céphalo-rachidien (LCR)
Détection de l'antigène par ELISA* Prix: 35 points	Frotis de lésions Liquide et plancher de vésicule	41-80%	0%	- Prélèvement simple - Rapide (possible en < 4h) - Typage possible	- Seulement pour des vésicules fraîches
Immuno-fluorescence (détection de cellules infectées) Prix: 25 points	Frotis, coupes histologiques, frotis de plancher de vésicule	41-70%	> 95%	- Rapide (possible en < 4h) - Typage possible	- Seulement pour des vésicules fraîches - Laboratoires spécialisés seulement - Techniquement exigeant - Non standardisé
*Polymerase chain reaction* (PCR) Prix: 170 points	Humains oculaires Lésions cutanées, contenu de vésicules ou frotis de moqueries avec ou sans lésion	88% **	> 95% > 99%	- Méthode la plus sensible - Résultat en 24 h - Pas de précautions particulières pour le transport - Applicable jusqu'à quelques jours après le début du traitement - Typage possible - Test de susceptibilité phénotypique possible - Méthode de choix pour le LCR	- Laboratoires spécialisés seulement - Méthode non standardisée - Risque de contamination - La PCR n'est pas validée pour tous les échantillons

Recommandations suisses pour le traitement de l'herpès génital et de l'herpès du nouveau-né  
Article de P. Meylan Swiss Herpes Management Forum RevMed Suisse 12.10.2005

## Herpès: ttt

- Efficacité seulement si débuté dans les premières 48h
- Ne diminue pas le risque de rechute
- Certaine efficacité sur l'intensité des symptômes lors de primo infection
- - valaciclovir 1 gr x 2/j x 7-10j po  
- acyclovir 400 mg x 3/j x 7-10j po  
- famciclovir 250 mg x 3/j x 7-10j po

## Infection récurrente

- < sévère, rarement bilatérale
- Lésions atypiques surtout chez les femmes: fissures et irritation vulvaire
- Prodromes locaux < 50%
- Symptômes systémiques < 25%
- Durée: < 10 jours
- Problème de la récurrence infraclinique et la protection dans le couple

## Chancre mou

- Haemophilus ducreyi, bacille gram négatif
- Rare en Suisse, endémique en Afrique sub-Saharienne et en Asie, prostituées
- Majeur cofacteur pour la transmission du VIH!
- Période d'incubation: 4-7 jours
- Papule=>pustule=>ulcération **douloureuse** profonde sur fond exsudatif purulent, bords irréguliers
- ADP indurés douloureux, unilatérale=>bubons fluctuants (8-10 j après)=>fistulisation



## Chancre mou

- Complications: phimosis, extension des ulcérations, surinfection, VIH!
- Diagnostic: - culture - sensibilité 75%  
- M-PCR (prix!)
- Traitement:
  - erythromycin 500 mg x 3/j x 7j po (WHO)  
500 mg x 4/j x 7j po (CDC)
  - azithromycin 1g DU po (CDC)
  - ceftriaxone 250 mg DU IM (WHO, CDC)
  - ciprofloxacine 500 mg DU po (WHO)  
500 mg x 2/j x 3j po (CDC)

## Lymphogranulomatose inguinale vénérienne (LGV)

- Chlamydia trachomatis sérotypes L1,L2,L3
- Rare en Europe (réapparition à Genève depuis 3 ans)
- Microchancre d'inoculation en général inapparent (urétral, vaginal, cervical ou anorectale) => ADP inguinale très inflammatoire => fistulisation des plusieurs orifices + **rectite aiguë** avec écoulement mucopurulent
- Diagnostic: PCR (frottis anal, urétral ou ganglionnaire)
- Traitement: doxycycline x 3 semaines PO

## Donovanose

- Rare en Europe, endémique en Asie, Inde, Océanie, Amérique du Sud, Afrique
- Klebsiella sp., Calymmatobacterium granulomatosis (« corps de Donovan »)
- Ulcération non indurée, indolore, sans ADP, avec tendance à l'extension, nécrotisation, mutilation
- DS: corps de Donovan à l'examen direct
- TTT: - doxycycline 100 mg x 2/j x 3 sem po  
- co-trimoxazole 480 mg x 2/j x 3 sem po  
- azithromycine 500 mg le 1<sup>er</sup> jour, puis 500mg/j x 6j po



## Dépistage IST (1)

SORT: KEY RECOMMENDATIONS FOR PRACTICE		
Clinical recommendation	Evidence rating	References
Screen sexually active, nonpregnant women at increased risk for chlamydia, gonorrhea, HIV, and syphilis infection.	A	2-5
Screen all pregnant women for hepatitis B, HIV, and syphilis; additionally, screen all pregnant women at increased risk for chlamydia and gonorrhea infection.	A	2-5
Screen sexually active men at increased risk for HIV and syphilis infection.	A	4,5
Do not routinely screen women and men who are not at increased risk for sexually transmitted infections.	A	2-9

NOTE: These recommendations are based on USPSTF systematic reviews of the evidence; however, SORT evidence ratings are different than those used in the USPSTF grading system.  
HIV = human immunodeficiency virus; USPSTF = U.S. Preventive Services Task Force.

A = consistent, good-quality patient-oriented evidence; B = inconsistent or limited-quality patient-oriented evidence; C = consensus, disease-oriented evidence, usual practice, expert opinion, or case series. For information about the SORT evidence rating system, see page 739 or <http://www.aafp.org/atpsort.xml>.

*Am Fam Physician.* 2008 Mar 15;77(6):819-824.

## Dépistage IST (2)

TABLE 1  
USPSTF Recommendation Grades for STI Screening

STI	Nonpregnant women		Pregnant women		Men	
	Not at increased risk	At increased risk*	Not at increased risk	At increased risk*	Not at increased risk	At increased risk†
Chlamydia <sup>2</sup>	C	A	C	B	I	I
Gonorrhea <sup>2</sup>	D	B	I	B	D	I
Syphilis <sup>2</sup>	D	A	A	A	D	A
HIV <sup>2</sup>	C	A	A	A	C	A
Hepatitis B <sup>2</sup>	D	D	A	A	D	D
Hepatitis C <sup>2</sup>	D	I	—	—	D	I
HSV <sup>2</sup>	D	D	D	D	D	D
HPV <sup>2,‡</sup>	I	I	—	—	—	—

NOTE: Recommendations for chlamydia screening use new USPSTF language (Table 2); all other STI screening recommendations use former language (<http://www.aafp.org/speccolumns/20080306/ist.html>). If no grade is given, no USPSTF recommendation is available.

USPSTF = U.S. Preventive Services Task Force; STI = sexually transmitted infection; HIV = human immunodeficiency virus; HSV = herpes simplex virus; HPV = human papillomavirus.

\*— increased risk for pregnant and nonpregnant women is defined as high-risk sexual behavior for all STIs; as age younger than 25 years for chlamydia and gonorrhea; and as high community prevalence for chlamydia, gonorrhea, and syphilis.

*Am Fam Physician.* 2008 Mar 15;77(6):819-824.

## Cas clinique

- 28 ans, relation sexuelle non protégée il y a 2 semaines
- Depuis 2 jours, brûlures mictionnelles et écoulement purulent intermittent

## Ce qu'il faut savoir pour prendre en charge une urétrite

- Etiologie
- Manifestations cliniques
- Quand traiter et comment
- Le gonocoque; le chemin vers la multi résistance
- Ne pas oublier les partenaires!



## Etiologie

- Varie en fonction de la population examinée et un lien causal n'est pas démontré pour tous ( mycoplasme ? Ureaplasme?)
- C. trachomatis et N. gonorrhoea sont les premiers pathogènes mis en cause
- Chlamydia trachomatis est la plus fréquente des MST bactérienne dans les pays industrialisés (environ 15 à 41 % des urétrites).
- Une infection mixte est fréquente. 20 à 25 % des hommes avec une infection à gonocoques ont une infection concomitante à Chlamydia trachomatis.
- Autre étiologie:
  - Mycoplasma genitalium
  - Ureaplasma urealyticum
  - Mycoplasma hominis
  - Trichomonas vaginalis
  - Herpes simplex virus
  - Autre : adénovirus, streptocoques B

## Chlamydia trachomatis

- 1<sup>ère</sup> cause de MST bactérienne dans les pays industrialisés
- Bactérie gram négative, intracellulaire obligatoire
- **Groupes à risque:** jeunes (< 25 ans), célibataires, partenaires multiples (deux ou plus durant l'année), pas de préservatifs
- En France, dans les populations symptomatiques d'une infection urogénitale, prévalence: 10 et 18%. Population d'hommes et de femmes asymptomatiques, prévalence: entre 0,5 et 9%
- Apparition des symptômes 1 à 3 semaines après exposition

## Manifestations Cliniques

### Neisseria Gonorrhoeae

- Asymptomatique: 10%
- Ecoulement (dysurie seule dans 53% des cas), épididymite
- Extragénitale: proctite, pharyngite (souvent asymptomatique)
- Complications: abcès, prostatite, épididymite, infection disséminée

### Chlamydia trachomatis

- Asymptomatique (jusqu'à 50%)
- Ecoulement et /ou dysurie (jusqu'à 50%) des cas
- Epididymites et autres complications locale (2%)

## Quand traiter et Comment ?

- Toujours rechercher Chlamydia trachomatis et N gonorrhoea. La PCR dans les urines est l'examen de choix.
- En cas de suspicion d'urétrite à gonocoques, le frottis urétral permet d'obtenir un antibiogramme. Cet examen est essentiellement réalisé à titre épidémiologique car il permet de suivre l'évolution des résistances des gonocoques.

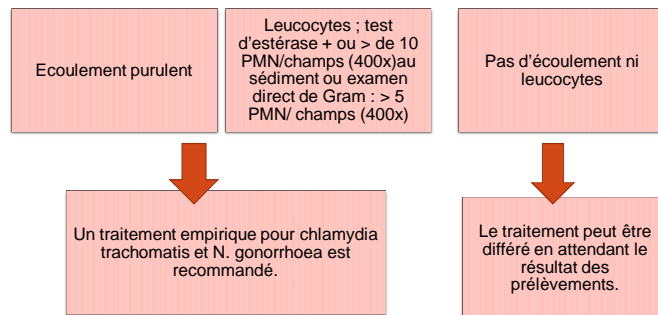
## Méthodes diagnostiques pour les infections urogénitales à **Chlamydia trachomatis**

	Caractéristiques	Informations complémentaires
PCR	Sur frottis ou urine Sensibilité et spécificité élevée (90 à 98%)	Examen de choix. Meilleure sensibilité sur les urines du matin ou vessie non vidée depuis > 2h00
Culture	Frottis Très spécifique Sensibilité : 70 à 80%	Couteux Méthode de choix pour les cas médico légaux
Détection AG par immunofluorescence	Sur frottis Sensibilité et spécificité (75 à 80%)	
Sérologie	Pas de rôle dans l'infection aigue	

## Méthodes diagnostiques pour les infections urogénitales à **gonocoques**

	Caractéristiques	Informations complémentaires
PCR	Sensibilité: Urine->90% Urétral -> 99% Spécificité: 99%	Rapide. Test de choix pour les femmes
Gram	Frottis urétral ♂:Sensibilité:89-94% Spécificité:94-97% ♀:sensibilité de 60% si symptômes	♂ : Sensible, spécifique et coût-efficace si symptômes
Culture (milieu Thayer-Martin)	Frottis urétral/ endocervical Sensibilité de 65 à 85 %	Permet d'obtenir l'antibiogramme

## Quand traiter et Comment ?



## Quand traiter et Comment ?

### Traitement de l'urétrite à **Chlamydia Trachomatis**

Azithromycin 1gr po en dose unique  
Ou  
Doxycycline 100 mg 2x/j pdt 7 jours

### Traitements alternatifs

Erythromycine 500 mg 4x/j pdt 7 jours  
Ou  
Ofloxacin 300 mg 2x/j pdt 7 jours  
Ou  
Levofloxacin 500 mg 1x/j pdt 7 jours

## Quand traiter et Comment ?

### Traitement de l'urérite à Gonocoque

1<sup>er</sup> choix

Ceftriaxone 250 mg IM en dose unique

Ou

Cefixime 400 mg po en dose unique

2<sup>ème</sup> choix

Spectinomycine 2 gr IM

Le traitement de spectinomycine est réservé en cas d'allergie aux céphalosporines ou de résistance clinique et/ou microbiologique documentée à la ceftriaxone et au cefixime.

## Gonocoques, le chemin vers la multi-résistance

- Une des plus anciennes infections connues chez l'homme...
- *N. gonorrhoeae* à la particularité de développer des résistances aux antibiotiques ( Sulphonamides, pénicilline, tetracycline, macrolide, quinolones)
- Quinolone-resistant *N. gonorrhoeae* strains sont maintenant disséminé à travers le monde avec à Genève > de 50% de résistance
- Les quinolones ne sont plus recommandées pour le tt des infections à gonocoques. Seules les céphalosporines sont disponibles
- On observe une diminution de la sensibilité de *N. gonorrhoeae* aux cephalosporins et aux autres antimicrobiens. Une surveillance des résistances est donc indispensable

## Pourquoi la Ceftriaxone et quels dosages

**Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010  
Centers for Disease Control and Prevention**

- Une dose de Ceftriaxone 250 mg permet un niveau soutenu, bactéricide dans le sang.
- Efficace, sûre pour le tt de la gonorrhoea non compliquée sur tous les sites anatomiques: urogénital et anorectal: 99,2% de traitement / pharyngé: 98,9%
- 250 mg au lieu de 125 mg:
  - Augmentation de la distribution géographique des isolats avec une sensibilité diminuée aux céphalosporine in vitro
  - Cas d'échec de traitement à la ceftriaxone reportés
  - Amélioration de l'efficacité pour le traitement des infections pharyngées ( souvent méconnue)
  - Recommandation simple pour le traitement, indépendamment du site anatomique

## Et le Cefixime?

- Une dose orale de 400 mg de Cefixime:
  - taux bactéricide moins haut et moins soutenu que la ceftriaxone
  - Moins bon taux de guérison pour tout les sites mais surtout au niveau pharyngé

## Ne pas oublier les partenaires

- Traitement des partenaires indispensables pour la prévention et le contrôle des IST.
  - 14 à 26 % des jeunes adultes et adolescent se réinfecte dans les 3 à 6 mois
  - 2/ 3 des partenaires des patients testés + pour le chlamydia sont infectés
- Référer le partenaire en consultation pour dépistage, traitement et prévention
- Considérer un « expedited partner treatment ( EPT) » selon le contexte.
- Pour les partenaires, une étude à démontrée le « expedited treatment » plus efficace que le traitement « référé en consultation » pour diminuer le risque d'infection persistante ou récurrente pour les infections à chlamydia et gonocoques.

• Matthew R Golden et al. Effect of expedited Treatment of Sex Partners on Recurrent or Persistent Gonorrhea or Chlamydial Infection. NEJM 2005;352:676-85

## Follow up

- Si patient asymptomatique: pas de contrôle biologique juste après traitement
- Au vu du risque important de réinfection dans les 6 mois, certains auteurs et le CDC proposent de retester les hommes qui ont eu une infection à chlamydia ou gonocoques dans les 3 à 6 mois
- Ne pas oublier le dépistage des autres IST: syphilis, HIV, hépatite B ( vaccination)

## Urétrite récurrente

- A quoi faut t'il penser?

## Urétrite récurrente

- En premier lieu, exclure le manque de compliance ou la réinfection ( nouveau partenaire ou absence de traitement des partenaires)
- Une période d'abstinence d'une semaine après le traitement est recommandée

## Urétrite récurrente

- ➔ Chercher un autre pathogène moins fréquent ou un germe résistant
  - Mycoplasma genitalium
  - Ureaplasma urealyticum
  - Mycoplasma hominis
  - Trichomonas vaginalis
  - Herpes simplex virus
- Autre : adénovirus, streptocoques B
- ➔ Les causes non infectieuse: Irritatif (spermicide, savon etc...)

## Urétrite récurrente

### Chercher un autre pathogène moins fréquent

T. vaginalis	Culture (milieu spécial) ou PCR urines en début de jet Examen direct moins sensible
M. genitalium	Cultures urines ou frottis urétral
U. urealyticum	Culture urines ou frottis urétral
Herpes simplex	PCR ou culture (frottis urétral ou lésions). IFD en dermatologie si lésions (résultats en 1h30)

## Urétrite récurrente

- Que faire?
- Traitement spécifique.
  - L'azythromycin est le traitement de choix pour le mycoplasme, l'ureaplasme et le chlamydia.
  - Emergence de cas de Mycoplasme résistant à l'azithromycin
- Trichomonas: 20% des hommes avec une NGU sont infecté par le trichomonas
  - Traitement empirique de Métronidazole 2g po dose unique
- Eviction agent irritant (savon, spermicide, lubrifiant )
- Consultation spécialisée

## TAKE HOME MESSAGE

- Les IST sont en augmentation depuis 6-7 ans en Europe, en Suisse et à Genève
- En cas d'ulcère génital: exclure un herpès et une syphilis primaire, penser à dépister les autres IST
- Chercher, tester et traiter les partenaires!
- Conseils de prévention « Safe sex »