

OCT 2025 INFECTIONS GÉNITO-URINAIRES

Cette newsletter propose une synthèse pratique de l'apport du laboratoire dans la prise en charge des infections génito-urinaires. Elle s'inscrit dans la révision récente de notre formulaire de demande, afin de guider la prescription et de renforcer la pertinence du diagnostic microbiologique.



1.Introduction

Dans le cadre de l'adaptation récente de notre formulaire de demande (microbiologie - p.4), les prélèvements génito-urinaires ont été regroupés en un bloc unique, privilégiant les analyses les plus appropriées.


Cette newsletter propose un rappel des recommandations et illustre l'apport du laboratoire dans la prise en charge globale des infections génito-urinaires.

Rôle du laboratoire

- Confirmer un diagnostic clinique souvent peu spécifique.
- Identifier l'agent infectieux (bactérie, levure, parasite, virus).
- Réaliser l'antibiogramme avec choix thérapeutique ciblé.
- Détecter les co-infections et les résistances émergentes.
- Différencier flore normale et flore pathogène et éviter le surtraitement.
- Participer à la surveillance épidémiologique et aux données IST.


2. Prélèvements et méthode

					Urines mi-jet	Urines 1 ^{er} jet	eSwab rose	LIMS Todd
Situation / Agent suspecté	Prélèvement recommandé	Méthode(s) labo	Remarques	INAMI ou autre				
Infection urinaire	Urine mi-jet	■ Screening (bandelette + sédiment) ■ Culture quantitative + identification + antibiogramme	■ Culture significative si ≥ 10 ⁵ UFC/mL ■ Recherche levures incluse*	■ Remboursé				
<i>Chlamydia trachomatis</i>	F: Ecouvillon vaginal/ endocervical H: Urine 1 ^{er} jet ou écouvillon urétral	■ PCR (Gold standard) ■ Sérologie non pertinente en pratique courante		■ PCR remboursée max. 2x/an ou en suivi post tt (38,67€ hors conditions).				
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	F: Ecouvillon vaginal/ endocervical H: Urine 1 ^{er} jet ou écouvillon urétral	■ PCR ■ Examen direct (Gram), culture + antibiogramme	■ Culture indispensable pour antibiogramme	■ PCR remboursée max. 2x/an ou en suivi post tt (38,67€ hors conditions).				
<i>Mycoplasma genitalium</i>	F: Ecouvillon vaginal H: Urine 1 ^{er} jet ou écouvillon urétral	■ PCR	Ne pas rechercher systématiquement <i>M. genitalium</i> dans le cadre d'un dépistage IST si le patient est asymptomatique.	■ Non remboursé (10 €)				
<i>Trichomonas vaginalis</i>	F: Sécrétions vaginales (leucorrhées) H: Urine 1 ^{er} jet ou écouvillon urétral	■ PCR						
Mycose génitale <i>Candida spp.</i>	Écouvillon vaginal ou balanique	■ Examen direct ■ Culture levures	Préciser récides / immunodépression					
Vaginose bactérienne	Écouvillon vaginal (paroi latérale)	Examen direct: Coloration Gram (score de Nugent)	Nugent ≥ 7 = pathologique					
Herpès simplex virus	Prélèvement vésiculaire/ ulcération	■ PCR ■ Sérologie non pertinente en pratique courante						
Streptocoque B (prénatal)	Prélèvement vagino-rectal (35-37 SA)*	Culture spécifique (LIMS Todd)	■ Frottis vagino-rectal combiné ■ Portage asymptomatique fréquent					
<i>Ureaplasma spp., M. hominis</i>	H: urine 1 ^{er} jet (urétrite non gonococcique) F: frottis col	Culture	Très fréquents dans la flore urogénitale → non considérés comme agents pathogènes d'infections génitales basses. (1) A réaliser dans des contextes particuliers					

**Candidurie**

☞ Interpréter selon contexte : immunodépression, sonde...

☞ Risque de contamination par la flore génitale.


**PCR Mycoplasma genitalium**

☞ **Quand rechercher ?**

- En présence de symptômes d'infection génitale basse :
Homme : urétrite (écoulement, dysurie, etc.).
Femme : cervicite mucopurulente, saignements intermenstruels/post-coïtaux, saignements intermenstruels inexpliqués, dysurie sans cause retrouvée
- Si les symptômes persistent ou récidivent (urétrite ou cervicite récurrente/persistante), surtout si *M. genitalium* n'a pas été recherché auparavant
- Chez les partenaires sexuels actuels de patients infectés, même asymptomatiques, pour éviter les réinfections
- Test de guérison (test of cure) recommandé ≥ 3 semaines après la fin du traitement

☞ **NE PAS rechercher**


- Chez les personnes asymptomatiques, sauf chez les partenaires sexuels de cas confirmés.
- Pas de recommandation actuelle pour un dépistage systématique chez la femme enceinte asymptomatique (manque de données et risque de résistances accru)


**Streptocoque B prénatal**

30%

☞ 35-37 SA
Prélèvement vagino-rectal combiné

Un prélèvement uniquement vaginal réduit la sensibilité du dépistage d'environ 30 % (colonisation vaginale souvent secondaire au portage rectal)

**Culture Mycoplasma/ureaplasma**

 Non recommandé en routine

Chez l'homme : pas de recherche recommandée sauf après exclusion des pathogènes habituels en cas d'urétrite persistante/récurrente
Chez la femme : uniquement dans certaines situations obstétricales particulières (prématurité, chorioamniotite, rupture prématurée des membranes)

(1) HAS. Diagnostic biologique des mycoplasmes urogénitaux dans les infections génitales basses. – Rapport d'évaluation. Actualisation avril 2025. Haute Autorité de Santé, Saint-Denis La Plaine. Disponible sur : <https://www.hassante.fr>



PROCÉDURES DE PRÉLÈVEMENT

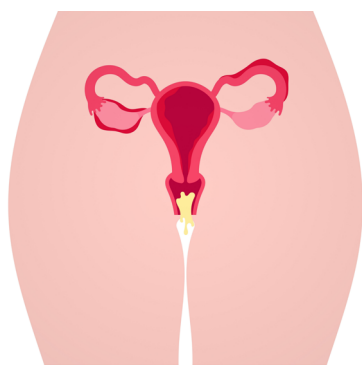
Pour garantir la fiabilité des analyses :

— **Urines mi-jet** → recommandées pour les cultures urinaires : recueil après élimination du premier jet, voir procédure ci-dessous (utilisation des tubes borates)

— **Urines 1er jet** → réservées aux analyses PCR (Chlamydia, Gonocoque, Mycoplasma, Trichomonas), sans toilette préalable, voir procédure ci-dessous

- ✓ Recueil urine mi-jet : en pratique
- ✓ Recueil des urines 1er jet (+ pooling) : en pratique
- ✓ Frottis vagino-rectal prénatal (recherche de streptocoque B - 34 à 37 SA)

3. Diagnostic différentiel (flore normale versus flore pathogène)



Un tiers des problèmes vulvo-vaginaux ont une origine différentes des pathogènes mentionnés ci-dessus et relèvent d'autres facteurs

- causes dermatologiques (psoriasis, eczéma, irritation, lichen plan)
- allergie au latex
- maladies locales sexuellement transmissibles (condylomes acuminés, poux du pubis, molluscum contagiosum,...)
- irritation mécanique ou chimique
- somatisation
- vaginite atrophique

Van Royen P, Foulon V, Tency I, Vandevorde J. Problèmes vulvo-vaginaux chez les femmes atteintes de vulvovaginite et de vaginose dans la phase de vie reproductive. Mise à jour 2016. Bruxelles: WÖREL - Groupe de travail pour le développement des recommandations de première ligne; 2016. Version validée octobre 2016.

Contexte	Critères
Flore urinaire normale	Urine stérile ou $<10^3$ UFC/mL (non significatif), absence de symptômes
Bactériurie asymptomatique	$\geq 10^5$ UFC/mL sans symptômes urinaires (traitement seulement si grossesse ou geste urologique invasif)
Infection urinaire	$\geq 10^5$ UFC/mL + leucocyturie + symptômes urinaires (dysurie, pollakiurie, brûlures, fièvre, symptômes atypiques chez les sujets âgés) + identification pathogène (E. coli, Klebsiella, Enterococcus, ...)
Flore génitale normale	<ul style="list-style-type: none">■ Lactobacilles dominants■ pH 3,8-4,5■ Absence de symptômes
Vaginose bactérienne	<ul style="list-style-type: none">■ Symptômes■ ↓ Lactobacilles■ ↑ Gardnerella/anaérobies■ Présence de clue-cells■ pH vaginal > 4,5
Mycose génitale	<p>Symptômes (prurit, pertes épaisses) + levures/pseudohyphes (candidoses)+ pH normal.</p> <p><i>Le prélèvement d'une culture n'a de sens qu'en présence de signes objectifs de candidose et si celle-ci ne peut pas être confirmée par un examen microscopique. Candida est présent dans la flore vulvo-vaginale normale des femmes qui ne présentent pas de problèmes (chez 20 à 50 %)</i></p>
Trichomonas vaginalis	Symptômes (Fe > Ho) (pertes verdâtres), protozoaires mobiles, pH élevé
IST bactériennes/virales	Mise en évidence spécifique (PCR, culture, sérologie)

Nugent ≥ 7

REMIC, Référentiel en microbiologie médicale, 7^e édition, 2022

***Le score de Nugent** est un outil reproductible et recommandé pour le diagnostic de la vaginose bactérienne, en complément de la clinique; il repose sur l'observation de trois types de bactéries et l'attribution d'un score de 0 à 10.

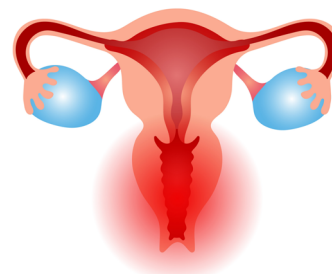
Morphotypes analysés :

- Lactobacilles (grands bacilles Gram +) → protecteurs
- Gardnerella / Bactéroïdes (petits bacilles Gram variables)
- Mobiluncus (bacilles incurvés, Gram variables ou négatifs)

Barème et interprétation :

- 0-3 → flore normale (lactobacilles dominants)
- 4-6 → flore intermédiaire
- ≥ 7 → vaginose bactérienne (lactobacilles absents, anaérobies abondants)

Score non évalué chez la femme prépubère et post-ménopausée.



Points-clés pour la prescription génito-urinaire

✓ Recommandé

✗ A éviter

Qualité du prélèvement	<p>✓ Le choix du prélèvement conditionne la qualité du diagnostic.</p> <p>✓ Pour les cultures d'urines : urine mi-jet dans un tube boraté.</p> <p>✓ Ces tubes assurent la stabilité des leucocytes et des bactéries pendant le transport et évitent la multiplication artificielle → réduction des faux positifs et des résultats non interprétables</p> <p>✓ Conditionnement indispensable si délai >2 h avant ensemencement. Voir procédure d'utilisation</p>	
Clinique	<p>✓ Toujours corréler les résultats au contexte clinique pour éviter le surdiagnostic de colonisation (bactériurie asymptomatique, candidurie, flore vaginale déséquilibrée sans symptômes).</p>	
ECBU	<p>✓ Référence pour confirmer une infection urinaire et guider l'antibiothérapie.</p>	✗ Ne pas se fier uniquement aux tests de screening (bandelette/sédiment).
Formulaire de demande	<p>✓ Toujours préciser le contexte clinique (symptômes, grossesse, IST suspectée, date des traitements éventuels,...).</p> <p>✓ Toujours indiquer l'origine du prélèvement (urine 1^{er} jet, écouvillon vaginal, endocervical, urétral...).</p>	
Flore vaginale	<p>✓ Utiliser le score de Nugent comme outil de référence.</p>	
IST	<p>✓ PCR = méthode de choix pour la recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i> et <i>Neisseria gonorrhoeae</i></p> <p>✓ Culture indispensable pour le gonocoque (antibiogramme).</p>	<p>✗ Sérologie <i>Chlamydia trachomatis</i> non pertinente en pratique courante</p> <p>✗ Sérologie <i>HSV</i> non pertinente en pratique courante</p>
Analyses hors nomenclature INAMI	<p>✓ Réserver aux situations justifiées avec information du patient</p> <p>✓ PCR <i>M. genitalium</i> : réserver aux situations justifiées</p>	✗ Ne pas rechercher systématiquement <i>M. genitalium</i> dans le cadre d'un dépistage IST si le patient est asymptomatique.
Pooling PCR	<p>Les PCR <i>Chlamydia trachomatis</i> et <i>Neisseria gonorrhoeae</i> peuvent être réalisées en pooling multisite. Cette approche facilite le dépistage chez les patients à risque (voir procédure)</p>	
Mycoplasma / Ureaplasma		✗ Cultures non indiquées en routine (uniquement en cas d'urétrite persistante après exclusion des pathogènes majeurs chez l'homme ou en contexte obstétrical particulier)

Références principales

- REMIC, Référentiel en microbiologie médicale, 7^e édition, 2022
- DC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021
- ACOG. Committee Opinion No. 797: Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns. Obstet Gynecol. 2020.
- Haute Autorité de Santé. Diagnostic biologique des mycoplasmes urogénitaux dans les infections génitales basses – Rapport d'évaluation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_335649
- Van Royen P, Foulon V, Tency I, Vandevorode J. Problèmes vulvo-vaginaux chez les femmes atteintes de vulvovaginite et de vaginose dans la phase de vie reproductive. Mise à jour 2016. Bruxelles: WOREL Groupe de travail pour le développement des recommandations de première ligne; 2016. Version validée octobre 2016.