

ITEM N°89 : INFECTIONS GENITALES DE L'HOMME. ECOULEMENT URETRAL

OBJECTIFS TERMINAUX

- I. Diagnostiquer une infection génitale de l'homme.
- II. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

INTRODUCTION

1. DEFINITIONS

- Infections isolées ou associées:
 - o de l'urètre (urétrite) ;
 - o de l'épididyme et du testicule (orchi-épididymite) ;
 - o de la prostate (prostatite).

2. ETIOLOGIES

Urétrite

- **Fréquemment** : *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*, souvent associés.
- **Moins fréquemment** : *Mycoplasma genitalium*, *U. urealyticum*, *T. vaginalis*, *C. albicans*, pyogènes.

Orchi-épididymite

- *C. trachomatis* et/ou *N. gonorrhoeae*, transmis par voie sexuelle, typiquement chez l'homme jeune.
- Entérobactéries, *S. aureus* ou entérocoques, d'origine urinaire, typiquement chez l'homme plus âgé.
- Localisations rares du virus ourlien, de *Brucella* ou de *M. tuberculosis*.

Prostatite (Cf. item 93)

- **Habituellement** : Entérobactéries, *S. aureus* ou entérocoques, d'origine urinaire, y compris chez l'homme jeune.
- **Exceptionnellement** : *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* ou *U. urealyticum* de contamination vénérienne.

Balanite

- *Candida albicans*.

3. DEMARCHE GENERALE

- Toute suspicion d'IST nécessite (Cf. Item 95):
 - o Si possible des prélèvements microbiologiques (intérêt diagnostique, thérapeutique et épidémiologique)
 - o un traitement anti-infectieux
 - o un contrôle clinique voire biologique de la guérison
 - o un dépistage systématique chez le patient d'IST associées : VIH, VHB et syphilis (avec DO en cas de découverte d'une infection à VIH)
 - o un dépistage et un traitement chez le ou les partenaires sexuels
 - o des conseils de prévention.

I. DIAGNOSTIQUER UNE INFECTION GENITALE DE L'HOMME

1. URETRITE :

1-1 LE DIAGNOSTIC EST EVOQUE LINIQUEMENT :

- Typiquement : écoulement méatique spontanée en dehors des mictions + brûlures mictionnelles
- Symptômes souvent moins francs, isolés ou associés : écoulement seulement matinal, prurit canalaire.

1-2 LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE REPOSE SUR LE PRELEVEMENT

Prélèvement d'un écoulement ou prélèvement urétral, ou ECBU du 1^{er} jet pour examen direct (pour gonocoque et *T. vaginalis*), culture (pour gonocoque, autres bactéries) ou PCR (pour *Chlamydia* ou *Mycoplasma*).

1-3 L'OPPOSITION CLASSIQUE ENTRE URETRITE A GONOQUE ET A GERMES INTRACELLULAIRE N'EST PAS PRAGMATIQUE (CF ITEM 95) :

Classiquement : *N. gonorrhoeae* est responsable d'urétrite aiguë d'incubation courte, tandis que *Chlamydiae*, *Mycoplasma* et *Ureaplasma* produisent des infections sub-aiguës d'incubation plus longue.

En fait :

- la distinction est cliniquement difficile ;
- l'association de ces deux types d'agents pathogènes est fréquente (10-50 %).

A part et rares :

- *T. vaginalis* : asymptomatiques ou responsables d'urétrite subaiguës.
- Germes pyogènes : urétrite subaiguë +/- signes urinaires.

2. ORCHI-EPIDIDYMITES

2-1. LE DIAGNOSTIC POSITIF EST CLINIQUE :

- Fièvre progressive ou brusque, d'intensité variable ;
- Douleurs scrotales intenses irradiant le long du cordon ;
- Signes locaux d'intensité variable :
 - nodule induré et douloureux de tout ou partie de l'épididyme ;
 - propagation au testicule (orchi-épididymite) avec bourse œdématisée, rouge, douloureuse ;
 - risque d'évolution vers l'abcédation, l'ischémie testiculaire, l'infertilité ;
- Diagnostic différentiel : torsion testiculaire, à éliminer systématiquement par la clinique (apyrexie) et l'échographie-doppler en cas de doute.

2-2. LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

est guidé par l'anamnèse :

- âge ;
- notion de contagion et/ou d'écoulement urétral ;
- antécédents urologiques ;

mais repose sur les examens microbiologiques :

- hémocultures, rarement positives ;
- ECBU du 1^{er} et du 2^e jet ;
- prélèvement urétral si écoulement ou par grattage ;
- recherche de BK si évolution traînante, ou d'infection ourlienne ou de *Brucella* en contexte particulier.

2-3. DEUX TABLEAUX S'OPPOSENT TYPIQUEMENT :

- la forme du sujet jeune :

- d'origine vénérienne ;
- souvent associée à une urétrite voire une prostatite ;
- diagnostiquée par le prélèvement urétral ou l'examen du 1^{er} jet.

- la forme du sujet plus âgé :

- d'origine urinaire : germes de la flore commensale ;
- liée à une pathologie du bas appareil (rétrécissement urétral, adénome prostatique, prostatite chronique) ou à une manœuvre instrumentale ;
- diagnostiquée par l'ECBU.

3. PROSTATITES : CF ITEM 93

4. ULCERATIONS GENITALES : CF ITEM 343

PENSER AUX LOCALISATIONS ANALES ET EXTRA-GENITALES DES IST (Cf. T44-1 ET T44-2, Chap. 44, E. PILLY, 2008) CF. ITEM 95

II. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

1. URETRITE : Cf. ITEM 95

1-1 PRINCIPE DE L'ANTIBIOTHERAPIE

- Probabiliste, couvrant systématiquement gonocoque et *Chlamydia*.

Antibiothérapie des urétrites (Cf. T19-1, Chap. 19, E. PILLY, 2008)

1-2. DANS TOUS LES CAS

- Abstinence sexuelle ou préservatifs jusqu'à la guérison.
- Dépistage et traitement des partenaires.

Dépistage systématique d'autres IST : VIH, VHB et syphilis.

2. ORCHI-EPIDIDYMITE

2.1 Principes du traitement :

Antibiothérapie guidée par le contexte :

En cas de suspicion d'IST, plusieurs schémas sont possibles :

- ceftriaxone 250 mg en une injection IM suivie par :
 - o soit doxycycline 200 mg/jour en une prise pendant 10 jours ;
 - o soit azithromycine 1 g monodose ;
- ofloxacin 200 mg x 2/j pendant 10 jours.

Dans les autres formes, le choix antibiotique rejoint celui des prostatites (Cf. Item 93) : en priorité une fluoroquinolone, le cotrimoxazole étant aussi possible en relais en cas de souche sensible.

Traitements adjuvants

- repos au lit ;
- pose d'un suspensoir (ou à défaut d'un slip serré) ;
- antalgiques ;
- anti-inflammatoires non stéroïdiens en l'absence de contre-indications.

Chirurgie

- drainage d'un abcès, exérèse d'une zone nécrosée ;
- rarement, épидидymectomie, voire orchi-épididymectomie en cas de lésions chroniques non contrôlées par le traitement médical.

2.2 Suivi à la recherche d'une complication :

Surtout si diagnostic tardif ou de traitement insuffisant :

- abcès épидидymaire ou testiculaire (fièvre élevée, douleurs vives, masse fluctuante, risque de fistule à la peau ou dans la cavité vaginale) ;
- évolution chronique avec symptomatologie persistante ;
- ischémie testiculaire pouvant évoluer vers l'infarctus, la nécrose ou l'atrophie testiculaire ;
- infertilité séquellaire.

Le plus souvent : guérison, avec petit nodule séquellaire.

3. PROSTATITE : Cf. ITEM 93

DOSSIERS CLINIQUES : [DC 2008-50](#) ; [DC2008-51](#) ; [DC 2008-36](#)

POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY 2008

Chapitre 19 p. 174-176,
Chapitre 43 p. 278-281,
Chapitre 44 p. 282-283.

EMIT 2008

ITEMS 93, 95, 343