

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

OBJECTIFS

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

INTRODUCTION

1. DEFINITIONS

- Urétrite : infection du canal urétral
- Prostatite aiguë ou chronique : infection de la glande prostatique
- Orchi-épididymite : infection du testicule, infection de l'épididyme.
- Peuvent être isolées ou associées.

2. ETIOLOGIE :

Urétrite

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

Orchiépididymite et prostatite

- *C. trachomatis* et/ou *N. gonorrhoeae*, transmissibles par voie sexuelle,
- Entérobactéries, *S. aureus* ou des entérocoques.

3. CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC :

- Signes évocateurs d'infection génitale basse ou haute, plus rarement devant une atteinte extragénitale.
- Toute suspicion de MST nécessite des prélèvements microbiologiques : intérêt diagnostique (adaptation traitement) et épidémiologique.

4. MESURES DE SANTE PUBLIQUE :

- Le traitement anti-infectieux de la MST doit s'accompagner de règles de prévention (hygiène sexuelle), et d'un contrôle biologique de la guérison.
- Il faut également systématiquement dépister d'autres MST associées, et réaliser un dépistage et un traitement chez le ou les partenaires sexuels.

I. DIAGNOSTIQUER UNE INFECTION GENITALE DE L'HOMME

1. DIAGNOSTIQUER UNE URETRITE

1-1 CLINIQUEMENT :

- Ecoulement urétral, brûlure urétrale, balanite, balanoposthite.
- Syndrome urétral, cystalgie à urines claires.

1-2 PRELEVEMENT

- Prélèvement endo-urétral (*C. trachomatis*).
- Prélèvement d'un écoulement : examen direct, culture (+ antibiogramme)
- La recherche de *C. trachomatis* est également possible par PCR sur les urines.

2. DIAGNOSTIQUER UNE ORCHIEPIDIDYMITE ET UNE PROSTATITE

2-1. ORCHIEPIDIDYMITE.

- Fièvre et douleurs testiculaires
- Nodule induré et douloureux de l'épididyme ou bourse oedématisée, rouge, douloureuse.

Une torsion aiguë du testicule doit être systématiquement éliminée.

2-2. PROSTATITE AIGUË

2-2-1 Cliniquement

- Fièvre isolée ou associée à des signes urinaires
- Toucher rectal

2-2-2. Examens complémentaires

- ECBU et hémocultures ± Echographie prostatique.

2-3. PROSTATITE CHRONIQUE

2-3-1. Cliniquement

Les symptômes urinaires et/ou pelviens sont peu évocateurs, avec un syndrome infectieux modéré et inconstant

Toucher rectal : inconstamment contributif

2-3-2. Examens complémentaires

- Echographie prostatique transrectale
- ECBU éventuellement après massage prostatique

3. LES LOCALISATIONS NON GENITALES DES MST (cf T2, chap 29, E. PILLY, 2004)

4. LES SPECIFICITES

4-1. *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

4-1-1 Cliniquement

- Incubation > 8 j. Urétrite subaiguë ou plus rarement asymptomatique, exceptionnellement aiguë.
- Examen : normal ou balanite « en carte de géographie »
- Rechercher extension loco-régionale et atteinte extragénitale.

4-1-2 Diagnostic biologique

4-2 *NEISSERIA GONORRHOEAE*

4-2-1 Cliniquement

- Incubation courte. Urétrite aiguë
- Examen : balanite, méatite. Rechercher extension loco-régionale et atteinte extragénitale.

4-2-2 Diagnostic biologique :

- Examen direct. Culture et antibiogramme sont indispensables.
- Hémoculture(s) si suspicion de gonococcémie.

4-3 *UREAPLASMA UREALYTICUM*

- Urétrite subaiguë. Diagnostic sur prélèvement endo-urétral.

4-4 *TRICHOMONAS VAGINALIS*

- Urétrite asymptomatique, rarement aiguë. Diagnostic : examen direct

4-5 *CANDIDA ALBICANS*

- Asymptomatique ou urétrite subaiguë. Diagnostic: examen direct, cultures.

4-6 GERMES PYOGENES

- Rarement en cause. Tableau d'urétrite subaiguë ± signes urinaires.
- Diagnostic : examen direct, culture et antibiogramme.

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

1. URETRITE :

1-1 PRINCIPE DE L'ANTIBIOTHERAPIE :

- Probabiliste, couvrant systématiquement gonocoque et *Chlamydia*

Antibiothérapie des urétrites (CF T4, Chap 29, E. PILLY, 2004)

1-2. DANS TOUS LES CAS :

- Abstinence sexuelle ou préservatifs jusqu'à la guérison.
- Dépistage et Traitement des partenaires.
- Dépistage systématique autre MST : VIH, VHB et Syphilis.

2. PROSTATITE ET ORCHIEPIDIDYMITE

2.1 ARGUMENTER

- Antibiotiques de choix = fluoroquinolones, en raison de leur bonne diffusion dans la prostate et de leur spectre.
- Adaptation à antibiogramme.

2-2. CHOIX

- Voie orale possible
- Si signes de gravité, traitement initié par voie parentérale, en associant fluoroquinolone ou C3G et aminoside, jusqu'à rémission des signes de gravité.

2-3. DUREE :

4 à 6 semaines pour les prostatites aiguës

4 à 12 semaines en cas de prostatite chronique.

Antibiothérapie des prostatites

Antibiotiques	Nom commercial	Posologie quotidienne	Nombre de prises quotidiennes
Prostatite aiguë			
Fluoroquinolones			
Ciprofloxacine	Ciflox [®]	1 g	2
Ofloxacine	Oflocet [®]	0,4 g	2
Lévofloxacine	Tavanic [®]	0,5 g	1
C3G injectable			
Ceftriaxone	Rocéphine [®]	1 g	1 inj IM ou IV
C3G orale (en relais)			
Céfixime	Oroken [®]	0,4 g	2
Prostatite chronique			
Fluoroquinolones			
Ciprofloxacine	Ciflox [®]	1 g	2
Ofloxacine	Oflocet [®]	0,4 g	2
Lévofloxacine	Tavanic [®]	0,5 g	1
norfloxacine (en relais)	Noroxine [®] 400	0,8 g	2
Macrolides*, **			
Erythromycine	Plusieurs présentations	2 à 3 g	2
Spiramycine	Rovamycine [®]	6 à 9 MU	2
Josacine	Josacine [®]	1 à 2 g	2
roxithromycine*	Claramid [®] , Rulid [®]	0,3 g	2
clarithromycine*	Zéclar [®] , Naxy [®]	1 g	2
dirithromycine*	Dynabac [®]	0,5 g	1
Azithromycine*	Zithromax [®]	0,5 g le 1 ^{er} j, puis 0,25 g/j	1
Cotrimoxazole			
	Bactrim Forte [®]	2 cp	2
	Eusaprim Fort [®]	2 cp	2
Cyclines**			
Doxycycline	Vibramycine [®]	200 mg	1
Minocycline	Mynocine [®]	200 mg	1

* n'ont pas l'AMM pour cette indication

** uniquement sur *Chlamydia trachomatis*

POUR EN SAVOIR PLUS

E. Pilly 2004

Chapitre 27 p. 202-203,
Chapitre 29 p. 206-213,
Chapitre 60 p. 334-335.

QUIZZ

1. Quels sont les deux agents pathogènes les plus fréquents dans les urétrites masculines ?
2. Quelles sont les durées d'incubation des urétrites masculines ?
3. Quels sont les arguments cliniques permettant de différencier *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* ?
4. Quelles sont les manifestations extragénitales d'une MST masculine ?
5. Quels sont les moyens du diagnostic microbiologique d'une urétrite masculine ?
6. Quel est le traitement d'une urétrite à *C. trachomatis* ?
7. Quel est le traitement d'une urétrite à *N. gonorrhoeae* ?
8. Quel est le caractère pathogène des mycoplasmes génitaux ?
9. Quelle est l'expression clinique d'une urétrite masculine à *Trichomonas vaginalis* ?
10. Quel bilan réaliser en cas d'urétrite masculine ?
11. Quels sont les signes cliniques d'une prostatite aiguë ?
12. Comment faire le diagnostic d'une prostatite chronique ?

Item 89 DOSSIER CLINIQUE 1

Mr G. PILLY consulte pour brûlures mictionnelles.

Antécédents, habitus, mode de vie :

- Homme de 25 ans
- Infirmier titulaire dans un centre hospitalier
- Célibataire
- Herpes génital depuis 5 ans, avec 2 poussées en moyenne par an, répondant bien au traitement par Zélitrex® (valaciclovir).

Histoire de la maladie :

- Les brûlures mictionnelles sont 2 jours avant la consultation, et se majorent depuis.
- Mr G. PILLY mentionne un rapport homosexuel actif, non protégé, 15 jours avant le début de ces symptômes.
- Il s'agissait d'une « première expérience » de ce type.
- Il avait eu au cours de 15 derniers mois 4 partenaires féminines différentes.
- Il a rompu avec la dernière en date depuis 3 semaines.

Examen clinique :

- Mr G. PILLY est apyrétique. TA et pouls sont normaux.
- A l'inspection, le revêtement cutanéomuqueux est normal.
- L'auscultation cardiovasculaire et pleuro-pulmonaire est normale.
- La palpation abdominale est normale.
- L'examen des organes génitaux externes permet d'observer un écoulement urétral discret, séreux.
- La palpation des épидидymes, des testicules et le T.R. sont indolores.

Vous posez le diagnostic d'urétrite non gonococcique.

- 1 Quels sont les éléments vous permettant de retenir ce diagnostic chez Mr G. PILLY ?
- 2 Quels sont les arguments en faveur d'une étiologie à *C. trachomatis* chez ce patient ?
- 3 Quels examens complémentaires allez-vous demander ?
- 4 Quel traitement allez-vous proposer ?
- 5 Quel aurait été le traitement proposé en cas de prostatite associée ?

Item 89 DOSSIER CLINIQUE 2

Monsieur R, routier, présente depuis 3 jours un écoulement urétral purulent associé à des brûlures mictionnelles.

L'interrogatoire vous apprend que le patient a eu il y a 1 semaine un rapport sexuel non protégé avec une prostituée.

L'examen clinique est normal en dehors de l'écoulement que vous retrouvez et d'une méatite.

1. Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ? Sur quels arguments ?
2. Quel(s) examen(s) complémentaires vous paraî(ssen)t important(s) à pratiquer ?
3. Quand et comment faites vous pratiquer l'examen de la sérologie syphilitique ?
4. Quel(s) est(sont) le(s) choix thérapeutique(s) possible(s) ?
5. L'épouse de Mr R., enceinte de 5 mois, mise au courant des infidélités de son mari est allée voir son médecin généraliste qui lui a demandé une sérologie syphilitique dont les résultats sont les suivants : VDRL positif, TPHA négatif.
Interprétez ces résultats.