

# **Item 158 (Item 89) – Infections génétales de l’homme. Écoulement urétral**

**Collège Français des Urologues**

2014

## Table des matières

1. Pour comprendre.....	3
2. Physiopathologie.....	3
3. Urétrite aiguë.....	3
3.1. Définition.....	3
3.2. Germes pathogènes.....	3
3.3. Épidémiologie.....	3
3.4. Signes cliniques.....	3
3.5. Diagnostic étiologique.....	4
3.6. Prise en charge thérapeutique.....	4
3.7. Consultation de suivi.....	4
4. Orchi-épididymite aiguë.....	4
4.1. Définition.....	4
4.2. Germes pathogènes.....	5
4.3. Épidémiologie.....	5
4.4. Signes cliniques.....	5
4.5. Signes paracliniques.....	6
4.6. Diagnostic étiologique.....	6
4.7. Prise en charge thérapeutique.....	6
5. Prostatite aiguë.....	7

## Objectifs ENC

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

### 1. Pour comprendre

Les infections génitales chez l'homme désignent les infections du tractus urogénital, depuis le testicule jusqu'au méat urétral. On distingue, de manière isolée ou associée, les infections de l'urètre (urétrite), de l'épididyme ou du testicule (orchi-épididymite), de la prostate (prostatite) ou du gland (balanite).

### 2. Physiopathologie

L'infection peut être d'origine urinaire (infection par voie rétrograde), sexuelle dans le cadre d'une infection sexuellement transmise (IST) ou plus rarement hématogène.

### 3. Urétrite aiguë

#### 3.1. Définition

L'urétrite est une inflammation de l'urètre et des glandes péri-urétrales. Elle est le plus souvent d'origine infectieuse et sexuellement transmise. Elle nécessite une information du patient et un traitement rapide en raison de la contagiosité et du risque de complications.

#### 3.2. Germes pathogènes

Les deux principaux germes sont *Chlamydia trachomatis* (germe intracellulaire) et *Neisseria gonorrhoeae* (gonocoque). On retrouve également *Mycoplasma genitalium* et *Trichomonas vaginalis* qui donnent des manifestations subaiguës. *Ureaplasma urealyticum*, dont la pathogénicité est discutée, est une cause plus rare d'urétrite.

#### 3.3. Épidémiologie

*Chlamydia trachomatis* est la première cause d'IST bactérienne dans les pays industrialisés. La prévalence du portage asymptomatique a été évaluée à environ 10 % dans certaines populations d'adultes de moins de 25 ans.

Pour *Neisseria gonorrhoeae*, le nombre de souches isolées en France est en augmentation. L'association de ces deux germes est fréquente (10–50 %). *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* peuvent se compliquer d'une épididymite ou prostatite chez l'homme, d'une endocervicite, endométrite ou salpingite chez la femme.

L'évolution spontanée se fait vers la guérison en quelques semaines pour *Neisseria gonorrhoeae* ou vers une forme chronique avec poussées intermittentes pour *Chlamydia trachomatis*. Les complications sont rares mais peuvent conduire à une sténose urétrale.

#### 3.4. Signes cliniques

L'incubation est de 3 à 10 jours pour *Chlamydia trachomatis*, et de 2 à 5 jours pour *Neisseria gonorrhoeae*, mais peut se prolonger jusqu'à 6 semaines. L'interrogatoire recherche des facteurs de risque : rapport non protégé entre 3 jours et 6 semaines avant le début des symptômes, partenaires multiples, antécédents d'IST.

Typiquement, il existe un **écoulement utéral**, purulent ou séreux, voire hémorragique, spontané en dehors des mictions, plutôt matinal, associé à des **brûlures mictionnelles**.

En l'absence d'écoulement, les symptômes sont : un prurit canalaire, des brûlures mictionnelles, une dysurie, une pollakiurie. Les signes généraux infectieux sont exceptionnels et doivent faire rechercher une infection parenchymateuse (prostatite, orchi-épididymite) ou une gonococcie généralisée. Il faut systématiquement rechercher une prostatite par le toucher rectal ou une orchi-épididymite associée par l'examen testiculaire. Les symptômes sont habituellement plus marqués dans les urétrites gonococciques, mais il peut exister un portage asymptomatique, surtout pour *Chlamydia trachomatis*. Des localisations rectales ou oropharyngées peuvent être associées et doivent être recherchées (surtout chez le patient homosexuel ou en cas de co-infection VIH).

### 3.5. Diagnostic étiologique

Le diagnostic étiologique repose sur les prélèvements pour examen microbiologique. Devant un écoulement urétral, celui-ci doit être prélevé avec un écouvillon, sans désinfection préalable et chez un patient qui n'a pas uriné depuis au moins deux heures. En l'absence d'écoulement, il faut réaliser un examen cytot bactériologique des urines (ECBU) sur le 1<sup>er</sup> jet urinaire.

L'examen microbiologique comprend :

- un examen direct (pour rechercher *Neisseria gonorrhoeae* et *Trichomonas vaginalis*) ;
- une mise en culture (pour rechercher *Neisseria gonorrhoeae* et les autres bactéries) ;
- une PCR (pour rechercher *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*).

### 3.6. Prise en charge thérapeutique

Les traitements probabilistes des urétrites non compliquées sont monodoses, permettant d'interrompre rapidement la contagiosité, de favoriser l'observance thérapeutique et de limiter la pression antibiotique, facteur de résistance. L'antibiothérapie probabiliste doit couvrir systématiquement *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* : ceftriaxone 500 mg 1 injection IV ou IM + azithromycine 1 g PO (1 prise) ou doxycycline 200 mg/j pendant 7 jours.

En cas de contre-indication aux  $\beta$ -lactamines, ceftriaxone est remplacée par spectinomycine 2 g 1 injection IM. En cas de refus ou d'impossibilité de traitement parentéral, ceftriaxone est remplacée par céfixime 500 mg PO (1 prise).

Dans tous les cas, il faut associer les mesures suivantes :

- abstinence sexuelle ou préservatifs jusqu'à la guérison ;
- dépistage et traitement des partenaires ;
- dépistage systématique des autres IST : VIH, VHB, syphilis.

### 3.7. Consultation de suivi

À J3, si les symptômes persistent, le patient doit être informé qu'il doit impérativement revenir en consultation pour adapter le traitement au résultat de l'antibiogramme si nécessaire.

À J7, systématiquement, pour vérifier la guérison clinique, effectuer un contrôle microbiologique de guérison et donner les résultats des sérologies.

## 4. Orchi-épididymite aiguë

### 4.1. Définition

L'orchi-épididymite est une inflammation du testicule et de l'épididyme, le plus souvent d'origine infectieuse. Les orchi-épididymites regroupent les épididymites, les orchites et les vraies orchi-épididymites.

## 4.2. Germes pathogènes

Le plus souvent, elle est secondaire à une infection et la voie habituelle de dissémination est rétrograde déférentielle. *Chlamydia trachomatis* et/ou *Neisseria gonorrhoeae*, transmis par voie sexuelle, sont retrouvés typiquement chez l'homme jeune. Les entérobactéries, *Staphylococcus aureus* ou entérocoque, transmis par voie urinaire rétrograde, sont retrouvés typiquement chez l'homme plus âgé et sont favorisés par l'existence d'un obstacle sous-vésical (sténose urétrale, HBP) ou des manœuvres endo-urétrales (sondage urétral, uréthro-cystoscopie). Plus rarement, il peut s'agir d'une localisation par voie hématogène du virus ourlien, de *Brucella* ou de *Mycobacterium tuberculosis*.

## 4.3. Épidémiologie

L'orchi-épididymite est secondaire à DEUX causes principales :

- une IST va progresser depuis l'urètre jusqu'au tractus épидидymaire (orchi-épididymite secondaire) ;
- un reflux d'urines infectées pour cause de mauvaise vidange vers le canal déférent, favorisé par un obstacle sous vésical ou vésical.

Ainsi, il existe deux groupes à risque :

- le sujet masculin, actif sexuel et avec plusieurs partenaires ;
- l'homme plus âgé avec troubles urinaires du bas appareil.

L'atteinte est bilatérale dans près de 10 % des cas.

## 4.4. Signes cliniques

Le diagnostic positif d'orchi-épididymite est clinique devant :

- une fièvre progressive ou brusque, d'intensité variable ;
- des douleurs scrotales intenses irradiant le long du cordon, d'installation rapide mais non brutale ;
- des signes inflammatoires locaux d'intensité variable, définissant un tableau de « grosse bourse aiguë douloureuse » : peau scrotale œdémateuse, tendue, luisante, chaude ;
- un épидидyme augmenté de volume ;
- la présence d'un nodule induré et douloureux à la palpation de tout ou partie de l'épididyme (queue > tête).

En cas d'orchi-épididymite, l'épididyme et le testicule sont confondus en une masse volumineuse avec disparition du sillon épидидymo-testiculaire (signe de Chevassu négatif). Une hydrocèle réactionnelle peut gêner l'examen clinique. L'infiltration du cordon spermatique ou funiculite est à rechercher également.

Classiquement, le soulèvement du testicule soulage la douleur (signe de Prehn positif) permettant de faire la distinction avec une torsion du cordon spermatique.

Il faut systématiquement rechercher une urétrite ou une prostatite associée au toucher rectal.

Le plus souvent, l'examen clinique permet d'éliminer les principaux diagnostics différentiels devant une « grosse bourse aiguë douloureuse » :

- torsion du cordon spermatique ;
- torsion d'annexe testiculaire (hydatide) ;
- cancer du testicule se présentant sous une forme aiguë ;
- traumatisme scrotal ;
- hernie inguinale engouée ou étranglée.

Il existe toutefois quelques formes particulières :

### 1) L'épididymite tuberculeuse

Elle est le plus souvent bipolaire touchant la queue et la tête de l'épididyme qui est décrit en « cimier de

casque ». Le tableau est le plus souvent chronique ou subaigu. La prise en charge est celle d'une tuberculose uro-génitale. Ce diagnostic doit aussi être évoqué en cas de traitement endo-vésical par BCG pour des tumeurs urotéliales de la vessie n'infiltrant pas le muscle.

## 2) L'orchite ourlienne

Les oreillons peuvent être à l'origine d'une orchite isolée. La résolution complète de l'épisode est la règle. Cependant, un risque de stérilité existe en cas d'atteinte simultanée des deux testicules.

## 3) L'orchite médicamenteuse

Lorsque le patient prend des doses d'amiodarone supérieure à 200 mg/J, il peut développer une orchite médicamenteuse. Lorsque l'on stoppe le médicament cette orchite disparaît.

## 4.5. Signes paracliniques

Aucun examen n'est indispensable car le diagnostic est clinique. Il existe le plus souvent un syndrome inflammatoire biologique. L'échographie-doppler du testicule peut aider lorsque l'examen clinique est non contributif ou lorsque l'on pense à une complication (abcès). Elle peut révéler :

- un œdème local et une distension de l'épididyme ;
- une hydrocèle ;
- une prolifération vasculaire ;
- un abcès.

## 4.6. Diagnostic étiologique

L'origine urinaire ou sexuellement transmise de l'infection est guidée par l'anamnèse en explorant notamment :

- l'âge ;
- la notion de contagio ou d'écoulement urétral ;
- les antécédents urologiques : sténose urétrale, HBP ;
- les antécédents récents de chirurgie, endoscopie, sondage urétral.

Cependant, le diagnostic de certitude repose sur les examens microbiologiques :

- l'ECBU du premier et du second jet urinaire (examen direct, mise en culture et PCR à la recherche de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*) ;
- les hémocultures : le plus souvent négatives.

## 4.7. Prise en charge thérapeutique

Le traitement antibiotique probabiliste doit être débuté dès les prélèvements bactériologiques effectués et sera secondairement adapté à l'antibiogramme. Le choix de l'antibiothérapie est guidé par le contexte. En cas de suspicion d'IST, plusieurs schémas sont possibles :

- ceftriaxone 500 mg en 1 injection IM suivie par :
  - soit doxycycline 200 mg/j pendant 10 jours,
  - soit azythromycine 1 g monodose ;
- ofloxacin 200 mg × 2/j pendant 10 jours.

Dans les autres formes, le choix antibiotique rejoint celui des prostatites : on utilisera volontiers des fluoroquinolones en première intention. Le cotrimoxazole est possible en relais en cas de souche sensible, pour une durée suffisamment longue, soit 14 jours pour une épididymite simple ou 4 à 6 semaines s'il existe une prostatite associée ou en cas de forme chronique.

L'hospitalisation doit être envisagée en cas de signes généraux sévères, surtout chez le sujet âgé, avec début de l'antibiothérapie IV.

Certaines mesures associées sont indispensables :

- suspensoir ou slip serré pour un effet antalgique rapide ;
- repos au lit les premiers jours ;
- anti-inflammatoires non stéroïdiens, en l'absence de risque de cellulite ;
- abstinence sexuelle ou préservatifs jusqu'à la fin du traitement ;
- dépistage des autres IST et de la partenaire en fonction du contexte.

Le recours à la chirurgie est rare, mais peut se voir en cas de nécessité de drainage d'un abcès, d'exérèse d'une zone de nécrose. Plus rarement, on réalisera une épидидymectomie, voire une orché-épididymectomie en cas de lésions chroniques mal contrôlées par le traitement médical.

L'évolution est le plus souvent favorable avec parfois la persistance d'un petit nodule séquellaire. Toutefois, si le diagnostic est tardif ou en cas de traitement insuffisant, l'évolution peut être compliquée par :

- un abcès épидidymaire ou testiculaire : fièvre élevée, douleur vive, masse fluctuante, risque de fistule à la peau ou dans la cavité vaginale ;
- une évolution chronique avec symptomatologie persistante ;
- une ischémie testiculaire pouvant évoluer vers l'infarctus, la nécrose ou l'atrophie testiculaire ;
- une infertilité séquellaire.

À distance de l'infection, il faut rechercher une cause favorisante, notamment chez le sujet âgé ou en cas de forme récidivante (HBP, sténose urétrale, uropathie malformative).

## 5. Prostatite aiguë

Sur ce sujet, cf. [chap 7 : item "Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte"](#).