

# LES URETRITES

---

## SOMMAIRE

- [\*\*1. INTRODUCTION\*\*](#)
- [\*\*2. ETIOLOGIE\*\*](#)
- [\*\*3. CLINIQUE ET DIAGNOSTIC\*\*](#)
- [\*\*4. STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE\*\*](#)
- [\*\*5. PRÉVENTION\*\*](#)
- [\*\*6. LES POINTS LES PLUS IMPORTANTS\*\*](#)
- [\*\*7. RÉFÉRENCES\*\*](#)

# LES URETRITES

## 1 INTRODUCTION

L'urétrite est la manifestation clinique la plus fréquente des infections sexuellement transmissibles (IST). Elle est depuis plusieurs années en recrudescence en Suisse. Le médecin de premier recours joue un rôle essentiel dans la prise en charge des malades et de leurs partenaires, mais aussi dans la prévention des IST.

## 2 ETIOLOGIE

Les pathogènes retrouvés ([tableau 1](#)) varient en fonction de la population examinée et un lien causal n'est pas démontré pour tous. Chlamydia trachomatis et *Nesseria gonorrhoea* sont les premiers pathogènes mis en cause et *C. trachomatis* est la plus fréquente des IST bactérienne dans les pays industrialisés (environ 15 à 41 % des urétrites). Une infection mixte est fréquente. Vingt à 25 % des hommes avec une infection à *N. gonorrhoea* ont une infection concomitante à *C. trachomatis*.

1 <i>Neisseria gonorrhoea</i> (gonocoque)	5 <i>Mycoplasma hominis</i>
2 <i>Chlamydia trachomatis</i>	6 <i>Trichomonas vaginalis</i>
3 <i>Mycoplasma genitalium</i>	7 <i>Herpes simplex virus</i>
4 <i>Ureaplasma urealyticum</i>	8 Autres : adénovirus, streptocoques B

[Tableau 1 : Pathogènes des urétrites \(par ordre de fréquence décroissant\)](#)

## 3 CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

L'anamnèse est diagnostique : dysurie ou gêne urétrale avec ou sans écoulement ou rougeur du méat dans un contexte de rapport sexuels non protégés récents (jours-semaines). L'examen des organes génitaux vise alors à confirmer une rougeur/un écoulement du méat urétral et/ou du col utérin (l'infection primaire chez la femme étant une cervicite puis une urétrite) et à rechercher d'éventuelle lésions herpétiques.

Le tableau clinique des 2 germes les plus fréquents est résumé dans le [tableau 2](#). Il convient d'exclure à l'anamnèse et au status des complications : prostatite, épидidymite, infection urinaire, infection disséminée, proctite, pharyngite (souvent asymptomatique).

<i>C. Trachomatis</i>	<i>N. Gonorrhoea</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>Asymptomatique (jusqu'à 50%)</li><li>Ecoulement et /ou dysurie (jusqu'à 50%) des cas</li><li>Epididymites et autres complications locale (2%)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Asymptomatique: 10%</li><li>Ecoulement (dysurie seule dans 53% des cas), épидidymite</li><li>Extragénitale: proctite, pharyngite (souvent asymptomatique)</li><li>Complications: abcès, prostatite, épидidymite, infection disséminée</li></ul>

[Tableau 2 : clinique de l'urétrite à \*N. Gonorrhoea\* ou à \*C. Trachomatis\*](#)

## 4 STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE

### 4.1 Recherche de leucocyturie

On recherche d'abord une leucocyturie soit par une lecture quantitative au sédiment urinaire ( $>10$  PMN/champ (400 x) ou au Gram ( $>5$  PMN/champ (400x)), soit par une lecture qualitative à la bandelette avec test d'estérase leucocytaire positif.

### 4.2 Microbiologie

Tout patient avec une suspicion clinique d'urétrite ou avec leucocyturie doit être testé pour C. Trachomatis et N. Gonorrhoea. La PCR dans les urines du matin ou d'une vessie pas vidée depuis  $>2$ h (afin que les cellules urétrales soient présentes 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 surtout réalisé à titre épidémiologique car il permet de suivre l'évolution des résistances. Les caractéristiques des tests microbiologiques sont résumées dans les tableaux 3 à 5

	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 si vessie non vidée depuis $>2$ h
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	Ø rôle dans infection aiguë	

Tableau 3 Méthodes diagnostiques pour une infection uro-génitale à C. Trachomatis

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

Tableau 4 Méthodes diagnostiques pour une infection uro-génitale à N. Gonorrhoea

T. Vaginalis	Culture (milieu spécial) ou PCR urines (début jet) Examen direct moins sensible
M. Genitalium	PCR 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)

Tableau 5 Méthodes diagnostiques pour une infection uro-génitale à autres germes. IFD = immunofluorescence directe

## **4.3 Traitement**

### **4.3.1 Si écoulement purulent ou leucocyturie**

En présence de d'un **écoulement purulent ou** d'une **leucocyturie** (bandelette urinaire/sédiment) **ou** d'un **examen direct positif** (Gram >5 bactéries/champ (400x)) un traitement empirique pour C. Trachomatis (tableau 6) et N.Gonorrhoea est recommandé (tableau 7).

#### **4.3.1.1 Traitement de l'urétrite à C. Trachomatis**

1<sup>er</sup> choix :

Azithromycine 1gr PO en dose unique

Ou

Doxycycline 100 mg PO 2x/j pdt 7 jours

2<sup>ème</sup> choix :

Erythromycine 500 mg PO 4x/j pdt 7 jours

Ou

Ofloxacin 300 mg PO 2x/j pdt 7 jours

Ou

Levofloxacin 500 mg PO 1x/j pdt 7 jours

#### Tableau 6 : Traitement de l'urétrite à C. Trachomatis

L'azithromycine et la doxycycline sont d'efficacité identique pour le traitement d'une urétrite à chlamydia mais la compliance est meilleure avec un traitement administré en dose unique. M. Genitalium répondre probablement mieux à l'azithromycine.

#### **4.3.1.2 Traitement de l'urétrite à N. Gonorrhoea**

L'émergence de souches de N. Gonorrhoea résistantes aux quinolones est documentée dans de nombreux pays et il y a 50% de résistance aux quinolones à Genève. La Ceftriaxone est par conséquent le traitement de choix.

1<sup>er</sup> choix : Ceftriaxone 250 mg IM ou Cefixime 400 mg PO en dose unique

2<sup>ème</sup> choix : Spectinomycine 2 gr IM \*\*

#### Tableau 7 : Traitement de l'urétrite à N. Gonorrhoeae \*

Une dose de 500mg de Ceftriaxone IM peut-être donnée au patient et au partenaire en cas de suspicion de résistance clinique. \*\* Le traitement de spectinomycine est réservé en cas d'allergie aux céphalosporines ou de résistance clinique et/ou microbiologique documentée à la ceftiaxone et au cefixime.

En cas d'urétrite résistante il convient d'adresser le patient à la consultation spécialisée des IST de dermatologie ou des maladies infectieuses. Un stock hospitalier de spectinomycine est disponible pour les situations particulières. Selon l'évolution épidémiologique et microbiologique, des recommandations de surveillances seront diffusées aux MPR.

Dans tous les cas une abstinence sexuelle est recommandée pendant une semaine après le traitement.

### **4.3.2 Si absence d'écoulement ou de leucocytes**

En l'absence d'écoulement ou de leucocytes, le traitement peut être différé en attendant le résultat des prélèvements (PCR) qui prennent en général 48-72h.

### **4.3.3 Urétrite récurrente**

En premier lieu, il faut exclure un manque de compliance ou une réinfection avec un partenaire. Puis on doit :

- Exclure une résistance aux antibiotiques
- Rechercher des pathogènes moins fréquent pouvant causer une urétrite sans lésion visible ni leucocyturie, comme l'Herpes simplex, le Trichomonas vaginalis, l'*U. urealiticum*, le *M. genitalium* et un HPV

On traite alors spécifiquement le germe ou l'on introduit un traitement empirique de Métronidazole 2g PO dose unique pour éradiquer un potentiel Trichomonas

En cas d'échec, une consultation spécialisée s'impose.

S'il n'y a pas de cause infectieuse, on évoquer alors des diagnostics différentiels tels que : tumeur, irritation (spermicide, savon etc...)

## **5 PREVENTION**

A chaque suspicion ou confirmation d'urétrite, il convient de dépister et de traiter une urétrite chez les partenaires et de dépister d'autres IST avec l'accord du patient :

- Syphilis (anticorps ou VDRL)
- Hépatite B (HBs Antigène)
- HIV (sérologie HIV 1 et 2)
- Hépatite C (sérologie)

En cas de négativité de ces dépistages, on les répète à distance (3 mois).

On pratiquera ensuite un message de prévention de la transmission des IST (l'abstinence ou l'usage du préservatif étant les moyens les plus efficaces)

Enfin en cas de non immunité, on proposera une vaccination contre l'hépatite B (3 doses)

## **6 LES POINT LES PLUS IMPORTANTS**

- L'absence de leucocyturie (à la bandelette ou au sédiment urinaire) lors de symptômes typique d'urétrite n'exclu pas son diagnostic et les germes principaux responsables de cette infection (*N. Gonorrhoeae* et *C. Trachomatis*) doivent être recherchés.
- La PCR pour *N. Gonorrhoeae* et *C. Trachomatis* dans les urines est le test le plus sensible et le plus spécifique pour le diagnostic d'urétrite.
- Le traitement de l'urétrite repose sur une double antibiothérapie en monodose s'il n'y a pas d'allergie : ceftriaxone IM et azithromycine PO, les partenaires devant également bénéficier de ce traitement
- La recherche clinique et sérologique des autres infections sexuellement transmises doit être proposée dans tous les cas (HIV, Hépatite B et C, VDRL).

## **7 REFERENCES**

1. Sexually transmitted Disease Treatment. Guidelines, 2006. CDC
2. F.Bally, N.Troillet. Diagnostic et prise en charge de l'urétrite. [Rev Med Suisse](#). 2006 Oct 11;2(82):2282-4, 2286.
3. M. Van Vranken. Prevention and treatment of sexually transmitted Disease. An update. [Am Fam Physician](#). 2010 Apr 1;81(7):873-8.
4. S. Abraham, V. Piguet et al. Increased incidence of sexually transmitted infections in Geneva, Switzerland. Dermatology 2006;212:41-46.
5. K.Jaton, G.Greub Chlamydia: signe d'appel, diagnostic et traitement. [Rev Med Suisse](#). 2005 Mar 30;1(13):895-8, 901-3.

Première édition : 25 avril 1997 par L. Jelk Morales et H. Stalder

Mises à jour : 25 janvier 2001 par L. Buswell, R. Auckenthaler et H. Stalder

novembre 2010 par Dr L. Pellicciotta et Dr L. Toutous-Trellu

Pour tout renseignement, commentaire ou question: [marie-christine.cansell@hcuge.ch](mailto:marie-christine.cansell@hcuge.ch)