

Écoulement urétral chez l'homme

1. Manifestations cliniques

L'urétrite ou inflammation de l'urètre chez l'homme se traduit par l'association d'un écoulement urétral et de brûlures urétrales et mictionnelles apparaissant quelques jours à quelques semaines après un rapport sexuel infectant. Une incubation courte avec des manifestations cliniques bruyantes (pus jaune-blanchâtre et douleurs urétrales) évoque une gonococcie alors qu'une incubation plus longue associée à un écoulement plus discret translucide est évocateur d'une urétrite non gonococcique. Toutefois, les associations de germes sont fréquentes et cette distinction n'a guère de portée pratique. C'est une urgence compte tenu du risque de contagiosité et des complications possibles.

2. Étiologies

Les causes les plus fréquentes sont *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*. Les causes plus rares sont *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Herpes simplex*, *Candida albicans* et le CMV.

Il existe des causes non infectieuses.

3. Urétrite à gonocoques

3.1. Physiopathologie

Ces diplocoques Gram négatif se développent dans l'épithélium de l'urètre auquel ils adhèrent par leurs pilis. Ils peuvent gagner les glandes de Cowper, de Littre et de Tyson, la prostate, les vésicules séminales et les épидidymes. La destruction en plaques de l'épithélium entraîne la production typique d'un écoulement purulent et des douleurs mictionnelles. En l'absence de traitement, la réaction inflammatoire aboutit à des rétrécissements fibreux de l'urètre. Les gonocoques sont hautement infectieux et un petit nombre d'hommes sont porteurs asymptomatiques. La virulence, le site d'infection, les signes cliniques et la sensibilité aux antibiotiques varient selon les souches.

La résistance bactérienne du gonocoque est de plus en plus préoccupante, en particulier depuis 2010.

La baisse de la sensibilité aux pénicillines par mutation chromosomique des PLP 1 et 2 et plasmidique transférable devient de plus en plus fréquente (entre 30 et 50 %). On évalue à plus de 70 % la résistance aux tétracyclines. L'utilisation large des fluoroquinolones en ville a conduit à une augmentation des taux de résistance entre 1990 et 2010 à un niveau très disparate entre les pays en voie de développement et les pays dits développés. Depuis 2010 est décrite une résistance à la ceftriaxone secondaire à l'utilisation du cefixime oral dans cette indication.

Dès lors un antibiogramme devra être réalisé pour toute urétrite à gonocoque.

La transmission se fait par voie sexuelle. Les groupes à risque sont ceux habituels des infections sexuellement transmissibles (IST). La gonococcie n'est pas immunisante. Les risques sont les complications aiguës et chroniques, les séquelles fibreuses (rétrécissement urétral, stérilité) et la dissémination hématogène (arthrites).

3.2. Signes cliniques

L'incubation est courte : 4 à 6 jours. Le premier signe est l'irritation du méat urinaire, suivi de brûlures mictionnelles (« chaude pisse ») et d'un écoulement trouble puis franchement purulent, visible spontanément au méat (« goutte matinale ») ou après expression urétrale (photo 1). Des filaments purulents peuvent se voir dans les urines lors du premier temps de la miction à l'épreuve des deux verres. Une hématurie terminale, une balanite, un œdème du prépuce et des adénopathies inguinales sensibles sont rares. Il n'y a pas de fièvre en l'absence de dissémination septicémique.

Photo 1. Écoulement purulent urétral gonococcique (Collection IMTSSA Le Pharo Marseille)



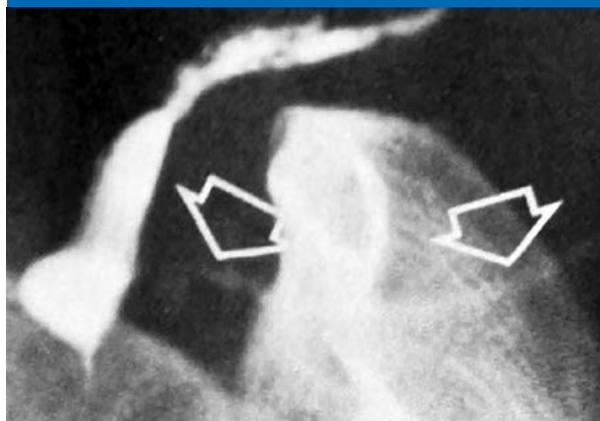
On recherche systématiquement et on prélève d'autres localisations gonococciques qui peuvent être isolées ou associées à l'urétrite :

- conjonctivite : par auto-inoculation à partir de l'urétrite : œdème, photophobie, sécrétions purulentes ;
- pharyngite : la contamination se fait par fellation ou cunnilingus. Elle est souvent asymptomatique ou marquée par une angine banale. Cette localisation est une cause non négligeable de contagion ;
- proctite : asymptomatique ou marquée par un ténesme, des épreintes ou un suintement anal. En rectoscopie, la muqueuse est congestive, parfois recouverte de muco-pus qui est prélevé. Un petit nombre de cas sont asymptomatiques et découverts à l'occasion d'un dépistage chez des sujets contact.

3.3. Complications

- Rétrécissement urétral marqué par une dysurie, la faiblesse du jet mictionnel ou une complication ; il peut survenir des mois ou des années après l'urétrite aiguë. Il est objectivé par l'urétrographie ou l'urétroscopie et siège surtout au niveau du méat ou de l'urètre bulbaire (photo 2). Des dilatations traumatiques par bougies et des infections iatrogènes aggravent le rétrécissement. Ses complications sont l'infection urinaire, la rétention vésicale, les fistules pelviennes, l'hydronéphrose, les pyélonéphrites et l'HTA.

Photo 2. Sténose urétrale et fistule post-gonococcique (urétrographie)



- Prostatites : la prostatite aiguë est observée au décours des urétrites trop tardivement traitées. La prostatite chronique est rarement due aux gonocoques.
- L'atteinte épidydimaire bilatérale est une cause de stérilité masculine.

- La dissémination systémique survient dans moins de 5 % des cas : fièvre, lésions cutanées (macules, vésicules, pustules, lésions hémorragiques) et arthrites (polyarthrite puis mono- ou biarthrites purulentes touchant volontiers les genoux) sont évocatrices. On recherche les gonocoques par hémocultures, dans le pus des pustules ou dans le liquide articulaire, inflammatoire et riche en polynucléaires.
- Périhépatite (syndrome de Fitz-Hugh-Curtis) : rare chez l'homme, elle se traduit par des douleurs de l'hypochondre droit et, en laparoscopie, par des adhérences périhépatiques en « cordes de violon ».

4. Urétrites non gonococciques

Il s'agit surtout d'urétrites subaiguës marquées par un écoulement urétral clair, peu de brûlures mictionnelles ou une « goutte matinale ». Elles sont principalement dues à *Chlamydia trachomatis*. Elles entraînent les mêmes complications que les urétrites gonococciques. Sinon, l'infection est latente, découverte à l'occasion d'une complication ou d'un dépistage. *Mycoplasma genitalium* est une bactérie intracellulaire dont le pouvoir pathogène est discuté chez l'homme mais qui pourrait être source de morbidité chez la femme. Il faut le suspecter lors des urétrites récidivantes (il serait responsable de 10 à 20 % des cas). Les recommandations actuelles sont de ne pas le rechercher systématiquement mais seulement lors d'une urérite récidivante non gonococcique. Il faudrait dans ce cadre réaliser une culture avec recherche de la résistance aux macrolides.

Neisseria gonorrhoeae, *Chlamydia trachomatis* et *Mycoplasma genitalium* sont responsables de plus de 90 % des urétrites chez l'homme.

5. Diagnostic biologique

Un prélèvement bactériologique doit être fait dès que le patient se plaint de signes d'urérite. On cible les localisations ano-rectales et pharyngées surtout chez les HSH pour lesquels les 3 sites seront prélevés. L'objectif de ce prélèvement est de confirmer le diagnostic et de réaliser un antibiogramme. La méthode de référence est de réaliser deux PCR CT/NG, une sur un premier jet d'urine et l'autre sur l'écoulement urétral. Cette méthode permet d'identifier le micro-organisme responsable de l'écoulement urétral et les infections concomitantes par l'étude du premier jet d'urine.

Un prélèvement bactériologique de l'écoulement est réalisé pour l'examen direct (plus de 5 leucocytes par champ au grossissement de 100), sensible et spécifique chez l'homme (photo 3) ainsi que pour la culture et l'antibiogramme. L'examen direct mène devant l'absence de polynucléaires à rechercher des filaments mycéliens, voire des *Trichomonas vaginalis* (photo 4) ou oriente vers une cause non infectieuse.

Photo 3. Gonocoques à l'examen direct du prélèvement urétral

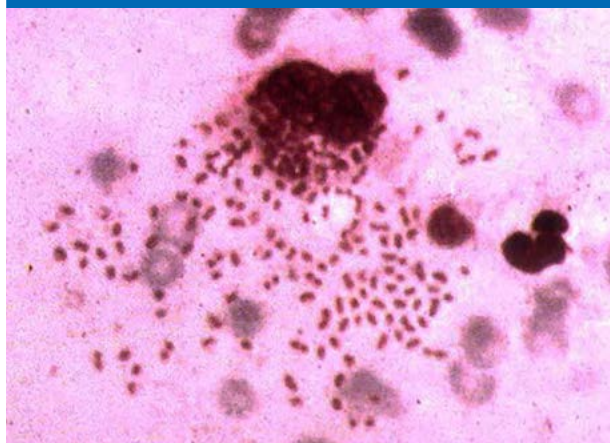


Photo 4. *Trichomonas vaginalis* à l'examen direct

(O. Eloy, Parasitologie, Versailles)

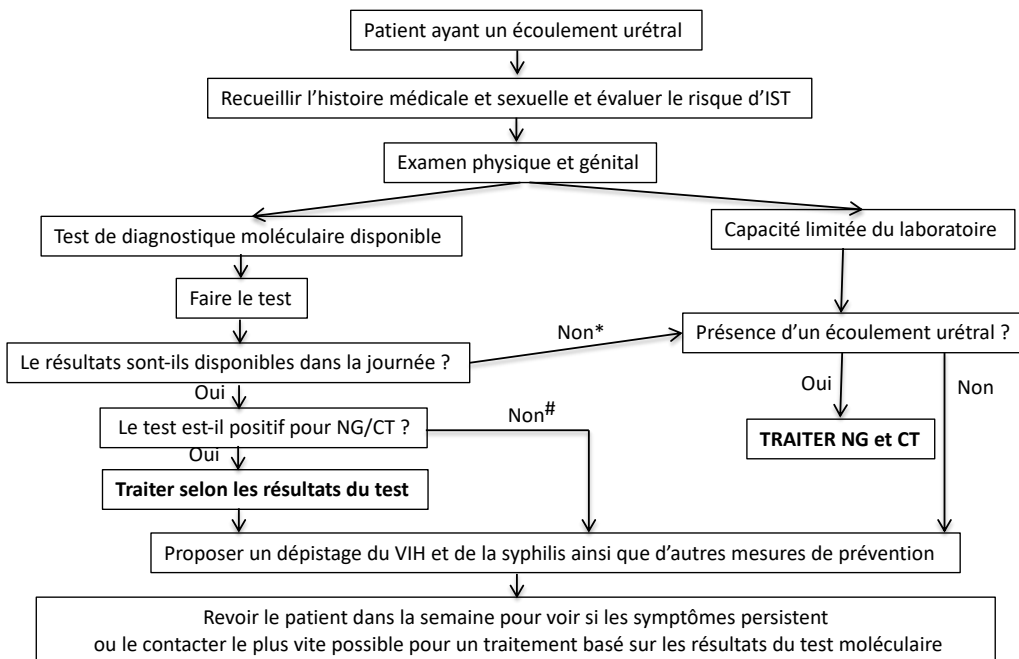


6. Traitement

6.1. Schémas de prise en charge

Au niveau 1, les signes cliniques orientent vers un traitement présomptif (figures 1 et 2). Aux niveaux 2 et 3, les prélèvements microbiologiques permettent un traitement étiologique.

Figure 1. Arbre décisionnel pour la prise en charge d'un écoulement urétral chez l'homme
(d'après OMS, Lignes directrices pour la prise en charge des IST symptomatiques, Juillet 2021)



NG : *N. gonorrhoeae* CT : *C. trachomatis*

*Si le test moléculaire a été fait mais que les résultats ne sont pas disponibles le jour même, modifier le traitement syndromique prescrit en tenant compte des résultats de ce test quand ils seront disponibles.

Si le test est négatif mais qu'il existe un écoulement urétral, traiter comme pour une urétrite non due à des gonocoques ou des Chlamydiae (urétrite à *M. genitalium*, *T. vaginalis* ou *Herpes simplex*).

6.2. Traitement antibiotique

6.2.1. Le traitement antibiotique probabiliste (syndromique) doit être mis en œuvre immédiatement.

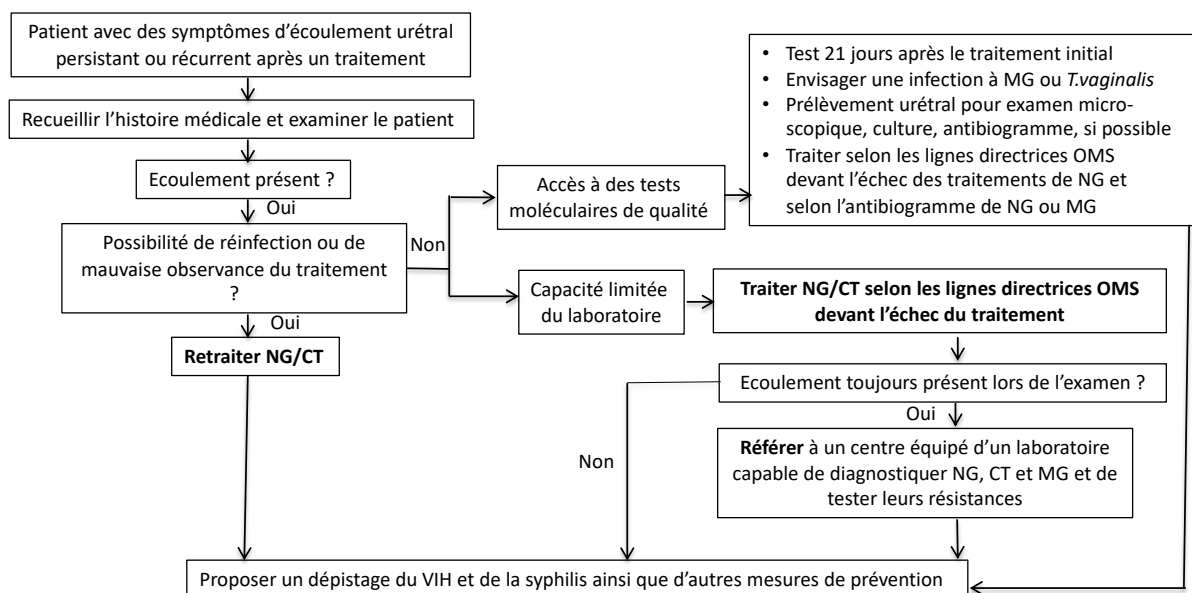
Le schéma recommandé est le suivant, associant systématiquement le traitement anti gonococcique et anti-Chlamydiae :

- traitement anti gonococcique (privilégier les monodoses) : ceftriaxone : 1 g en une seule injection IV ou IM ; si contre-indication des bêta-lactamines, spectinomycine : 2 g en une seule injection IM, gentamicine IM : 240 mg ou azithromycine PO : prise unique de 2 g ; le cefixime PO (400 mg en prise unique) est utilisé uniquement après antibiogramme ;
- associé à un traitement anti-Chlamydiae : azithromycine : 1 g PO x 2 ou doxycycline PO : 200 mg/j en 2 prises/j pendant 7 jours.

6.2.2. Urétrite à *Mycoplasma genitalium*

- doxycycline PO : 200 mg/j pendant 7 jours puis azithromycine PO : dose de charge de 1 g puis 500 mg/j durant 4 jours ;
- moxifloxacin PO.

Figure 2. Prise en charge d'un écoulement urétral persistant ou récurrent chez l'homme
(d'après OMS, Lignes directrices pour la prise en charge des IST symptomatiques, Juillet 2021)



NG : *N.gonorrhoeæ* CT : *C.trachomatis* MG : *Mycoplasma genitalium*

6.2.3. Urétrite à *Trichomonas vaginalis*

- tinidazole PO : 4 comprimés de 500 mg en prise unique ;
- métronidazole PO : 2 g en prise unique.

Dans tous les cas il faut traiter aussi les partenaires et contrôler la guérison.

7. Prévention

Voir le chapitre « [Épidémiologie des IST](#) ».

Site web recommandé (accès libre) concernant ce chapitre :

Lignes directrices pour la prise en charge des IST symptomatiques. OMS. Juillet 2021.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>