

Département de médecine communautaire,  
de premier recours et des urgences  
Service de médecine de premier recours

## URETRITES

C.Delémont<sup>1</sup>, L Toutous Trélu<sup>2</sup> 2013

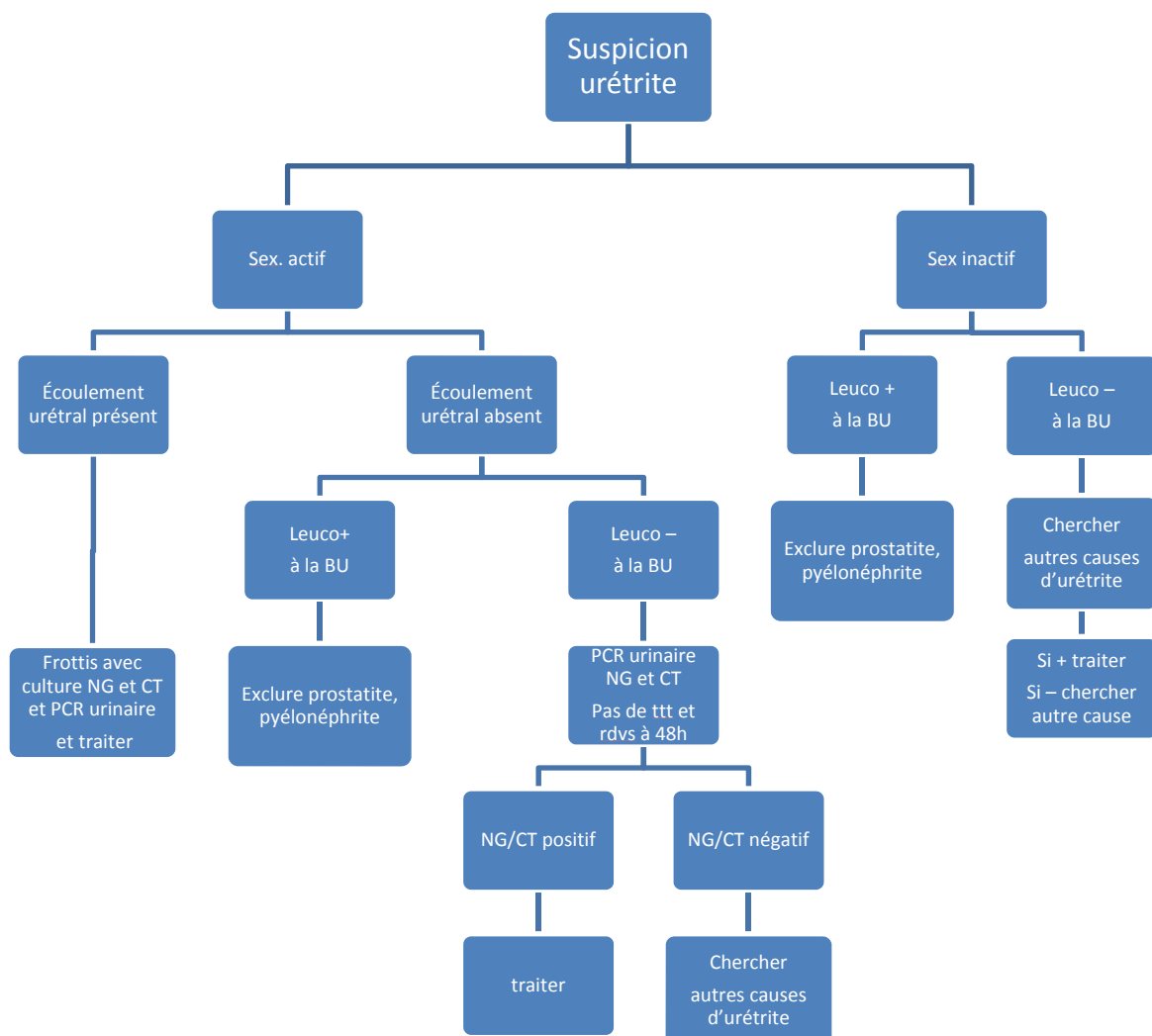
<sup>1</sup>Service de médecine de premiers recours

<sup>2</sup>Service de dermatologie et vénérologie

**2013**

### LES POINTS À RETENIR

- L'absence de leucocyturie (à la bandelette ou au sédiment urinaire) lors de symptômes typique d'urétrite n'exclut 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
- En raison de résistances possible à plusieurs antibiotiques dont la ceftriaxone, la culture de tout écoulement visible pour recherche de *N. gonorrhoeae* est fortement recommandée
- Le traitement de choix de l'urétrite à *N. gonorrhoeae* est la ceftriaxone 500 mg IM (+ azithromycine 2g PO si sensibilité inconnue) et celui de l'urétrite à *C. trachomatis* l'azithromycine 1 gr PO en dose unique
- Les germes les *plus fréquemment* retrouvés en cas d'urétrite NGNC sont *U. urealyticum*, *M. genitalium* et *T. vaginalis*
- La recherche clinique et sérologique des autres infections sexuellement transmises doit être proposée dans tous les cas (HIV, Hépatite B et C, ELISA syphilis)



## URETRITES

### 1. INTRODUCTION

L'urétrite est une inflammation de l'urètre dont l'origine est essentiellement infectieuse mais peut également être inflammatoire ou irritative. Elle est la manifestation clinique la plus fréquente des infections sexuellement transmissibles (IST).

### 2. DEFINITION ET CLASSIFICATION

Les agents pathogènes les plus souvent retrouvés sont *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* et une infection mixte est fréquente (25 % des cas). D'autres pathogènes peuvent également être responsable d'urétrite, notamment *Mycoplasma genitalium*, *ureaplasma urealyticum* et *trichomonas vaginalis* et sont à rechercher en présence d'urétrite non gonocoque et non chlamydia (NGNC) ou récurrente. Le tableau 1 regroupe les pathogènes et leurs prévalences quand connues.

1 <i>Neisseria gonorrhoea</i> (25%)	5 <i>Mycoplasma hominis</i>
2 <i>Chlamydia trachomatis</i> (15-40%)	6 <i>Trichomonas vaginalis</i>
3 <i>Mycoplasma genitalium</i> (15-25%)	7 Herpes simplex virus
4 <i>Ureaplasma urealyticum</i>	8 Autres : adénovirus, streptocoques B, candida

**Tableau 1** : pathogènes de l'urétrite (et prévalence)

### 3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

Pollakiurie, dysurie, algurie et douleurs urétrales sont les symptômes classiques de l'urétrite. Toutefois ces symptômes urinaires bas sont également retrouvés en cas de cystite, prostatite, épидидymite ou pyélonéphrite. Si chez l'homme, l'urétrite est souvent très symptomatique, chez la femme, l'infection, qui peut également se manifester sous forme de vaginite, cervicite ou maladie inflammatoire du pelvis, peut être asymptomatique, il s'agit donc de la rechercher même en l'absence de symptômes si un contact à risque est avéré.

Certains éléments anamnestiques ou cliniques orientent vers une étiologie spécifique à l'urétrite :

- Un écoulement urétral épais et purulent avec un contact sexuel à risque dans les 3 à 10 jours qui précèdent évoque une infection à *N. gonorrhoeae*
- Un écoulement urétral moins abondant et plus clair avec une incubation plus longue (1 à 6 semaines) oriente sur *C. trachomatis*
- La présence de lésions muqueuses, ulcère, vésicule ou chancre doit faire rechercher un herpès, une syphilis, un lymphogranulome ou un chancre mou

Les éléments anamnestiques indispensables sont donc : la recherche d'une activité sexuelle non protégée, des antécédents d'épisodes similaires, des symptômes similaires chez le partenaire, la présence d'un écoulement urétral ou vaginal, un prurit, la présence d'un état fébrile, de douleurs lombaires ou testiculaires, une pharyngite associée.

A l'examen clinique on recherche : la présence de fièvre, une rougeur du méat, un écoulement urétral ou du col utérin, des lésions muqueuses génitales, une tuméfaction ou douleur testiculaire, des douleurs lombaires.

## 4. DIAGNOSTIC

### 4.1. 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. Une leucocyturie importante doit faire évoquer, selon le contexte clinique, une cystite, pyélonéphrite ou prostatite à germes urinaires classiques. L'absence de leucocyturie est fréquente lors d'urétrite et ne doit pas faire écarter ce diagnostic.

### 4.2. Microbiologie

Chez un patient sexuellement actif, il faut rechercher *N. gonorrhoea* et *C. trachomatis*. Ceci peut se faire par PCR dans l'urine avec une très bonne sensibilité et spécificité ou pour *N. gonorrhoea*, par culture d'un frottis, urétral ou cervical, qui permet alors d'obtenir un antibiogramme. Ce dernier est particulièrement important en cas de récurrence ou d'échec du traitement afin d'objectiver une éventuelle résistance et également à but épidémiologique mais il peut être inconfortable pour le patient et sa sensibilité dépend de la qualité du prélèvement.

En cas d'urétrite NGNC, on peut chercher les autres germes potentiellement responsables de la symptomatologie. Le tableau 2 regroupe les pathogènes et leurs méthodes de détection.

<i>N. gonorrhoea</i>	PCR urinaire, urétrale (sensibilité 90-99%) ou endocervicale
	Frottis avec Gram et culture (sensibilité 65-85%, permet antibiogramme)
<i>C. trachomatis</i>	PCR urinaire, urétrale (sensibilité 90-98%) ou endocervicale
	Culture (sensibilité 70-80%). Non fait en routine
<i>T. vaginalis</i>	PCR urinaire ou endocervicale
	Culture (milieu spécial). Examen direct moins sensible
<i>M. genitalium</i>	PCR urinaire, urétrale ou endocervicale, culture
<i>U. urealyticum</i>	Culture urinaire ou sur frottis
<i>Herpes simplex</i>	PCR ou culture (frottis urétral ou lésions). IFD en dermatologie si lésions récentes.

**Tableau 2** : Pathogènes et méthodes diagnostiques (IFD = immunofluorescence directe)

## 5. PRISE EN CHARGE

### 5.1. Instauration du traitement

En cas de forte suspicion clinique (exposition sexuelle, écoulement urétral objectivé) un traitement ciblant *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* doit être immédiatement instauré après avoir fait les prélèvements nécessaires.

Sinon, on attendra les résultats des prélèvements pour cibler le traitement. En moyenne seuls 5 à 10% des recherches de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* sont positives (urgences HUG) donc en traitant tout patient avant l'obtention du résultat, on surtraite beaucoup de patients. Ne pas oublier de traiter également le(s) partenaire(s) cas échéant et informer sur la nécessité d'utiliser un préservatif lors de rapport sexuel jusqu'à 7j après traitement.

## 5.2. Traitement de l'urétrite à *N. gonorrhoea*

L'émergence de souches de *N. Gonorrhoea* résistantes aux quinolones est documentée dans de nombreux pays, en particulier en Europe et il y a 50% de résistance aux quinolones à Genève. La Ceftriaxone est par conséquent le traitement de choix mais des résistances cliniques et microbiologiques ont été documentées dans tous les pays limitrophes. Des résistances microbiologiques sont aussi bien documentées en Suisse. Les doses recommandées ont donc été augmentées :

1er choix : Ceftriaxone 500 mg IM ou Cefixime 400 mg PO en dose unique  
ET azythromycine 2g po  
2ème choix : Spectinomycine 2 gr IM \* ET azythromycine 1g po

**Tableau 3** : Traitement de l'urétrite à *N. Gonorrhoeae*. \*

Le traitement de spectinomycine est réservé en cas d'allergie aux céphalosporines ou de résistance clinique et/ou microbiologique documentée à la ceftriaxone et au cefixime. La spectinomycine n'agit que sur la localisation urétrale de l'infection (d'où l'azythromycine en cas de localisation pharyngée ou anale possible en plus).

L'association de ceftriaxone 500 avec azithromycine 2gr sera faite si le patient ne peut pas être revu (traité de façon syndromique) ou en cas de PCR positive. Si une culture a été faite, le traitement sera ciblé selon l'antibiogramme. Il est recommandé de contrôler à 1 semaine la résolution de l'infection si la ceftriaxone n'a pas pu être utilisée (allergie ou indisponibilité). En cas de persistance des symptômes, un prélèvement par culture doit être obtenu s'il n'a pu être fait dès le départ.

## 5.3. 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.

**1er choix :**  
**Azithromycine 1gr PO en dose unique**  
**Ou**  
**Doxycycline 100 mg PO 2x/j pdt 7 jours**  
**2ème 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 4 :** Traitement de l'urétrite à *C. Trachomatis*

Si un contrôle biologique post traitement doit être fait (en raison de la persistance de symptômes par ex), un délai d'1 mois est nécessaire pour refaire une PCR car elle restera positive dans ce délai même en cas d'éradication du germe.

#### 5.4. Traitement des autres pathogènes

Le tableau ci-dessous illustre le traitement des principaux autres pathogènes de l'urétrite NGNC.

pathogène	traitement
<i>U. urealyticum</i>	Azithromycine 1gr PO en dose unique ou doxycycline 100 mg PO 2x/j pdt 7 jours
<i>M. genitalium</i>	Azithromycine 1gr PO en dose unique ou doxycycline 100 mg PO 2x/j pdt 7 jours
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Métronidazole 2g p.o en prise unique
<i>Herpes simplex</i>	Primoinfection : aciclovir 200 mg PO 5x/j pdt 10 jours ou valaciclovir 500 mg PO 2x/j pdt 10 jours Récurrence : idem mais 3j au lieu de 10

**Tableau 5 :** Traitement de l'urétrite NGNC selon le pathogène

#### 5.5. Echec de traitement ou récurrence

En cas de persistance des symptômes, les pistes suivantes seront explorées :

- la compliance médicamenteuse
- la possibilité de réinfection (même partenaire ou nouveau)
- une résistance aux antibiotiques
- un pathogène moins fréquent en particulier si les recherches de *N. gonorrhoea* et *C. trachomatis* sont négatives

S'il n'y a pas de cause infectieuse, il faut évoquer des diagnostics différentiels tels que : tumeur, irritation (spermicide, savon etc...), vessie hyperactive, cystite intersticielle ou autres troubles de la vidange vésicale. Un avis spécialisé auprès d'un urologue ou gynécologue s'impose alors.

## 5.6. Bilan de dépistage en cas d'IST

En cas d'urétrite confirmée à *N. gonorrhoea* et *C. trachomatis*, il convient de dépister et de traiter une urétrite chez les partenaires et de dépister d'autres IST avec l'accord du patient :

- Syphilis (ELISA)
- Hépatite B (HBs Antigène ou vérifier anti HBs si vacciné)
- HIV (sérologie HIV 1 et 2)
- Hépatite C (sérologie)

Un suivi sérologique devra être fait à 3 mois (HIV, hépatite B et C) et 6 mois (hépatite B et C). Un message de prévention sur la transmission des IST et la recommandation d'utilisation du préservatif devra être délivré.

## 6. REFERENCES

1. <http://www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm>
2. Sexually transmitted Disease Treatment. Guidelines, 2010. CDC
3. F.Bally, N.Troillet. Diagnostic et prise en charge de l'urétrite. Rev Med Suisse. 2006 Oct 11;2(82):2282-4, 2286.
4. N.Sabeh, I. Kaelin Gambirasio, A.Caviezel, C.Delémont. Symptômes urinaires bas et bandelette normale : à quoi penser ? Rev Med Suisse 2012;8:1811-1815
5. M. Van Vranken. Prevention and treatment of sexually transmitted Disease. An update. Am Fam Physician. 2010 Apr 1;81(7):873-8.
6. S. Abraham, V. Pigué et al. Increased incidence of sexually transmitted infections in Geneva, Switzerland. Dermatology 2006;212:41-46.
7. K.Jaton, G.Greub Chlamydia: signe d'appel, diagnostic et traitement. Rev Med Suisse. 2005 Mar 30;1(13):895-8, 901-3.
8. Stamm WE, Hicks CB, Martin DH, et al. Azithromycin for empirical treatment of the nongonococcal urethritis syndrome in men. A randomized double-blind study. JAMA 1995;274:545.
9. Bradshaw CS, Tabrizi SN, Read TR, et al. Etiologies of nongonococcal urethritis : Bacteria, viruses, and the association with orogenital exposure. J Infect Dis 2006;193:336