



Urétrite

F. Bally, N. Troillet, Institut Central des Hôpitaux Valaisans, Sion

L'urétrite est une infection sexuellement transmise (IST). Facilement traitable, elle occasionne néanmoins des complications aussi bien chez la femme (annexite, cervicite, endométrite, douleurs pelviennes chroniques, grossesse extra-utérine, stérilité tubaire) que chez l'homme (épididymite, orchite) ou chez les deux (syndrome de Reiter). Elle est le plus souvent causée par *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. Le nombre de cas dus à ces deux micro-organismes et déclarés par les laboratoires à l'Office fédéral de la santé publique est en constante augmentation en Suisse depuis quelques années (Figure 1). *Trichomonas vaginalis*, *Herpes simplex*, *Mycoplasma genitalium* et l'Adénovirus sont rencontrés plus rarement tandis que le rôle pathogène de *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, des streptocoques ou d'*Haemophilus spp.* est controversé.

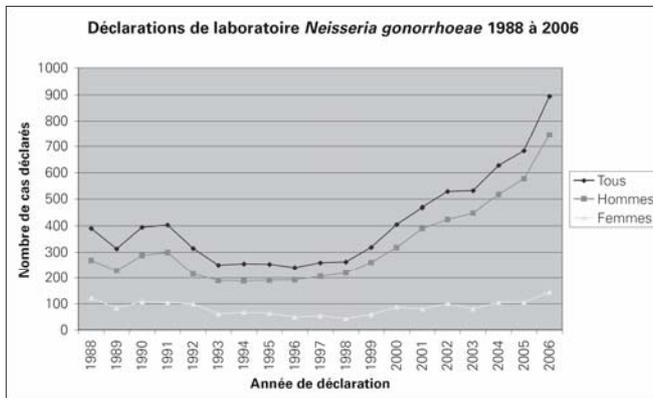


Figure 1: Déclarations des laboratoires Suisses d'infection à *N. gonorrhoeae* à l'OFSP.

Après une incubation de quelques jours, l'urétrite se manifeste, surtout chez l'homme, par une gêne à la miction pouvant suggérer une infection urinaire et accompagnée ou non d'un écoulement urétral séreux ou purulent, voir d'une rougeur du méat. Un état fébrile et une macrohématurie parlent contre ce diagnostic. La présence d'ulcérations génitales douloureuses évoque une infection herpétique. Celle d'un chancre indolore suggère une syphilis. Plus rares sont le lymphogranulome vénérien (*Chlamydia trachomatis* sérovars L1 à L3) et le chancre mou (*Haemophilus ducreyi*).

Quels examens ?

La mise en évidence de leucocytes dans les urines du premier jet (premiers 10mL), que ce soit par une bandelette (estérase), par l'examen direct (coloration de Gram) ou dans le sédiment (>10 leucocytes/champ agrandi 400x) rend le diagnostic probable, sans que leur absence ne l'exclue. En cas de suspicion d'urétrite et dans un premier temps, *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* devraient être recherchées par PCR dans les urines ou sur un frottis urétral ou cervical sec. L'immunofluorescence sur lame n'est plus utilisée pour la recherche de *Chlamydia*. Les sérologies n'ont pas de place dans le diagnostic de l'urétrite aiguë.

Qui traiter ?

La décision d'instaurer un traitement empirique repose sur la probabilité d'urétrite et sur le contexte psychosocial. De plus, des patients gênés par leurs symptômes, culpabilisés ou craignant de transmettre leur infection demandent souvent à être traités immédiatement. Il est recommandé de traiter empiriquement les personnes avec des symptômes suggestifs et des leucocytes dans l'urine du premier jet. Les autres bénéficieront d'un traitement adapté au micro-organisme mis en évidence.

Comment traiter ?

Le traitement empirique de choix consiste en une bithérapie en doses uniques : 1 g d'azithromycine (Zithromax®) per os en

combinaison avec 400 mg de céfixime (Cephoral®) per os ou 125 mg de ceftriaxone (Rocéphine® et génériques) par voie intraveineuse. Les quinolones ont été remplacées par ces céphalosporines en raison d'un taux de résistance en augmentation chez *N. gonorrhoeae*. L'azithromycine est hautement efficace contre *C. trachomatis* et également efficace contre *M. genitalium*, *M. hominis* et *U. urealyticum*. Il est de plus probable que ce traitement guérisse une syphilis en phase d'incubation. Les services d'urgences des hôpitaux du RSV disposent de kits 'urétrite' prêts à l'emploi comprenant 1 cp. de 400mg de céfixime et 4 cp. de 250mg d'azithromycine. Ces antibiotiques peuvent être administrés en cas de grossesse ou d'allaitement.

Suivi

L'échec d'un traitement peut être dû à une non-adhérence, à une ré-infection (par ex. par un(e) partenaire non traité(e)) ou à une infection due à un micro-organisme non couvert par les substances administrées. Comme une résistance de *C. trachomatis* ou de *N. gonorrhoeae* aux traitements actuels est exceptionnelle, il s'agit alors le plus fréquemment d'*Herpes simplex* (qui peut être recherché par PCR) ou de *Trichomonas vaginalis* (examen direct). Certains auteurs recommandent de traiter les cas réfractaires par de la doxycycline (Vibramycin® et génériques) 100mg 2x/j. per os et du métronidazole (Flagyl® et génériques) 500mg 3x/j. per os pendant 7 jours.

Examen des partenaires, dépistage des autres IST et prévention

Les partenaires sexuels de toute personne traitée pour une urétrite doivent être recherchés car ils sont souvent asymptomatiques malgré la présence d'une infection. Il est recommandé de les traiter pour tout agent identifié chez le cas index et de les inclure dans la prévention et le dépistage d'autres IST.

Une urétrite est secondaire à un contact sexuel à risque pour l'acquisition d'autres IST telles que l'hépatite B, le VIH et la syphilis. Ces infections devraient être recherchées également et faire l'objet de conseils adaptés. La vaccination contre l'hépatite B peut être indiquée.

Entre science et pragmatisme

Le diagnostic étiologique de l'urétrite souffre de certaines limites dues à son coût (1 PCR = 80 points OFAS) qui dépasse celui du traitement (env. CHF 36.-), mais aussi à une sensibilité insatisfaisante pour certains micro-organismes (notamment pour *T. vaginalis* par l'examen direct) et au délai de 24 heures ouvrables pour l'obtention des résultats.

Ces limites peuvent, dans certains cas, motiver un traitement empirique sans examens microbiologiques. Ceux-ci restent cependant importants pour confronter la personne à la réalité d'une IST, pour la sensibiliser aux risques encourus et à sa vulnérabilité ainsi que pour le traitement des partenaires.

Matériel et Tarif

Urines fraîches ou frottis sec (urètre, col utérin).

Positions LA: 9360.50: 80 points (PCR *C. trachomatis*), 9354.50 : 80 points (PCR *N. gonorrhoeae*)

Références

- [1] K. A. Workowski et al.. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep 55 (RR-11):1-94, 2006.
- [2] F. Bally, N. Troillet. Diagnostic et prise en charge de l'urétrite. Rev Med Suisse 2 (82): 2282-4, 2286, 2006.
- [3] Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 1988 à 2006: Situation actuelle et perspectives. Bull OFSP 2008; 8:140-149

Personnes de contact

Dr Frank Bally
Dr Nicolas Troillet, PD

frank.bally@ichv.ch
nicolas.troillet@ichv.ch