

***Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour
les
Maladies Sexuellement transmissibles***

Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie



URÉTRITE MASCULINE

Ph. Gerhardt, N. Dupin, M. Janier, F. Lassau, A. Passeron, B. Milpied
et la Section MST de la SFD

Février 2016

Épidémiologie

L'urétrite est une inflammation de l'urètre le plus souvent d'origine infectieuse et sexuellement transmissible. Les 3 microorganismes les plus fréquemment responsables d'urétrite sont : *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* et *Mycoplasma genitalium*. Les urétrites mixtes représentent 10 à 50 % des urétrites. Depuis 1998, si l'on a pu noter une discrète augmentation de l'incidence des urétrites gonococciques, on est bien loin d'être revenu à l'incidence des années quatre-vingt. Les données épidémiologiques actuellement disponibles en France sur les urétrites gonococciques montrent d'une part une sur-représentation des homosexuels masculins multipartenaires et une proportion de près d'un tiers des patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine. La problématique pour les urétrites gonococciques est l'évolution constante de la sensibilité du gonocoque aux antibiotiques nécessitant une actualisation régulière des recommandations thérapeutiques. Le problème avec *Chlamydia trachomatis* est tout autre, avec d'une part une fréquence élevée du portage asymptomatique et d'autre part la diffusion chez les sujets jeunes et l'association forte entre *Chlamydia trachomatis* et la stérilité tubaire et le risque de grossesse extra-utérine. *Mycoplasma genitalium* serait impliqué dans près de 20 % des urétrites et serait plus fréquemment associé aux urétrites chroniques ou récidivantes. *Trichomonas vaginalis* est responsable de 1 % des urétrites en France. D'autres bactéries comme *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* ont pu être isolés dans certains cas d'urétrite. Il faut souligner que dans près de 35 % des urétrites on ne retrouve pas de germes.

Clinique

L'urétrite se définit par des critères cytologiques, à rechercher chez un patient n'ayant pas uriné depuis au moins 2 heures, par :

- la présence de > 5 polynucléaires neutrophiles au frottis urétral, au grossissement 100
- la présence de > 10 polynucléaires neutrophiles à l'examen du premier jet d'urines centrifugées au grossissement 400.

Elle se manifeste cliniquement par :

- un écoulement \pm abondant, purulent, (jaunâtre ou blanchâtre), séreux, voire hémorragique
- associé à des brûlures ou douleurs mictionnelles, une dysurie et un prurit canalaire
- Ces symptômes non spécifiques peuvent être isolés sans écoulement et doivent faire alors discuter une infection urinaire ou une cause urologique.

Le tableau 1 résume les principales caractéristiques des urétrites gonococciques et des urétrites à *Chlamydia trachomatis*

	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Urétrite	oui	oui
Prévalence en France dans les urétrites	10 %	20-30 %
Incubation	2-5 jours	Plusieurs semaines
Ecoulement	90 % (purulent)	40-50 % (clair)
Portage asymptomatique	Exceptionnel à l'urètre Plus fréquent pharynx et anus	Jusqu'à 10 % à l'urètre (voire plus)
Complications	Prostatite, orchépididymite Septicémie avec signes cutanés et arthrites septiques	Orchiépididymite Arthrite réactionnelle Syndrome de Finessinger-Leroy-Reiter Kératoconjonctivite
Diagnostic	Examen direct, culture et antibiogramme +++	TAAN sur premier jet d'urine chez l'homme et sur prélèvement à l'endocol ou vulvo-vaginal chez la femme
Dépistage	TAAN Ciblé (cf chapitre)	Intérêt chez les sujets jeunes du fait des complications chez la femme TAAN
Traitement	Ceftriaxone 500 mg IM + tt antichlamydien systématique	Doxycycline 100mgx2/j 7j ou azithromycine 1 g en dose unique

Traitement : cf chapitres correspondants

L'idéal, si l'on dispose d'un plateau technique de qualité est de pratiquer :

- en cas d'écoulement urétral : examen direct sur lame, état frais, culture gonocoque sur l'écoulement + TAAN CT sur 1^{er} jet d'urine éventuellement couplé à la détection de NG (TAAN duplex).
- en l'absence d'écoulement : un TAAN CT sur le 1^{er} jet d'urine ou un TAAN duplex suffit et une bandelette urinaire (2^e jet).

Le traitement doit être administré dans tous les cas sans attendre les résultats des cultures ou des TAAN et sera éventuellement adapté secondairement selon les résultats des examens :

- en cas d'écoulement : traitement anti-gonococcique (sauf si examen direct négatif) + anti-chlamydien
- en l'absence d'écoulement : traitement anti-chlamydien seul.

RÉFÉRENCES :

1. Janier M : conduite à tenir devant une urétrite masculine. Ann. Dermatol. Venereol. 1996, 123 : 349-60
2. Janier M, Lassau F, Casin I, Grillot P, Scieux C, Zavaro A, Chastang C, Bianchi A, Morel P : male urethritis with and without discharge : a clinical and microbiological study. Sex. Transm. Dis. 1995, 22 : 244-52

URÉTRITE AVEC ÉCOULEMENT

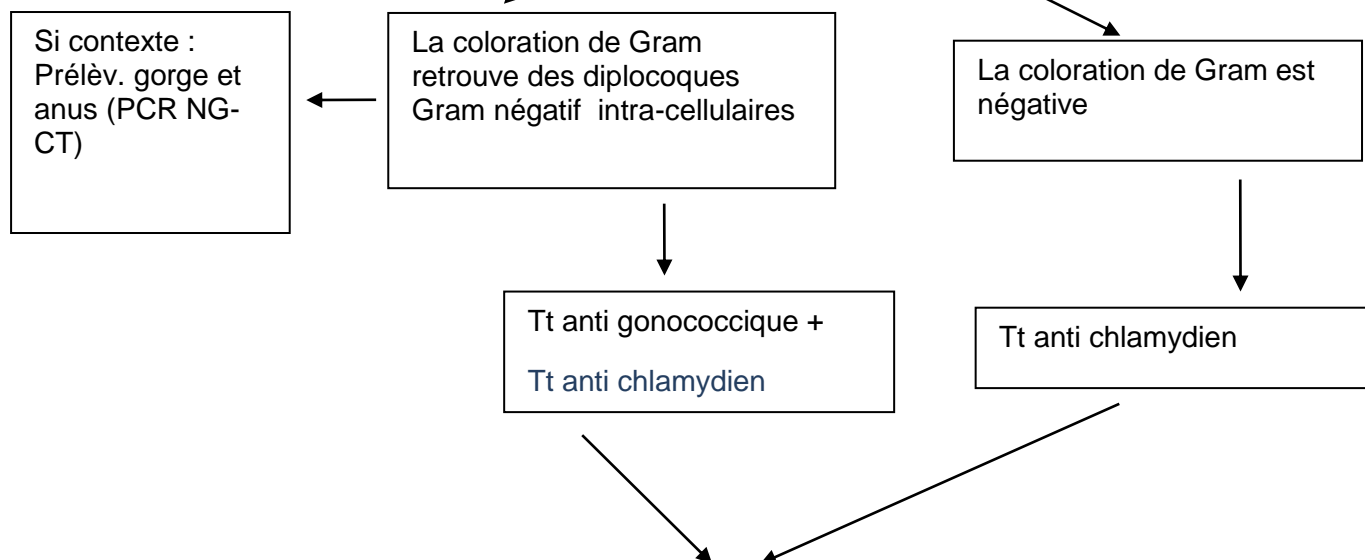
Consultation 1

Prélèvement de l'écoulement

Ex direct : Gram ou Bleu de méthylène, culture gonocoque
Etat frais pour *T. vaginalis*

1^{er} jet d'urine pour TAAN CT ou TAAN duplex CT/ NG

(Dépistage des autres MST : VIH, VHB, syphilis)
(Conseils pour le, la, les partenaires)



Consultation 2 (entre J7 et J14)

Adapter le traitement en fonction des résultats :
-> culture gonocoque, TAAN CT
Contrôle clinique (réponse au traitement, observance...)
Résultat des autres tests
Revoir à distance ou si reprise des symptômes
En cas de persistance des symptômes, rechercher une autre cause, notamment *M. genitalium* par PCR

SYMPTOMES URÉTRAUX SANS ÉCOULEMENT

