

# 19 - ORCHIÉPIDIDYMITE

*M. Janier, N. Dupin, C. Derancourt,*

*E. Caumes, F.J. Timsit, P. Méria et la Section MST de la SFD*

Ce sont, en fait, des épидидymites, souvent compliquées d'une atteinte testiculaire. Chez l'homme jeune *Chlamydia trachomatis* en est l'étiologie principale, plus rarement *Neisseria gonorrhoeae* ou des entérobactéries (à partir d'une infection urinaire ou après une pénétration anale insertive).

Les épидидymites à *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* compliquent une urétrite non traitée, symptomatique ou non symptomatique.

Chez l'homme de plus de 35 ans, les épидидymites à entérobactéries (*E. coli*, etc ...) sont plus fréquentes (infection urinaire, instrumentation endo-urétrale ...).

Le bilan minimum doit, après s'être assuré qu'il ne s'agit pas d'une torsion du testicule (extrême urgence chirurgicale), comporter :

- une recherche de *N. gonorrhoeae* dans l'écoulement urétral ou en l'absence d'écoulement par frottis endo-urétral (examen direct + culture)
- une recherche de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* (TAAN urine)
- un examen du 1<sup>er</sup> jet d'urine (leucocytes) et de fin de miction (leucocytes, examen bactériologique des urines).

## **Recommandations thérapeutiques :**

### **Epididymite du sujet jeune (< 35 ans)**

- ceftriaxone : 500 mg IM - dose unique
- + doxycycline : 100 mg x 2/jour per os pendant 10 jours
- ou - ofloxacin : 200 mg x 3/jour per os pendant 10 jours

**NB** : Du fait de la résistance fréquente du gonocoque aux fluoroquinolones, la prescription de fluoroquinolones ne se justifie que si le risque de gonococcie est faible (absence d'écoulement urétral) et celui d'infection par une entérobactérie élevé (suspicion d'infection urinaire).

## RÉFÉRENCES :

1. Joly-Guillou ML, Lasry S : practical recommendations for the drug treatment of bacterial infections of the male genital tract including urethritis, epididymitis and prostatitis. *Drugs* 1999 ; 57 : 743-50
2. Association of genitourinary medicine and the medical society for the study of venereal diseases : national guideline for the management of epididymo-orchitis. *Sex. Transm. Infect.* 1999 ; 75 suppl 1 : S51-S53

## 20 - MST ANORECTALES

M. Janier, N. Dupin, C. Derancourt, E. Caumes, F. Bouscarat, B. Milpied et la Section MST de la SFD  
 1. Anorectite

	Symptomatologie	Traitement 1ère intention	Traitement 2ème intention
<b>Herpès génital</b>	<p><b>Primo-infection</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- douleurs ano-rectales avec constipation, ténesme et sécrétions muco-purulentes</li> <li>- ulcérations de la muqueuse</li> <li>- symptômes neurologiques (paresthésies, névralgies) avec fièvre, frissons</li> <li>- adénopathies</li> </ul> <p><b>Récurrences herpétiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- symptomatologie plus discrète (érosions anales)</li> </ul>	<p><b>Primo-infection ou 1<sup>er</sup> épisode</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aciclovir per os 200 mg x 5/j ou 400 mg x 3/j x 7-10 jours</li> <li>• ou valaciclovir : 1 g x 2/j per os x 7-10 jours</li> </ul> <p>Episodes très sévères            aciclovir : 5 mg/kg IV x 3/jour x 7-10 jours</p> <p><b>Récurrences</b> (si sévères)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aciclovir : 200 mg x 5/j per os x 5 jours</li> <li>• ou valaciclovir : 500 mg x 2/j per os x 5 jours</li> </ul>	
<b>Gonococcie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le plus souvent, asymptomatique (c'est cependant la première cause d'anorectite symptomatique-55% des cas)</li> <li>- forme aiguë : ténesme, constipation, douleurs ano-rectales, émissions glairo-sanglantes</li> <li>- forme subaiguë pauci symptomatique : rectorragies intermittentes</li> <li>- aspect variable :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• muqueuse érythémateuse ou friable avec ou sans ulcération</li> <li>• pus dans les cryptes</li> </ul> </li> </ul>	ceftriaxone : 500mg IM - dose unique	

<b>Lymphogranulomatose vénérienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fièvre</li> <li>- ténesme</li> <li>- écoulement purulent</li> <li>- adénopathie inguinale le plus souvent unilatérale, unique ou multiple, très inflammatoire avec risque de fistulisation</li> <li>- douleur ano-rectale sévère avec émission sanglante et muco-purulente, ténesme</li> <li>- proctite ou colo-proctite en rapport avec l'évolution de l'inflammation des ganglions lymphatiques péri-rectaux ou périanaux</li> <li>- muqueuse nodulaire et friable, ulcérations diffuses et superficielles</li> </ul>	doxycycline : 100 mg x 2/j per os x 21 jours	
<b>Chlamydirose (sérotipe D à K)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- habituellement, asymptomatique (90%)</li> <li>- parfois symptômes discrets : douleurs ano-rectales et sécrétions purulentes</li> <li>- rectite érythémateuse</li> <li>- ulcérations exceptionnelles</li> </ul>	doxycycline : 100 mg x2/j per os x 7 jours ou azithromycine : 1 g per os - dose unique	
<b>Giardiase</b>	Contamination par rapports oro-anaux diarrhée cholériforme avec signes généraux et abdominaux	métronidazole : 1,5g/j per os x 5 jours	
<b>Amibiase</b>	Contamination par rapports oro-anaux <ul style="list-style-type: none"> <li>- parfois asymptomatique</li> <li>- diarrhée glairo-sanglante</li> <li>- aspect : muqueuse peu atteinte, oedématiée friable, recouverte d'un enduit pseudo-membraneux avec parfois des ulcérations en coup d'ongle très évocatrices</li> </ul>		

## 2. Chancres et ulcérations

	Symptomatologie	Traitement 1 <sup>ère</sup> intention	Traitement 2 <sup>ème</sup> intention
<b>Syphilis</b>	<p><b>Syphilis primaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chancre anal : ulcération (face latérale de la marge anale) indolore - plus rarement douloureuse (fissuraire)</li> <li>- chancre rectal exceptionnel avec aspect pseudo-tumoral associé à un ténesme</li> <li>- adénopathie inguinale indolore habituelle</li> </ul> <p><b>Syphilis secondaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lésions maculeuses blanc nacrés, indolores</li> <li>- fissures superficielles multiples</li> <li>- syphilides papuleuses, brun pâle ou roses</li> <li>- lésions papulo-érosives</li> <li>- l'adénopathie inguinale est quasi constante</li> </ul>	<p>pas d'allergie à la pénicilline : benzathine pénicilline G : 1 injection IM de 2,4 Millions d'unités - dose unique (avec xylocaïne non adrénalinée 1 %)</p>	<p>allergie à la pénicilline : doxycycline per os 200 mg/j pendant 14 jours</p>
<b>Chancre mou</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une ou plusieurs ulcérations anales, purulentes</li> <li>- adénopathie inguinale inflammatoire évoluant vers la suppuration</li> </ul>	<p>ceftriaxone : 250 mg IM - dose unique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• azithromycine : 1 g per os - dose unique</li> <li>• érythromycine : 2g/j per os x 7 jours</li> <li>• ciprofloxacine : 500 mg x 2/j per os x 3 jours</li> </ul>
<b>Donovanose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- chancre mou induré ulcéro-bourgeonnant et extensif</li> <li>- pas d'adénopathie</li> </ul>	<p>• érythromycine : 2g/j per os x 21 jours</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ofloxacine : 200 mg x2/j per os x 21 jours</li> <li>• ciprofloxacine : 500 mg x 2/j per os x 21 jours</li> <li>• azithromycine : 1g/semaine per os x 4 semaines</li> </ul>

## RÉFÉRENCES :

1. Law C. : sexually transmitted diseases and enteric infections in the male homosexual population. *Semin. Dermatol.* 1990 ; 9 : 178-84.
2. Wexner SD. : sexually transmitted diseases of the colon, rectum, and anus. The challenge of the nineties. *Dis. Colon. Rectum.* 1990 ; 33 : 1048-62
3. Klausner JD, Kohn R, Kent C. : Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. *Clin. Infect. Dis.* 2004 ; 38 : 300-2
4. Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Gotz HM, Dees J, Thio HB, Thomeer MG, den Hollander JC, Neumann MH, van der Meijden WI. : resurgence of lymphogranuloma venereum in Western Europe: an outbreak of *Chlamydia trachomatis* serovar L 2 proctitis in the Netherlands among men who have sex with men. *Clin. Infect. Dis.* 2004 ; 39 : 996-1003