

ÉPIDIDYMITE

Auteur: **Bruno Turmel**, MD, médecin-conseil, Direction générale de la santé publique, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

Définition

- L'épididymite est définie par une inflammation de l'épididyme, caractérisée par la survenue relativement soudaine de douleurs testiculaires unilatérales aiguës et une sensibilité à la palpation de l'épididyme et du canal déférent. Elle s'accompagne parfois d'un érythème et d'un œdème de la peau sous-jacente.
- L'orchi-épididymite désigne principalement l'inflammation de l'épididyme et des testicules¹.

Étiologie²

- Avant l'existence de tests de dépistage de *Chlamydia trachomatis*, la cause de l'épididymite aiguë était la plupart du temps inconnue. Les résultats d'études ultérieures ont montré que l'épididymite est avant tout une infection.
- Chez les hommes âgés de moins de 35 ans, les deux tiers des cas d'épididymite découlent d'une infection transmise sexuellement ou ITS (causée par *Chlamydia trachomatis* dans 47 % des cas et *Neisseria gonorrhœa* dans 20 % des cas). Chez les hommes de plus de 35 ans, elle est causée par des coliformes ou par *Pseudomonas* dans 75 % des cas. L'isolement de *Chlamydia trachomatis* ou de *Neisseria gonorrhœa* est rarement possible.
- La recherche de l'agent causal possible doit toujours tenir compte de l'évaluation de la prédisposition du sujet à être infecté par un agent pathogène transmis sexuellement.
- Chez les enfants et les jeunes adultes, il est important de déterminer si l'inflammation scrotale serait causée par autre chose qu'un agent infectieux (traumatisme, torsion du testicule et tumeur testiculaire). La torsion du testicule, qui représente un risque élevé d'infarctus testiculaire si l'administration d'un traitement est retardée, nécessite une intervention chirurgicale immédiate et doit être soupçonnée lorsque la survenue des douleurs scrotales est soudaine.

Tableau 1. Causes microbiennes et facteurs prédisposant à l'épididymite aiguë³

Groupe d'âge	Causes et facteurs prédisposants
Enfants impubères	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cause habituelle : coliformes, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ▪ Cause inhabituelle : dissémination par voie hématogène d'un foyer infectieux primaire ▪ Facteurs prédisposants : pathologie génito-urinaire sous-jacente
Hommes de moins de 35 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cause habituelle : <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhœa</i> ▪ Cause inhabituelle : coliformes ou <i>P. aeruginosa</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ▪ Facteurs prédisposants : urétrite transmise sexuellement
Hommes de plus de 35 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cause habituelle : coliformes ou <i>P. aeruginosa</i> ▪ Cause inhabituelle : <i>N. gonorrhœa</i>, <i>C. trachomatis</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ▪ Facteurs prédisposants : pathologie structurale sous-jacente ou prostatite bactérienne chronique

Épidémiologie

- Le peu de données précises sur l'épididymite aiguë nous empêche de connaître l'incidence de cette affection dans la population en général. Mais au cours d'une étude rétrospective de grande envergure, 49 % des cas d'épididymite ont été recensés chez des sujets de 20 à 29 ans et 70 % chez ceux de 20 à 39 ans⁴.
- Chez les adolescents, il faut déterminer si le comportement sexuel est à l'origine de l'épididymite, car cette dernière peut résulter d'une ITS.
- Chez les hommes de tous les groupes d'âge, actifs sexuellement et ayant des rapports anaux sans protection, l'épididymite aiguë résulte souvent d'une infection causée par des coliformes.

Prévention

- Lors du diagnostic d'une épididymite transmise sexuellement soupçonnée, il convient de revoir avec le patient les précautions recommandées quant aux relations sexuelles protégées.
- Il convient de fournir au patient de l'information sur le degré de protection assurée par les moyens obstructifs comme le condom masculin.
- Le patient et le(s) partenaire(s) devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à la fin du traitement des partenaires, ou sept jours après la fin du traitement lorsqu'il s'agit d'un traitement à dose unique.

Manifestations^{5,6}

- L'épididymite aiguë cause habituellement des douleurs testiculaires unilatérales et une sensibilité à la palpation.
- En règle générale, la survenue des douleurs est progressive.
- Lorsque l'épididymite résulte d'une infection transmise sexuellement, une urétrite ou un écoulement urétral peuvent être observés. Cependant, l'urétrite ne cause souvent aucun symptôme.
- Dans tous les cas, il faut examiner la possibilité d'une torsion du testicule, laquelle constitue une urgence chirurgicale. La torsion du testicule est très probable lorsque les douleurs surviennent brutalement et qu'elles sont intenses. Bien qu'elle puisse survenir chez les hommes de tout âge, la torsion du testicule est plus fréquente chez les hommes de moins de 20 ans.
- L'épididymite aiguë se manifeste entre autres par :
 - une sensibilité à la palpation du testicule touché
 - une tuméfaction palpable de l'épididyme
 - un écoulement urétral
 - une hydrocèle
 - de l'érythème ou de l'œdème, ou les deux à la fois, de la partie de l'épididyme touchée
 - la fièvre.

Diagnostic⁵

- Lorsque le diagnostic est incertain, la consultation d'un spécialiste s'impose de toute urgence. En cas de torsion du testicule, la viabilité du testicule peut ne pas être assurée.
- Voici quelques examens permettant de dépister l'épididymite :
 - prélèvement urétral à l'aide d'un écouvillon pour obtenir un frottis coloré (coloration de Gram)
 - prélèvement d'échantillons (d'exsudat endo-urétral ou d'urine, selon la technique de laboratoire offerte) pour faire un test de dépistage de *N. gonorrhæe* et *C. trachomatis*
 - examen microscopique et culture des urines du milieu du jet.

- S'il peut être pratiqué sans délai, un examen Doppler peut être utile pour déterminer s'il s'agit d'une épididymite ou d'une torsion du testicule.
- La ponction et l'aspiration épididymaires ne font pas partie des examens cliniques de routine. Elles peuvent cependant être utiles en cas d'infection récidivante lorsque le traitement est infructueux ou que la formation d'un abcès est soupçonnée.

Prise en charge et traitement

- Consulter le tableau 2 ci-dessus pour connaître les recommandations thérapeutiques publiées sur l'épididymite aiguë.

Tableau 2. Schémas thérapeutiques recommandés en cas d'épididymite aiguë⁵⁻¹⁰

Épididymite très probablement causée par une infection à <i>Chlamydia</i> ou à gonocoque	Doxycycline à 100 mg, par voie orale, 2 f.p.j., pendant 10 à 14 jours [A-I] PLUS Ceftriaxone à 250 mg, par voie i.m., en dose unique [A-I] OU Ciprofloxacine à 500 mg par voie orale, en dose unique [A-I] (à moins de contre-indication en raison d'une résistance aux quinolones*)
Épididymite très probablement causée par des agents entéropathogènes	Ofloxacine à 200 mg, par voie orale, 2 f.p.j., pendant 14 jours [A-I]

*Les quinolones ne sont pas recommandées si le cas ou le contact provient d'une région où les taux de résistance de *N. gonorrhœa* aux quinolones sont supérieurs à 3 ou 5 % ou si ceux-ci sont épidémiologiquement liés à une telle région, par exemple :

- Asie
- Îles du Pacifique (y compris Hawaï)
- Inde
- Israël
- Australie
- Royaume-Uni
- Régions des États-Unis (vérifier auprès du Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis pour connaître les taux de résistance aux quinolones par région)
- HARSAH épidémiologiquement lié aux États-Unis ou dont le contact l'est

Régions du Canada où prévalent des taux élevés de résistance aux quinolones; les statistiques fournis par le Laboratoire national de microbiologie montrent qu'au Québec, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique, le taux de résistance aux quinolones est supérieur au seuil de 3 %. Veuillez vérifier auprès de vos organismes locaux de santé publique pour connaître la prévalence de la résistance aux quinolones dans votre région. En Alberta, tous les cas de résistance à la ciprofloxacine en 2004/05 concernaient des HARSAH ou des liens avec des déplacements à l'extérieur de l'Alberta; la ciprofloxacine est donc encore recommandée pour le traitement de la gonorrhée en Alberta sauf dans les situations suivantes (Source : Alberta Health and Wellness STD Services). Pour obtenir des données sur la résistance aux quinolones à l'échelle nationale au Canada, veuillez visiter le site Web de l'Agence de santé publique du Canada (www.phac-aspc.gc.ca). Pour en savoir plus, consulter le chapitre intitulé *Infections gonococciques*.

Prises en considération d'autres ITS

- Selon les antécédents sexuels, une infection au gonocoque ou à *Chlamydia* doit être considérée comme la cause d'une épididymite aiguë chez tous les hommes actifs sexuellement et souffrant de cette infection, notamment ceux qui ont moins de 35 ans.

- La décision d'ordonner des tests de dépistage d'autres ITS, dont l'infection par le VIH, doit être prise en fonction des antécédents sexuels du patient et de sa prédisposition à certaines infections particulières.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas d'infection à déclaration obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux doivent être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Les autorités sanitaires locales peuvent aider le médecin à notifier les partenaires et diriger son patient vers des ressources compétentes pour l'évaluation clinique, le dépistage, le traitement et l'information sur la santé.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour le cas de référence, tous les partenaires sexuels asymptomatiques soupçonnés de souffrir d'une épididymite transmise par voie sexuelle doivent, au cours des 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou la date de diagnostic, subir une évaluation clinique et suivre un traitement approprié.

Suivi

- Le calendrier des visites de suivi devrait être établi de façon à permettre l'évaluation de la réponse au traitement. Si le patient a été fidèle au traitement recommandé, que ses signes et symptômes ont disparu et qu'il n'a plus de rapports sexuels avec un partenaire non traité, il n'est habituellement pas recommandé de recommencer les tests de dépistage de *N. gonorrhœa* et de *C. trachomatis*.

Considérations spéciales

- Parmi les causes rares d'épididymite aiguë causant une stérilité attestée sur le plan clinique, on compte le traitement par amiodarone, la vascularite, la périartérite noueuse, la maladie de Behcet et la maladie de Henoch-Schönlein. Un certain nombre de cas d'épididymite sont idiopathiques.
- On a trouvé récemment dans la documentation médicale l'expression « épididymite chronique »¹¹. Les auteurs définissent cette maladie comme étant « un inconfort ou une gêne douloureuse ressentie à la palpation du scrotum, des testicules ou de l'épididyme de l'un ou des deux testicules lors de l'examen clinique, pendant au moins trois mois ». Mais l'histoire naturelle de cette maladie n'a pas été encore élucidée. Les auteurs concluent qu'il faut mener d'autres études sur l'épidémiologie, l'étiologie et la pathogenèse de cette affection.

Références

1. Hagley M. Epididymo-orchitis and epididymitis: a review of causes and management of unusual forms. *Int J STD AIDS* 2003;14:372–378.
2. Luzzi GA, O'Brien TS. Acute epididymitis. *BJU Int* 2001;87:747–755.
3. Berger E. Acute epididymitis. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA *et al.* éd. *Sexually Transmitted Diseases*. 3^e éd. New York, NY: McGraw Hill; 1999: 847–858.
4. Mitemeyer BT, Lennox KW, Borski AA. Epididymitis; a review of 610 cases. *J Urol* 1966;95:390–392.
5. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 2002;51(RR-6):1–78.
6. UK national guidelines on sexually transmitted infections and closely related conditions. Introduction. *Sex Transm Infect* 1999;75(suppl 1):S2–3.
7. Épididymite chez les jeunes et les adultes. Dans : *Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition de 1998*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 1998, 100–102.
8. Hoosen AA, O'Farrell N, van den Ende J. Microbiology of acute epididymitis in a developing community. *Genitourin Med* 1993;69:361–363.
9. Melekos MD, Asbach HW. Epididymitis: aspects concerning etiology and treatment. *J Urol* 1987;138:83–86.
10. Weidner W, Schiefer HG, Garbe C. Acute nongonococcal epididymitis. Aetiological and therapeutic aspects. *Drugs* 1987;34(suppl 1):111–117.
11. Nickel JC, Siemens DR, Nickel KR, Downey J. The patient with chronic epididymitis: characterization of an enigmatic syndrome. *J Urol* 2002;167:1701–1704.