

## URÉTRITE

Auteur: **Gina Ogilvie**, M.D., M. Sc., University of British Columbia

Coauteur : **Mark Yudin**, M.D., M. Sc., FRCSC, professeur adjoint, University of Toronto; administrateur général, Département d'obstétrique et de gynécologie, St. Michael's Hospital

### Étiologie<sup>1</sup>

- Causes importantes à envisager :
  - *Neisseria gonorrhæae*
  - *Chlamydia trachomatis*
- Autres causes possibles :
  - *Trichomonas vaginalis*<sup>2</sup>
  - Virus *Herpes simplex*<sup>3</sup>
  - *Mycoplasma genitalium*<sup>4,5</sup>
  - *Ureaplasma urealyticum*<sup>1</sup>
- Parmi les autres causes moins fréquentes à envisager, notons :
  - Les adénovirus<sup>6,7</sup>
  - *Candida albicans*<sup>8</sup>

### Définition

- Syndrome clinique :
  - Inflammation de l'urètre pouvant s'accompagner d'un écoulement urétral.
  - En cas d'écoulement urétral, ce dernier est mucoïde, muco-purulent ou purulent.
  - L'urétrite peut aussi se manifester par une dysurie, un prurit urétral ou un érythème au niveau du méat.
- Définition microscopique : présence de  $\geq 5$  leucocytes polynucléaires (PN) dans 5 champs microscopiques aléatoirement choisis et non adjacents sur un frottis, au grossissement  $\times 1000$  (immersion dans l'huile)<sup>9</sup>.
- L'urétrite non gonococcique (UNG) fait référence aux urétrites qui ne sont pas causées par *N. gonorrhæae*.

### Épidémiologie

- Il existe peu de données sur l'incidence et la prévalence de l'urétrite.

### Évolution naturelle de l'infection

- Les symptômes de l'urétrite gonococcique apparaissent deux à six jours après l'infection.
- Les symptômes de l'UNG apparaissent une à cinq semaines après l'infection (généralement deux à trois semaines après).
- Jusqu'à 25 % des infections, surtout les UNG, peuvent être asymptomatiques<sup>10</sup>.

## Prévention

- Profiter de l'évaluation clinique pour passer en revue les pratiques sexuelles sécuritaires, examiner les obstacles à l'adoption de ces pratiques et trouver des solutions pour surmonter ces obstacles.
- Conseiller l'usage systématique du préservatif.
- Conseiller au patient d'éviter d'avoir des relations sexuelles non protégées pendant les sept premiers jours du traitement.

## Manifestations

- Urétrorrhée
- Dysurie
- Picotement urétral ou érythème au niveau du méat
- Infection souvent asymptomatique
- Bien que la pollakiurie, l'hématurie et la miction impérieuse puissent, dans de rares cas, être concomitantes à une urétrite, la présence de l'un de ces symptômes exige un examen plus approfondi du patient.

## Diagnostic

### Prélèvement d'échantillons

- Perte : Prélever un échantillon en demandant au patient de « traire » son pénis trois ou quatre fois, de la base vers le gland<sup>11</sup>.
- Écouvillonnage endo-urétral : Insérer l'écouvillon sur une longueur de 2 cm dans l'urètre, effectuer une rotation et le retirer. Soumettre l'échantillon à une coloration de Gram et à des analyses.
- Échantillon d'urine : Prélever 10 à 20 ml du premier jet d'urine, peu importe l'heure de la journée, mais de préférence après ne pas avoir uriné pour au moins 2 heures.<sup>12</sup>

### Diagnostic biologique

- Il est recommandé de procéder au dépistage de la gonorrhée et de *Chlamydia* (Consultez les chapitres intitulés *Infections à Chlamydia* et *Infections gonococciques* pour obtenir plus de renseignements sur le dépistage).
- Commander les examens suivants :
  - Coloration de Gram des pertes ou de l'échantillon endo-urétral pour détecter les leucocytes PN et les diplocoques Gram-négatifs (s'il y en a).
  - Si le test d'amplification de l'acide nucléique (TAAN) est offert :
    - Soumettre l'urine au TAAN pour le dépistage de *C. trachomatis*<sup>13,14</sup> et effectuer la culture d'un écouvillonnage endo-urétral pour le dépistage de *N. gonorrhæae*.
  - Si le TAAN n'est pas offert :
    - Procéder à une épreuve d'immunofluorescence directe (IFD) ou à un dosage immunoenzymatique (EIA), ou à une culture pour le dépistage de *C. trachomatis*<sup>14</sup> et effectuer la culture d'un écouvillonnage endo-urétral pour le dépistage de *N. gonorrhæae*.
- Même si le TAAN pour le dépistage de la gonorrhée est à envisager lorsque les conditions de transport et d'entreposage peuvent nuire à la viabilité de *N. gonorrhæae*

ou lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer un écouvillonnage, la culture est la méthode à privilégier, car elle permet de procéder à des tests de sensibilité aux antimicrobiens.

### **Précaution**

- La présence des symptômes suivants indique un diagnostic différent :
  - Hématurie
  - Fièvre, frissons
  - Pollakiurie, nycturie, miction impérieuse
  - Douleur périanale, masses au niveau du scrotum
  - Difficultés à entamer la miction ou à maintenir un débit urinaire
  - Lymphadénopathie

### **Prise en charge et traitement (voir Organigramme)**

- Urétrite gonococcique : céfixime, 400 mg, par voie orale, dose unique PLUS SOIT de la doxycycline, 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours<sup>15</sup> [A-I] SOIT de l'azithromycine, 1 g, par voie orale, dose unique si la fidélité au traitement n'est pas garantie [A-I].
- Urétrite non gonococcique : doxycycline, 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours<sup>16-18</sup> [A-I] OU de l'azithromycine, 1 g, par voie orale, dose unique si la fidélité au traitement n'est pas garantie [A-I].
- Il existe d'autres schémas thérapeutiques pour les infections gonococciques/infections à *Chlamydiae* (consultez les chapitres intitulés *Infections gonococciques* et *Infections à Chlamydia*).
- Les traitements à dose unique favorisent la fidélité au traitement et sont particulièrement pratiques chez certaines populations tels les jeunes de la rue; ils sont toutefois les plus coûteux.
- La résolution des symptômes peut prendre jusqu'à sept jours après la fin du traitement.
- Les patients doivent éviter d'avoir des relations sexuelles non protégées pendant les sept premiers jours du traitement.
- Les infections asymptomatiques sont fréquentes chez les hommes et doivent être traitées.

### **Considérations en cas d'autres ITS**

- Effectuer des épreuves sérologiques pour la syphilis.
- Examiner le statut d'immunisation relatif à l'hépatite B; proposer la vaccination si le patient n'est pas protégé contre ce virus, ou un test de dépistage s'il présente un risque élevé d'infection.
- Offrir des tests de dépistage du VIH et du *counselling*.
- Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, envisager le vaccin contre l'hépatite A.

### **Déclaration des cas et notification aux partenaires**

- L'urétrite causée par certains agents (p. ex., *C. trachomatis*, *N. gonorrhæae*) est une maladie transmissible à déclaration obligatoire par les provinces et territoires du

Canada. Toutes les maladies à déclaration obligatoire doivent être signalées aux départements de santé publique conformément aux lois et règlements locaux.

- Il faut identifier tous les partenaires sexuels asymptomatiques du cas de référence au cours des 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou la date du diagnostic et les soumettre à un examen clinique comprenant les tests de dépistage appropriés et le traitement prophylactique qui convient, quels que soient les résultats de l'examen.
- Dans la mesure du possible, encourager le recours aux autorités de santé publique ou conseiller au médecin traitant de retrouver les partenaires du patient et de prendre contact avec le plus de partenaires possible<sup>19</sup>.

### **Suivi**

- Une fois le traitement suivi et les symptômes résolus, le test de suivi permettant de vérifier l'efficacité du traitement n'est pas recommandé systématiquement.
- Si les symptômes persistent ou réapparaissent après la fin du traitement (soit une semaine après le début de ce dernier), il faut réexaminer le patient.
- En l'absence de résultats de laboratoire ou de signes cliniques, la seule présence de symptômes n'est pas suffisante pour amorcer un nouveau traitement.
- Si un test de l'efficacité du traitement est indiqué et qu'on procède à un TAAN comme test de confirmation, il faut attendre trois semaines après la fin du traitement pour éviter les faux positifs.

### **Considérations particulières**

#### *Urétrite récurrente ou persistante*

- Il s'agit souvent d'un problème difficile à régler.
- Il faut reconfirmer la présence d'urétrite à l'aide d'un frottis et d'une coloration de Gram.
- Il est crucial de différencier l'urétrite des troubles fonctionnels.
- Il est important d'informer le patient au début de la prise en charge d'une urétrite récurrente que cette dernière peut constituer un problème clinique difficile à régler, mais que les symptômes finissent souvent par se résorber.
- Une urétrite persistante et l'échec confirmé par des analyses microbiologiques ou cliniques peuvent être causés par :
  - la réexposition à un partenaire qui n'a pas été traité;
  - une infection contractée après des rapports avec un nouveau partenaire;
  - le fait que le traitement n'a pas été suivi correctement ou n'a pas été terminé;
  - une infection due à d'autres agents pathogènes;
  - la présence de micro-organismes résistants<sup>20</sup>;
  - d'autres causes (p. ex., infection urinaire, prostatite, phimosis, irritation chimique, rétrécissement de l'urètre, tumeurs).
- Options à envisager :
  - reprélever des échantillons (urine et endo-urètre) pour faire une coloration de Gram, effectuer une culture et un TAAN pour le dépistage de *N. gonorrhœae* et de *C. trachomatis*;
  - des écouvillonnages endo-urétraux ou un prélèvement d'urine pour le dépistage de *T. vaginalis*<sup>2,21</sup>;

- un écouvillonnage endo-urétral ou un prélèvement d’urine pour le dépistage de *Herpes simplex* en culture, même si cette infection est généralement associée à des lésions<sup>3,22</sup>;
- un échantillon endo-urétral ou un premier jet d’urine à mettre en culture pour le dépistage de *U. urealyticum* et de *M. genitalium*<sup>5</sup> (se fait généralement dans des laboratoires spécialisés);
- diriger le patient vers un urologue ou un infectiologue si l’affection persiste;
- déterminer si d’autres causes sous-jacentes, telle l’anxiété, contribueraient aux symptômes.

#### *L’urétrite chez les enfants*

- Des symptômes inexplicables de pyurie chez des jeunes garçons impubères ou chez des jeunes hommes qui ne sont pas sexuellement actifs pourraient laisser entrevoir qu’ils ont été victimes de sévices sexuels (consultez le chapitre intitulé *Enfants impubères ou prépubères victimes de sévices sexuels*).
- Les intervenants doivent suivre les lignes directrices provinciales en matière de déclaration de cas soupçonnés de sévices sexuels infligés à un enfant aux autorités responsables.
- Un diagnostic d’infection urinaire peut être erronément posé chez les adolescentes et adolescents atteints d’une urétrite.
- En plus des symptômes présents chez les adultes, les enfants souffrant d’urétrite peuvent également présenter les symptômes suivants :
  - douleur abdominale,
  - refus d’uriner,
  - énurésie.
- Pour connaître les schémas thérapeutiques pour enfants, consultez les chapitres intitulés *Infections gonococciques* et *Infections à Chlamydia*.
- Des tests de confirmation devraient être offerts à tous les enfants.

#### *Urétrite chez les femmes*

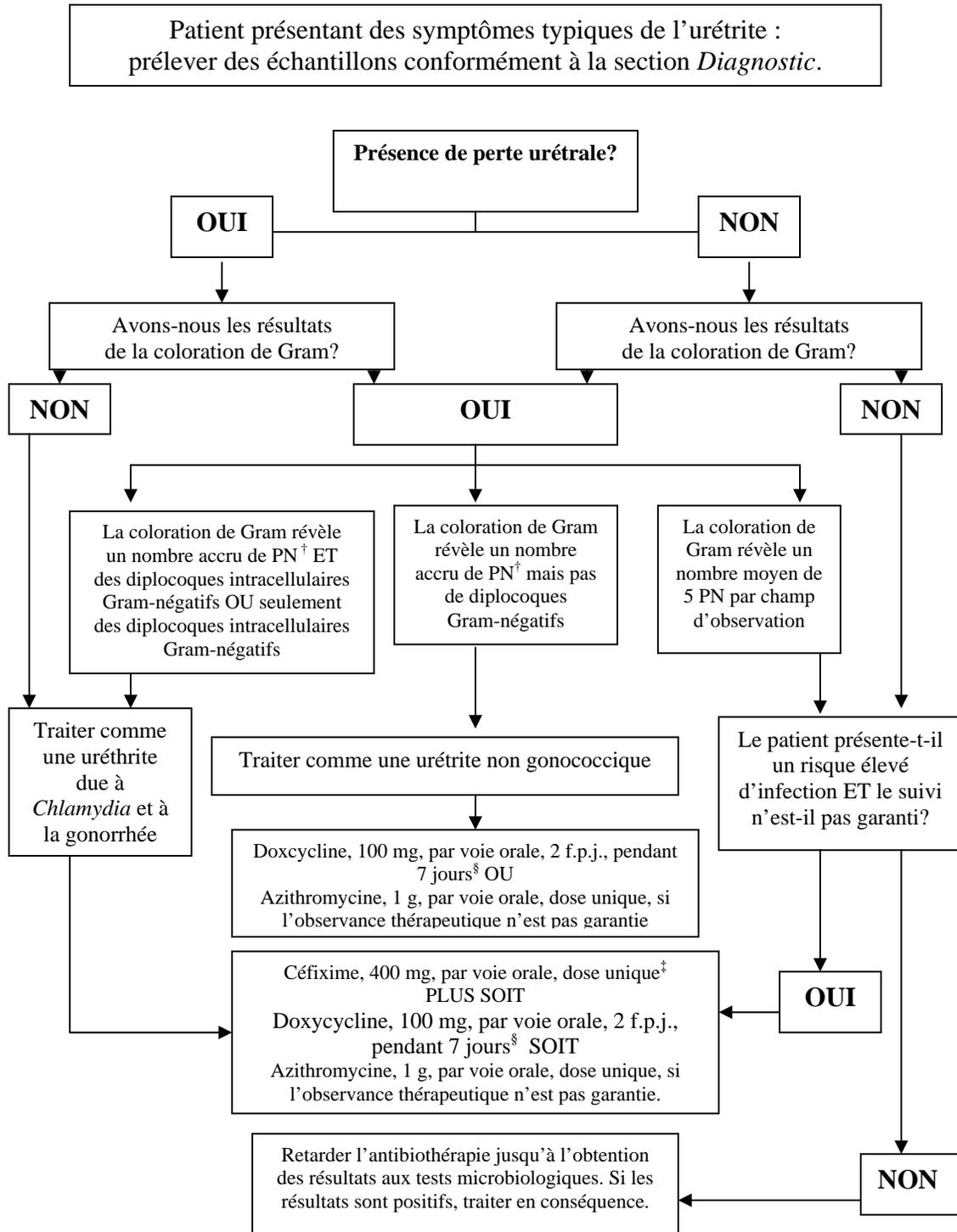
- Chez les femmes, l’urétrite causée par *N. gonorrhæae* et *C. trachomatis* peut survenir sans cervicite.
- La dysurie et la pollakiurie peuvent être des symptômes d’urétrite, lesquels peuvent faire penser à une cystite.
- Chez les femmes, des échantillons d’urine et de prélèvements endocervicaux sont recommandés pour le dépistage de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhæae*.

## Références

1. McKee KT Jr, Jenkins PR, Garner R, *et al.* Features of urethritis in a cohort of male soldiers. *Clin Infect Dis.* 2000;30:736–741.
2. Wendel KA, Erbeding EJ, Gaydos CA, Rompalo AM. Use of urine polymerase chain reaction to define the prevalence and clinical presentation of *Trichomonas vaginalis* in men attending an STD clinic. *Sex Transm Infect.* 2003;79:151–153.
3. Madeb R, Nativ O, Benilevi D, Feldman PA, Halachmi S, Srugo I. Need for diagnostic screening of herpes simplex virus in patients with nongonococcal urethritis. *Clin Infect Dis.* 2000;30:982–983.
4. Mena L, Wang X, Mroczkowski TF, Martin DH. *Mycoplasma genitalium* infections in asymptomatic men and men with urethritis attending a sexually transmitted diseases clinic in New Orleans. *Clin Infect Dis.* 2002;35:1167–1173.
5. Dupin N, Bijaoui G, Schwarzingler M, *et al.* Detection and quantification of *Mycoplasma genitalium* in male patients with urethritis. *Clin Infect Dis.* 2003;37:602–605.
6. Bradshaw CS, Denham IM, Fairley CK. Characteristics of adenovirus associated urethritis. *Sex Transm Infect.* 2002;78:445–447.
7. Azariah S, Reid M. Adenovirus and non-gonococcal urethritis. *Int J STD AIDS.* 2000;11:548–550.
8. Varela JA, Otero L, Garcia MJ, *et al.* Trends in the prevalence of pathogens causing urethritis in Asturias, Spain, 1989–2000. *Sex Transm Dis.* 2003;30:280–283.
9. Swartz SL, Kraus SJ, Herrmann KL, Stargel MD, Brown WJ, Allen SD. Diagnosis and etiology of nongonococcal urethritis. *J Infect Dis.* 1978;138:445–454.
10. Grosskurth H, Mayaud P, Mosha F, *et al.* Asymptomatic gonorrhea and chlamydial infection in rural Tanzanian men. *BMJ.* 1996;312:277–280.
11. Martin DH, Bowie WR. Management of STD syndromes in men. Dans : Holmes KK, Sparling P, Mardh PA, *et al.*, eds. *Sexually Transmitted Diseases.* 3<sup>e</sup> édition, New York, NY: McGraw Hill; 1999: 833-845.
12. Simmons PD. Evaluation of the early morning smear investigation. *Br J Vener Dis.* 1978;54:128–129.
13. Burstein GR, Zenilman JM. Nongonococcal urethritis — a new paradigm. *Clin Infect Dis.* 1999;28(suppl 1):S66–73.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections — 2002. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(RR-15): 1-27.
15. Handsfield HH, McCormack WM, Hook EW 3rd, *et al.* A comparison of single-dose cefixime with ceftriaxone as treatment for uncomplicated gonorrhea. The Gonorrhea Treatment Study Group. *N Engl J Med.* 1991;325: 1337–1341.
16. 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;274:545–549.
17. Steingrimsson O, Olafsson JH, Thorarinsson H, Ryan RW, Johnson RB, Tilton RC. Single dose azithromycin treatment of gonorrhea and infections caused by *C. trachomatis* and *U. urealyticum* in men. *Sex Transm Dis.* 1994;21:43–46.

18. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections. A meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis.* 2002;29:497–502.
19. Macke BA, Maher JE. Partner notification in the United States: an evidence-based review. *Am J Prev Med.* 1999;17:230–242.
20. Agence de santé publique du Canada. *Déclaration provisoire sur le traitement de la gonorrhée au Canada.* Ottawa, Ontario : Agence de santé publique du Canada; novembre 2004. Disponible à l'adresse : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/pdf/is-gonorrhée-2004\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/pdf/is-gonorrhée-2004_f.pdf). Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2005.
21. Borchardt KA, al-Haraci S, Maida N. Prevalence of *Trichomonas vaginalis* in a male sexually transmitted disease clinic population by interview, wet mount microscopy and the InPouch TV test. *Genitourin Med.* 1995;71:405–406.
22. Lautenschlager S, Eichmann A. Urethritis: an underestimated clinical variant of genital herpes in men? *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:307–308.

## Organigramme du traitement\* de l'urétrite



\*Organigramme du traitement uniquement. Les échantillons doivent être prélevés et envoyés au laboratoire d'analyses conformément à la section *Diagnostic*.

<sup>†</sup>Un nombre moyen  $\geq 5$  de PN par champ d'observation ( $\times 1000$ ) dans cinq champs qui ne sont pas adjacents.

<sup>‡</sup>Pour connaître les autres traitements, consultez le chapitre intitulé *Infections gonococciques*.

<sup>§</sup>Pour connaître les autres traitements, consultez le chapitre intitulé *Infections à Chlamydiae*.

## Prévention

- Profiter de l'évaluation clinique pour passer en revue les pratiques sexuelles sécuritaires, examiner les obstacles à l'adoption de ces pratiques et trouver des solutions pour surmonter ces obstacles.
- Conseiller l'usage systématique du préservatif.
- Conseiller au patient d'éviter d'avoir des relations sexuelles non protégées pendant les sept premiers jours du traitement.

## Manifestations

- Urétrorrhée
- Dysurie
- Picotement urétral ou érythème au niveau du méat
- Infection souvent asymptomatique
- Bien que la pollakiurie, l'hématurie et la miction impérieuse puissent, dans de rares cas, être concomitantes à une urétrite, la présence de l'un de ces symptômes exige un examen plus approfondi du patient.

## Diagnostic

### Prélèvement d'échantillons

- Perte : Prélever un échantillon en demandant au patient de « traire » son pénis trois ou quatre fois, de la base vers le gland<sup>11</sup>.
- Écouvillonnage endo-urétral : Insérer l'écouvillon sur une longueur de 2 cm dans l'urètre, effectuer une rotation et le retirer. Soumettre l'échantillon à une coloration de Gram et à des analyses.
- Échantillon d'urine : Prélever 10 à 20 ml du premier jet d'urine, peu importe l'heure de la journée, mais de préférence après ne pas avoir uriné pour au moins 2 heures.<sup>12</sup>

### Diagnostic biologique

- Il est recommandé de procéder au dépistage de la gonorrhée et de *Chlamydia* (Consultez les chapitres intitulés *Infections à Chlamydia* et *Infections gonococciques* pour obtenir plus de renseignements sur le dépistage).
- Commander les examens suivants :
  - Coloration de Gram des pertes ou de l'échantillon endo-urétral pour détecter les leucocytes PN et les diplocoques Gram-négatifs (s'il y en a).
  - Si le test d'amplification de l'acide nucléique (TAAN) est offert :
    - Soumettre l'urine au TAAN pour le dépistage de *C. trachomatis*<sup>13,14</sup> et effectuer la culture d'un écouvillonnage endo-urétral pour le dépistage de *N. gonorrhæae*.
  - Si le TAAN n'est pas offert :
    - Procéder à une épreuve d'immunofluorescence directe (IFD) ou à un dosage immunoenzymatique (EIA), ou à une culture pour le dépistage de *C. trachomatis*<sup>14</sup> et effectuer la culture d'un écouvillonnage endo-urétral pour le dépistage de *N. gonorrhæae*.
- Même si le TAAN pour le dépistage de la gonorrhée est à envisager lorsque les conditions de transport et d'entreposage peuvent nuire à la viabilité de *N. gonorrhæae*

ou lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer un écouvillonnage, la culture est la méthode à privilégier, car elle permet de procéder à des tests de sensibilité aux antimicrobiens.

### **Précaution**

- La présence des symptômes suivants indique un diagnostic différent :
  - Hématurie
  - Fièvre, frissons
  - Pollakiurie, nycturie, miction impérieuse
  - Douleur périnéale, masses au niveau du scrotum
  - Difficultés à entamer la miction ou à maintenir un débit urinaire
  - Lymphadénopathie

### **Prise en charge et traitement (voir Organigramme)**

- Urétrite gonococcique : céfixime, 400 mg, par voie orale, dose unique PLUS SOIT de la doxycycline, 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours<sup>15</sup> [A-I] SOIT de l'azithromycine, 1 g, par voie orale, dose unique si la fidélité au traitement n'est pas garantie [A-I].
- Urétrite non gonococcique : doxycycline, 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours<sup>16-18</sup> [A-I] OU de l'azithromycine, 1 g, par voie orale, dose unique si la fidélité au traitement n'est pas garantie [A-I].
- Il existe d'autres schémas thérapeutiques pour les infections gonococciques/infections à *Chlamydiae* (consultez les chapitres intitulés *Infections gonococciques* et *Infections à Chlamydia*).
- Les traitements à dose unique favorisent la fidélité au traitement et sont particulièrement pratiques chez certaines populations tels les jeunes de la rue; ils sont toutefois les plus coûteux.
- La résolution des symptômes peut prendre jusqu'à sept jours après la fin du traitement.
- Les patients doivent éviter d'avoir des relations sexuelles non protégées pendant les sept premiers jours du traitement.
- Les infections asymptomatiques sont fréquentes chez les hommes et doivent être traitées.

### **Considérations en cas d'autres ITS**

- Effectuer des épreuves sérologiques pour la syphilis.
- Examiner le statut d'immunisation relatif à l'hépatite B; proposer la vaccination si le patient n'est pas protégé contre ce virus, ou un test de dépistage s'il présente un risque élevé d'infection.
- Offrir des tests de dépistage du VIH et du *counselling*.
- Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, envisager le vaccin contre l'hépatite A.

### **Déclaration des cas et notification aux partenaires**

- L'urétrite causée par certains agents (p. ex., *C. trachomatis*, *N. gonorrhæae*) est une maladie transmissible à déclaration obligatoire par les provinces et territoires du

Canada. Toutes les maladies à déclaration obligatoire doivent être signalées aux départements de santé publique conformément aux lois et règlements locaux.

- Il faut identifier tous les partenaires sexuels asymptomatiques du cas de référence au cours des 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou la date du diagnostic et les soumettre à un examen clinique comprenant les tests de dépistage appropriés et le traitement prophylactique qui convient, quels que soient les résultats de l'examen.
- Dans la mesure du possible, encourager le recours aux autorités de santé publique ou conseiller au médecin traitant de retrouver les partenaires du patient et de prendre contact avec le plus de partenaires possible<sup>19</sup>.

### **Suivi**

- Une fois le traitement suivi et les symptômes résolus, le test de suivi permettant de vérifier l'efficacité du traitement n'est pas recommandé systématiquement.
- Si les symptômes persistent ou réapparaissent après la fin du traitement (soit une semaine après le début de ce dernier), il faut réexaminer le patient.
- En l'absence de résultats de laboratoire ou de signes cliniques, la seule présence de symptômes n'est pas suffisante pour amorcer un nouveau traitement.
- Si un test de l'efficacité du traitement est indiqué et qu'on procède à un TAAN comme test de confirmation, il faut attendre trois semaines après la fin du traitement pour éviter les faux positifs.

### **Considérations particulières**

#### *Urétrite récurrente ou persistante*

- Il s'agit souvent d'un problème difficile à régler.
- Il faut reconfirmer la présence d'urétrite à l'aide d'un frottis et d'une coloration de Gram.
- Il est crucial de différencier l'urétrite des troubles fonctionnels.
- Il est important d'informer le patient au début de la prise en charge d'une urétrite récurrente que cette dernière peut constituer un problème clinique difficile à régler, mais que les symptômes finissent souvent par se résorber.
- Une urétrite persistante et l'échec confirmé par des analyses microbiologiques ou cliniques peuvent être causés par :
  - la réexposition à un partenaire qui n'a pas été traité;
  - une infection contractée après des rapports avec un nouveau partenaire;
  - le fait que le traitement n'a pas été suivi correctement ou n'a pas été terminé;
  - une infection due à d'autres agents pathogènes;
  - la présence de micro-organismes résistants<sup>20</sup>;
  - d'autres causes (p. ex., infection urinaire, prostatite, phimosis, irritation chimique, rétrécissement de l'urètre, tumeurs).
- Options à envisager :
  - reprélever des échantillons (urine et endo-urètre) pour faire une coloration de Gram, effectuer une culture et un TAAN pour le dépistage de *N. gonorrhœae* et de *C. trachomatis*;
  - des écouvillonnages endo-urétraux ou un prélèvement d'urine pour le dépistage de *T. vaginalis*<sup>2,21</sup>;

- un écouvillonnage endo-urétral ou un prélèvement d’urine pour le dépistage de *Herpes simplex* en culture, même si cette infection est généralement associée à des lésions<sup>3,22</sup>;
- un échantillon endo-urétral ou un premier jet d’urine à mettre en culture pour le dépistage de *U. urealyticum* et de *M. genitalium*<sup>5</sup> (se fait généralement dans des laboratoires spécialisés);
- diriger le patient vers un urologue ou un infectiologue si l’affection persiste;
- déterminer si d’autres causes sous-jacentes, telle l’anxiété, contribueraient aux symptômes.

#### *L’urétrite chez les enfants*

- Des symptômes inexplicables de pyurie chez des jeunes garçons impubères ou chez des jeunes hommes qui ne sont pas sexuellement actifs pourraient laisser entrevoir qu’ils ont été victimes de sévices sexuels (consultez le chapitre intitulé *Enfants impubères ou prépubères victimes de sévices sexuels*).
- Les intervenants doivent suivre les lignes directrices provinciales en matière de déclaration de cas soupçonnés de sévices sexuels infligés à un enfant aux autorités responsables.
- Un diagnostic d’infection urinaire peut être erronément posé chez les adolescentes et adolescents atteints d’une urétrite.
- En plus des symptômes présents chez les adultes, les enfants souffrant d’urétrite peuvent également présenter les symptômes suivants :
  - douleur abdominale,
  - refus d’uriner,
  - énurésie.
- Pour connaître les schémas thérapeutiques pour enfants, consultez les chapitres intitulés *Infections gonococciques* et *Infections à Chlamydia*.
- Des tests de confirmation devraient être offerts à tous les enfants.

#### *Urétrite chez les femmes*

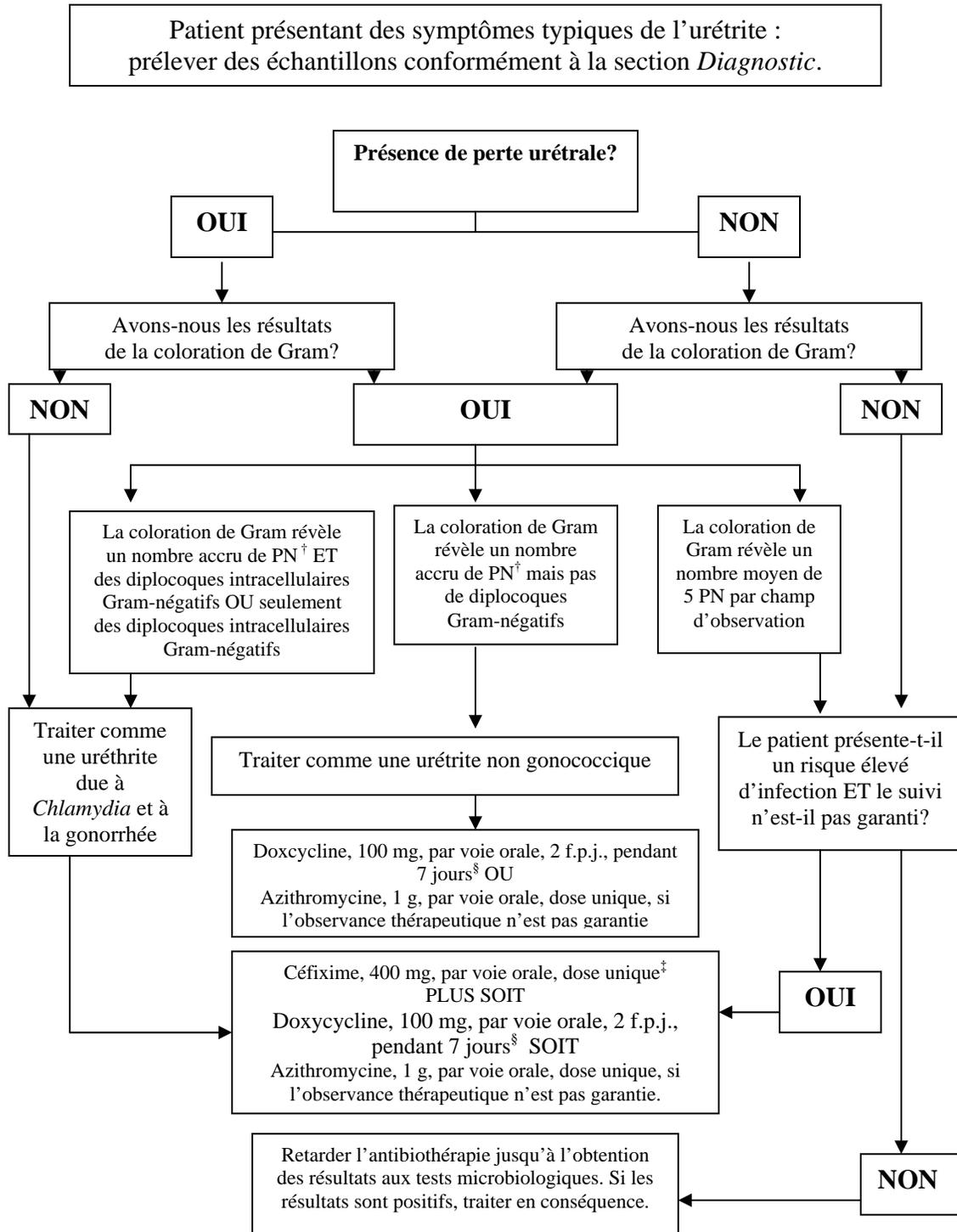
- Chez les femmes, l’urétrite causée par *N. gonorrhæae* et *C. trachomatis* peut survenir sans cervicite.
- La dysurie et la pollakiurie peuvent être des symptômes d’urétrite, lesquels peuvent faire penser à une cystite.
- Chez les femmes, des échantillons d’urine et de prélèvements endocervicaux sont recommandés pour le dépistage de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhæae*.

## Références

23. McKee KT Jr, Jenkins PR, Garner R, *et al.* Features of urethritis in a cohort of male soldiers. *Clin Infect Dis.* 2000;30:736–741.
24. Wendel KA, Erbeding EJ, Gaydos CA, Rompalo AM. Use of urine polymerase chain reaction to define the prevalence and clinical presentation of *Trichomonas vaginalis* in men attending an STD clinic. *Sex Transm Infect.* 2003;79:151–153.
25. Madeb R, Nativ O, Benilevi D, Feldman PA, Halachmi S, Srugo I. Need for diagnostic screening of herpes simplex virus in patients with nongonococcal urethritis. *Clin Infect Dis.* 2000;30:982–983.
26. Mena L, Wang X, Mroczkowski TF, Martin DH. *Mycoplasma genitalium* infections in asymptomatic men and men with urethritis attending a sexually transmitted diseases clinic in New Orleans. *Clin Infect Dis.* 2002;35:1167–1173.
27. Dupin N, Bijaoui G, Schwarzingler M, *et al.* Detection and quantification of *Mycoplasma genitalium* in male patients with urethritis. *Clin Infect Dis.* 2003;37:602–605.
28. Bradshaw CS, Denham IM, Fairley CK. Characteristics of adenovirus associated urethritis. *Sex Transm Infect.* 2002;78:445–447.
29. Azariah S, Reid M. Adenovirus and non-gonococcal urethritis. *Int J STD AIDS.* 2000;11:548–550.
30. Varela JA, Otero L, Garcia MJ, *et al.* Trends in the prevalence of pathogens causing urethritis in Asturias, Spain, 1989–2000. *Sex Transm Dis.* 2003;30:280–283.
31. Swartz SL, Kraus SJ, Herrmann KL, Stargel MD, Brown WJ, Allen SD. Diagnosis and etiology of nongonococcal urethritis. *J Infect Dis.* 1978;138:445–454.
32. Grosskurth H, Mayaud P, Mosha F, *et al.* Asymptomatic gonorrhoea and chlamydial infection in rural Tanzanian men. *BMJ.* 1996;312:277–280.
33. Martin DH, Bowie WR. Management of STD syndromes in men. Dans : Holmes KK, Sparling P, Mardh PA, *et al.*, eds. *Sexually Transmitted Diseases.* 3<sup>e</sup> édition, New York, NY: McGraw Hill; 1999: 833-845.
34. Simmons PD. Evaluation of the early morning smear investigation. *Br J Vener Dis.* 1978;54:128–129.
35. Burstein GR, Zenilman JM. Nongonococcal urethritis — a new paradigm. *Clin Infect Dis.* 1999;28(suppl 1):S66–73.
36. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections — 2002. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(RR-15): 1-27.
37. Handsfield HH, McCormack WM, Hook EW 3rd, *et al.* A comparison of single-dose cefixime with ceftriaxone as treatment for uncomplicated gonorrhoea. The Gonorrhoea Treatment Study Group. *N Engl J Med.* 1991;325: 1337–1341.
38. 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;274:545–549.
39. Steingrimsson O, Olafsson JH, Thorarinsson H, Ryan RW, Johnson RB, Tilton RC. Single dose azithromycin treatment of gonorrhoea and infections caused by *C. trachomatis* and *U. urealyticum* in men. *Sex Transm Dis.* 1994;21:43–46.

40. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections. A meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis.* 2002;29:497–502.
41. Macke BA, Maher JE. Partner notification in the United States: an evidence-based review. *Am J Prev Med.* 1999;17:230–242.
42. Agence de santé publique du Canada. *Déclaration provisoire sur le traitement de la gonorrhée au Canada.* Ottawa, Ontario : Agence de santé publique du Canada; novembre 2004. Disponible à l'adresse : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/pdf/is-gonorrhée-2004\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/pdf/is-gonorrhée-2004_f.pdf). Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2005.
43. Borchardt KA, al-Haraci S, Maida N. Prevalence of *Trichomonas vaginalis* in a male sexually transmitted disease clinic population by interview, wet mount microscopy and the InPouch TV test. *Genitourin Med.* 1995;71:405–406.
44. Lautenschlager S, Eichmann A. Urethritis: an underestimated clinical variant of genital herpes in men? *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:307–308.

## Organigramme du traitement\* de l'urétrite



\*Organigramme du traitement uniquement. Les échantillons doivent être prélevés et envoyés au laboratoire d'analyses conformément à la section *Diagnostic*.

†Un nombre moyen  $\geq 5$  de PN par champ d'observation ( $\times 1000$ ) dans cinq champs qui ne sont pas adjacents.

‡Pour connaître les autres traitements, consultez le chapitre intitulé *Infections gonococciques*.

§Pour connaître les autres traitements, consultez le chapitre intitulé *Infections à Chlamydiae*.