

ÉPIDIDYMITE

Ce chapitre des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement Édition 2006 a été révisé et mis à jour en date d'Octobre 2007. Le tableau ci-dessous résume les importants changements apportés au chapitre et met en référence les pages correspondant à la copie courante en papier des lignes directrices.

<u>Section</u>	<u>Page</u>	<u>Formulation courante</u>	<u>Mise à jour/Clarification</u>
Prise en charge et traitement	74	L'énoncé relatif aux quinolones a été mis à jour dû à l'augmentation des taux d'infections gonococciques résistantes aux quinolones au Canada.	<p>Énoncé ajouté en bas de tableau 2</p> <p>Dû à l'augmentation rapide de la <i>N. gonorrhoeae</i> résistante aux quinolones, les quinolones tels que la ciprofloxacine et l'ofloxacine ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada. Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI : des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;</p> <p>OU</p> <p>au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.</p>
Prise en charge et traitement <i>Tableau 2</i>	74	Un nouvel énoncé de précaution a été ajouté en bas du tableau de traitement.	<p>Ajouté</p> <p>Remarque : Il est recommandé de consulter un collègue expérimenté chez les patients présentant une épididymite gonococcique confirmée qui ont les contre-indications au traitement par les céphalosporines et les quinolones.</p>
Déclaration des cas et notification aux partenaires	75	<p>L'énoncé sur le notification et prise en charge des partenaires a besoin de clarification (Puce # 3)</p> <p>Lorsqu'un traitement est indiqué pour un cas index soupçonné de souffrir d'une épididymite transmise sexuellement, tous les partenaires avec lesquels il a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou la date de diagnostic si le cas index était asymptomatique, devraient subir une évaluation clinique et suivre un traitement approprié.</p>	<p>Lorsqu'un traitement est indiqué pour un cas index soupçonné de souffrir d'une épididymite transmise sexuellement, tous les partenaires avec lesquels il a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou la date de diagnostic si le cas index était asymptomatique, devraient subir une évaluation clinique et suivre un traitement approprié quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.</p>

ÉPIDIDYMITE

Définition

- L'épididymite (inflammation de l'épididyme) se caractérise par l'apparition relativement soudaine de douleurs et d'enflures testiculaires unilatérales aiguës souvent accompagnés d'une sensibilité de l'épididyme et du canal déférent. Elle s'accompagne parfois d'un érythème et d'un œdème de la peau sus-jacente.
- L'orchi-épididymite désigne principalement l'inflammation de l'épididyme et du testicule¹.

Étiologie²

- Avant l'existence des tests de détection de *Chlamydia trachomatis*, la cause de l'épididymite aiguë était la plupart du temps inconnue. Depuis, les études ont montré que les causes d'épididymite sont principalement d'origine infectieuse.
- Chez les hommes de moins de 35 ans, les deux tiers des cas d'épididymite sont dus à une infection transmissible sexuellement (causée par *Chlamydia trachomatis* dans 47 % des cas et par *Neisseria gonorrhoeae* 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 gonorrhoeae* est rarement observé.
- La recherche de l'agent causal devrait toujours tenir compte de l'évaluation du risque du patient d'être infecté par un agent pathogène transmissible sexuellement.
- Dans le cas des enfants et des jeunes adultes, il importe de déterminer si l'œdème scrotal aurait une cause non infectieuse, comme un traumatisme, une torsion du testicule ou une tumeur testiculaire. La torsion du testicule, qui représente un risque élevé d'infarctus testiculaire si le traitement est différé et qui constitue une urgence chirurgicale, devrait être soupçonnée lorsque les douleurs scrotales apparaissent de façon 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"> ▪ Causes habituelles : coliformes, <i>P. 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"> ▪ Causes habituelles : <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i> ▪ Causes inhabituelles : coliformes, <i>P. aeruginosa</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ▪ Facteur prédisposant : urétrite transmise sexuellement
Hommes de plus de 35 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Causes habituelles : coliformes, <i>P. aeruginosa</i> ▪ Causes inhabituelles : <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>C. trachomatis</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ▪ Facteurs prédisposants : pathologie structurale sous-jacente, prostatite bactérienne chronique

Épidémiologie

- Le manque de données précises sur l'épididymite aiguë nous empêche de connaître l'incidence de cette affection dans la population générale. Mais dans une étude rétrospective de grande ampleur, 49 % des cas d'épididymite ont été recensés chez des sujets de 20 à 29 ans et 70 % chez des sujets de 20 à 39 ans⁴.
- Dans le cas des adolescents, il faut déterminer si le comportement sexuel est à l'origine de l'épididymite, car cette dernière peut résulter d'une ITS.
- Les coliformes sont une cause fréquente d'épididymite chez les hommes de tous les groupes d'âge qui pratiquent des pénétrations anales actives non protégées.

Prévention

- Lorsqu'une épididymite transmise sexuellement est soupçonnée, il convient de revoir avec le patient les mesures recommandées pour réduire les risques d'infections transmissibles sexuellement.
- Il convient de donner au patient de l'information sur le degré de protection assurée par les méthodes barrières comme le condom masculin.
- Le patient et ses partenaires devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à la fin du traitement, ou sept jours après la fin du traitement dans le cas d'un traitement à dose unique.

Manifestations^{5,6}

- L'épididymite aiguë cause habituellement des douleurs testiculaires unilatérales et une sensibilité à la palpation.
- Règle générale, les douleurs apparaissent de façon progressive.
- Lorsque l'épididymite est attribuable à une infection transmissible sexuellement, la personne atteinte peut présenter une urétrite ou un écoulement urétral. Cependant, l'urétrite est souvent asymptomatique.
- ***Dans tous les cas, la possibilité d'une torsion du testicule, laquelle constitue une urgence chirurgicale, devrait être envisagée.*** La torsion du testicule est très probable lorsque les douleurs apparaissent soudainement et qu'elles sont intenses. Bien que les hommes de tous les groupes d'âge puissent être touchés, 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 du testicule touché à la palpation;
- une tuméfaction palpable de l'épididyme;
- un écoulement urétral;
- une hydrocèle;
- de l'érythème et (ou) de l'œdème du scrotum sur le côté affecté;
- de 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 n'est pas assurée.
- Évaluation clinique de l'épididymite et analyses de laboratoire :
 - prélèvement urétral à l'aide d'un écouvillon pour procéder à une coloration de Gram d'un frottis;
 - prélèvement d'échantillons (d'exsudat endo-urétral ou d'urine, selon la technique de laboratoire offerte) pour faire un test de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*;
 - examen microscopique et culture d'un échantillon d'urine du milieu du jet.
- S'il peut être effectué 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 épидидymaires ne font pas partie des examens cliniques de routine. Elles peuvent cependant être utiles en cas d'infection récidivante lorsque le traitement est inefficace ou lorsque la formation d'un abcès est soupçonnée.

Prise en charge et traitement

Le tableau 2 ci-dessous résume les recommandations thérapeutiques sur l'épididymite aiguë qui ont été publiées.

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

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

[†] Dû à l'augmentation rapide de la *N. gonorrhoeae* résistante aux quinolones, les quinolones tels que la ciprofloxacine et l'ofloxacine ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada.

- Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI :
 - des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;
- OU
- au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.

*La ceftriaxone ne doit pas être administrée aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant des antécédents de réactions immédiates et/ou anaphylactiques aux pénicillines.

§Le diluant privilégié pour la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) pour diminuer l'inconfort.

Remarque :

Il est recommandé de consulter un collègue expérimenté chez les patients présentant une épididymite gonococcique confirmée qui ont les contre-indications au traitement par les céphalosporines et les quinolones.

Prise en considération d'autres ITS

- Selon les antécédents sexuels, une infection à gonocoque ou à *Chlamydia trachomatis* devrait être considérée comme la cause d'une épидидymite aiguë chez tous les hommes sexuellement actifs et souffrant de cette infection, en particulier ceux qui ont moins de 35 ans.
- La décision de prescrire des tests de dépistage d'autres ITS, dont l'infection par le VIH, devrait être prise en fonction des antécédents sexuels du patient et de la présence de facteurs de risque associés à certaines infections particulières.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas de maladie à déclaration obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux doivent être signalés aux départements de santé publique locaux.
- Les départements de santé publique locaux peuvent aider le médecin à notifier les partenaires et à les diriger vers des ressources compétentes pour une évaluation clinique, y compris les tests de détection, le traitement et l'éducation à la santé.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour un cas index soupçonné de souffrir d'une épидидymite transmise sexuellement, tous les partenaires avec lesquels il a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou la date de diagnostic si le cas index était asymptomatique devraient, subir une évaluation clinique et suivre un traitement approprié quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.

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 adhéré au traitement recommandé, que les symptômes et les signes ont disparu et qu'il n'a pas eu de relations sexuelles avec un partenaire non traité, il n'a habituellement pas à répéter les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*.

Considérations spéciales

- Parmi les causes rares d'épididymite aiguë, attestée sur le plan clinique, pour lesquelles les prélèvements n'ont pas démontré de cause infectieuse, on compte le traitement par amiodarone, la vasculite, la polyartérite noueuse, la maladie de Behçet et le purpura d'Henoch-Schönlein. Un certain nombre de cas d'épididymite sont idiopathiques.
- On a trouvé récemment dans la littérature médicale l'expression « *épididymite chronique*¹¹ ». Les auteurs définissent cette maladie par la présence d'« *un malaise et(ou) une douleur ressentie pendant au moins trois mois au scrotum, au testicule ou à l'épididyme localisée sur un seul ou les deux épидидymes lors de l'examen clinique* ». L'évolution naturelle de cette maladie n'a pas été encore élucidée. Les auteurs concluent que d'autres études sur l'épidémiologie, l'étiologie et la pathogenèse de cette affection devraient être menées.

Références

1. HAGLEY, M. « Epididymo-orchitis and epididymitis: A review of causes and management of unusual forms », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 14, 2003, p. 372-378.
2. LUZZI, G.A. et coll. « Acute epididymitis », *BJU International*, vol. 87, 2001, p. 747-755.
3. BERGER, E. « Acute Epididymitis », dans K. Holmes King (sous la dir. de), *Sexually Transmitted Diseases*, 3^e édition, New York, McGraw-Hill, 1999, p. 847-858.
4. MITTEMEYER, B.T. « Epididymitis: A review of 610 cases », *Journal of Urology*, vol. 95, 1966, p. 390-392, cité dans G.A. Luzzi et coll., « Acute epididymitis », *BJU International*, vol. 87, 2001, p. 747-755.
5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002 », *Mortality and Morbidity Weekly Report: Recommendations and Reports*, vol. 51, n° RR-6, 2002, p. 52-53.
6. ASSOCIATION FOR GENITOURINARY MEDICINE AND THE MEDICAL SOCIETY FOR THE STUDY OF VENEREAL DISEASES. « UK national guidelines on sexually transmitted infections and closely related conditions », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 75, suppl. 1, 1999, p. S2-S3.
7. SANTÉ CANADA, DIVISION DE LA PRÉVENTION ET DU CONTRÔLE DES MTS. « Épididymite chez les adolescents et les adultes », dans *Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition de 1998*, Ottawa, Santé Canada, 1998, p. 114-117.
8. HOOSEN, A.A., N. O'FARRELL et J. VAN DEN ENDE. « Microbiology of acute epididymitis in a developing community », *Genitourinary Medicine*, vol. 69, 1993, p. 361-363.
9. MELEKOS, M.D. et H.W. ASBACH. « Epididymitis: Aspects concerning etiology and treatment », *Journal of Urology*, vol. 138, 1987, p. 83-86.
10. WEIDNER, W., H.G. SCHIEFER et C. GARBE. « Acute nongonococcal epididymitis. Aetiological and therapeutic aspects », *Drugs*, vol. 34, suppl. 1, 1987, p. 111-117.
11. NICKEL J.C., et coll. « The patient with chronic epididymitis: Characterization of an enigmatic syndrome », *Journal of Urology*, vol. 167, 2002, p. 1701-1704.