

## URÉTRITE

**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>
<b>Déclaration des cas et notification aux partenaires</b>	<b>131</b>	<p>L'énoncé sur la notification et prise en charge des partenaires a besoin de clarification (puce # 2).</p> <p>Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et le traitement.</p> <p>Si le cas index n'a eu aucun partenaire pendant cette période, son dernier partenaire devrait se soumettre à une évaluation clinique et recevoir le traitement.</p>	<p><b>Remplacé par:</b></p> <p>Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et le traitement empirique quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.</p> <p>Si le cas index n'a eu aucun partenaire pendant cette période, son dernier partenaire devrait se soumettre à une évaluation clinique et recevoir le traitement.</p>
<b>Considérations spéciales</b> <i>L'urétrite chez les enfants</i>	<b>132</b>	<p>Nouvel énoncé requis pour clarifier la prise en charge des personnes nommées dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants.</p>	<p><b>Ajouté comme puce # 2</b></p> <p>Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage.</p> <p>Voir le chapitre "Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères".</p>
<b>Figure 1</b>	<b>133</b>	<p>La Figure 1 a été révisée.</p>	<p><b>Veillez remplacer la version 2006 par cette version.</b></p>

## URÉTRITE

### 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>.
- Autres causes moins fréquentes à envisager :
  - 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 peut être mucoïde, mucopurulent 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) sur un frottis dans 5 champs d'observation aléatoirement choisis et non adjacents à grossissement  $\times 1\ 000$  (immersion à 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'acquisition de 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 plus sécuritaires, examiner les obstacles à l'adoption de ces pratiques et trouver des solutions pour surmonter ces obstacles.
- Conseiller l'usage systématique du condom.
- Les patients et leurs partenaires devraient attendre la fin de leur traitement avant d'avoir des relations sexuelles non protégées (p. ex., attendre à la fin d'un traitement à doses multiples ou attendre sept jours après la prise d'un traitement à dose unique).

## Manifestations

- Écoulement urétral.
- Dysurie.
- Picotement urétral ou érythème du méat.
- 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 une évaluation plus approfondie du patient.

## Diagnostic

### Prélèvement d'échantillons

- Écoulement urétral : 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 pendant au moins deux heures<sup>12</sup>.

### Diagnostic de laboratoire

- Il est recommandé de faire un test pour la gonorrhée et la chlamydie (pour plus d'information sur les analyses, voir les chapitres « Infections génitales à *Chlamydia* » et « Infections gonococciques »).
- Procéder aux analyses suivantes :
  - coloration de Gram des écoulements ou d'un échantillon endo-urétral pour déceler les PN et les diplocoques Gram négatif (si disponible);
  - si le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) est offert : un TAAN de l'urine pour *C. trachomatis*<sup>13,14</sup> et une mise en culture d'un écouvillonnage endo-urétral pour le dépistage de *N. gonorrhæae*;
  - si le TAAN n'est pas disponible : une analyse d'immunofluorescence directe (IFD), un essai immunocenzymatique (EIA) ou une mise en culture pour *C. trachomatis*<sup>14</sup> et une mise en culture d'un écouvillonnage endo-urétral pour *N. gonorrhæae*.
- Même si le TAAN pour 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 alternatif :
  - 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;
  - adénopathie.

**Prise en charge et traitement (voir Figure 1)**

- Urétrite gonococcique : céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique, PLUS SOIT de la doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours<sup>15</sup> [A-I], OU de l'azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'adhésion au traitement n'est pas garantie [A-I].
- Urétrite non gonococcique : doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours<sup>16-18</sup> [A-I] OU de l'azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'adhésion au traitement n'est pas garantie [A-I].
- Il existe d'autres schémas thérapeutiques relatifs aux infections gonococciques et les infections à *Chlamydia trachomatis*, voir les chapitres « Infections gonococciques » et « Infections génitales à *Chlamydia* ».
- Les traitements à dose unique favorisent l'adhésion au traitement et sont particulièrement pratiques dans le cas de 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 et leurs partenaires devraient attendre la fin de leur traitement avant d'avoir des relations sexuelles non protégées (p.ex., attendre à la fin d'un traitement à doses multiples ou attendre sept jours après la prise d'un traitement à dose unique).
- Les infections asymptomatiques sont fréquentes chez les hommes et devraient être traitées.

**Prise en considération d'autres ITS**

- Effectuer des analyses sérologiques pour la syphilis.
- Examiner le statut d'immunisation de l'hépatite B; proposer la vaccination si le patient n'est pas protégé contre le virus, ou un test de dépistage s'il présente un risque élevé d'infection.
- Offrir un test de dépistage du VIH et du counselling.
- Dans le cas des hommes ayant des relations sexuelles 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. gonorrhœae*) est une maladie à déclaration obligatoire dans les provinces et territoires du Canada. Toutes les maladies à déclaration obligatoire doivent être signalées aux autorités de santé publique conformément aux lois et règlements locaux.

- Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou de la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et le traitement empirique quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.
- Dans la mesure du possible, encourager le recours aux autorités de santé publique ou du médecin traitant afin de procéder à la notification aux partenaires du patient et de prendre contact avec le plus de partenaires possible<sup>19</sup>.

### Suivi

- Une fois le traitement complété et les symptômes résolus, un test de contrôle n'est pas recommandé de façon systématique.
- Si les symptômes persistent ou réapparaissent après la fin du traitement (soit une semaine après le début de ce dernier), le patient devrait être réévalué.
- En l'absence de résultats de laboratoire ou de signes cliniques, la seule présence de symptômes n'est pas suffisante pour justifier l'amorce d'un nouveau traitement.
- Si un test de contrôle est indiqué et qu'on procède à un TAAN comme test de confirmation de l'efficacité du traitement, il faut attendre trois semaines après la fin du traitement pour éviter des faux positifs.

### Considérations spéciales

#### *Urétrite récurrente ou persistante*

- Il s'agit souvent d'un problème difficile à régler.
- Il faut confirmer de nouveau la présence d'une 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 résoudre.
- En cas d'une urétrite persistante où l'échec est confirmé par des analyses microbiologiques ou cliniques il faut considérer les causes possibles suivantes:
  - la réexposition à un partenaire qui n'a pas été traité;
  - une infection contractée auprès d'un nouveau partenaire;
  - le traitement n'a pas été suivi correctement ou n'a pas été complété;
  - 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).
- Considérer :
  - prélever des échantillons (urine et endo-urétraux) pour faire une coloration de Gram, une mise en culture et un TAAN pour *N. gonorrhœae* et *C. trachomatis*;
  - des écouvillonnages endo-urétraux ou un prélèvement d'urine pour *T. vaginalis*<sup>2,21</sup>;
  - un écouvillonnage endo-urétral ou un prélèvement d'urine pour une culture de Herpes simplex, même si cette infection est généralement associée à des lésions<sup>3,22</sup>;

- un écouvillonnage endo-urétral ou un prélèvement d'urine du premier jet à mettre en culture pour *U. urealyticum* et *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.

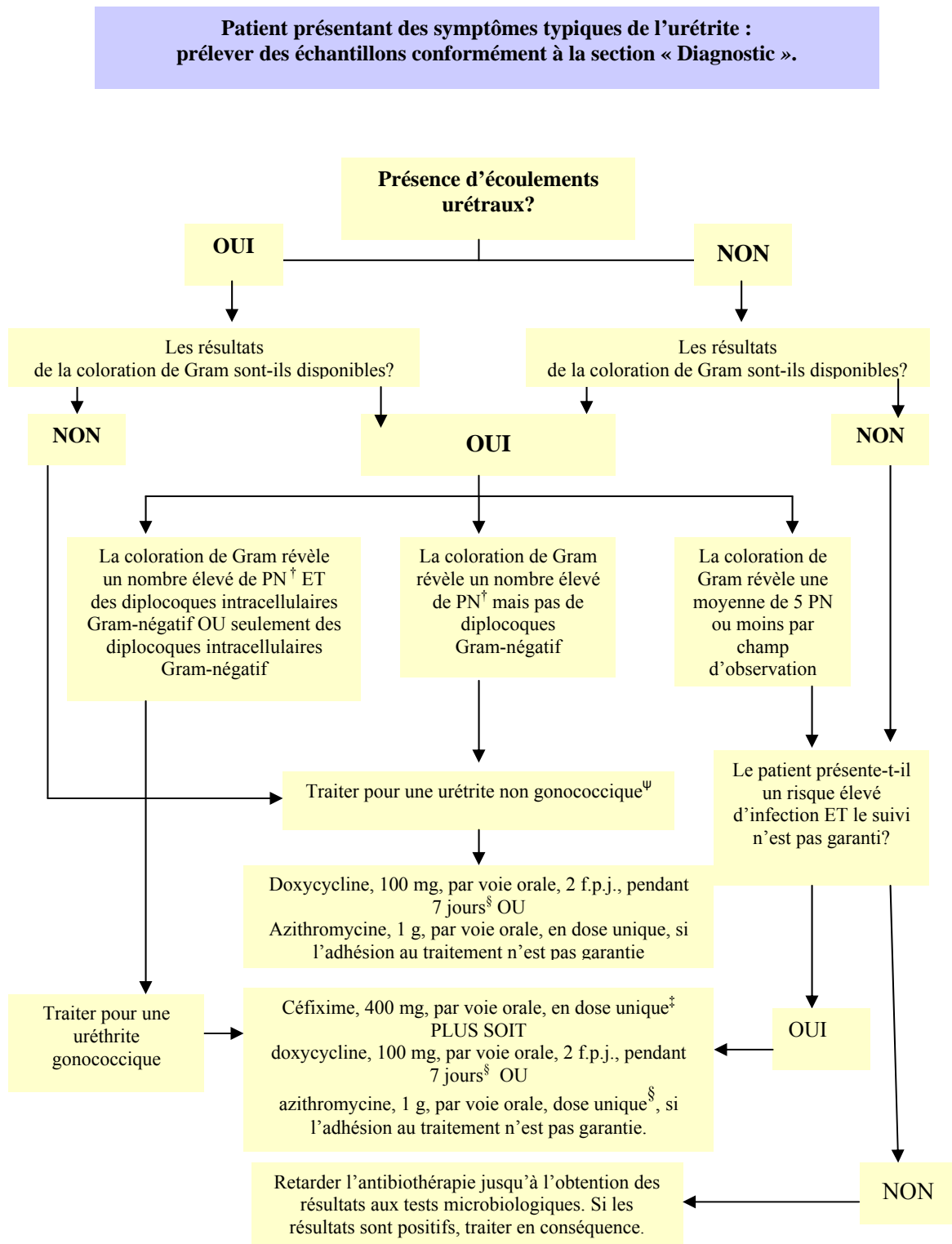
### ***L'urétrite chez les enfants***

- Des symptômes inexplicables de pyurie chez des garçons impubères ou chez des jeunes hommes qui ne sont pas sexuellement actifs pourraient laisser entrevoir qu'ils ont été victimes d'abus sexuels (voir le chapitre « Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères ou prépubères »).
- Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. Voir le chapitre "Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères".
- Les professionnels de la santé doivent suivre les lignes directrices provinciales et territoriales en matière de déclaration de cas soupçonnés d'abus sexuels infligés à un enfant aux autorités responsables.
- Les adolescents et adolescentes atteints d'une urétrite peuvent être erronément diagnostiqués avec une infection urinaire.
- 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 les enfants, voir les chapitres « Infections gonococciques » et « Infections à *Chlamydia* ».
- Des tests de contrôle 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 imiter une cystite.
- Chez les femmes, des échantillons d'urine et des prélèvements endo-cervicaux devraient être obtenus pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhæae*.

Figure 1. Organigramme du traitement\* de l'urétrite



PN = leucocytes polynucléaires

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

†Un nombre moyen ≥ 5 de PN par champ d'observation (× 1 000) dans cinq champs non adjacents.

ψTraiter pour une urétrite attribuable à la chlamydia, envisager un traitement contre la gonorrhée SI la prévalence de la gonorrhée locale est élevée ou si les relations sexuelles ont eu lieu dans une région présentant une prévalence élevée OU si le suivi n'est pas garanti OU si le partenaire sexuel est infecté par la gonorrhée

§Pour connaître les autres schémas de traitement, consultez le chapitre intitulé « Infections gonococciques ».

¶Pour connaître les autres schémas de traitements, consultez le chapitre intitulé «Infections à Chlamydia».

**Références**

1. MCKEE, K.T. JR, P.R. JENKINS, R. GARNER, et coll. « Features of urethritis in a cohort of male soldiers. » *Clinical Infectious Diseases*, vol. 30, 2000, p. 736–741.
2. WENDEL, K.A., E.J. ERBELDING, C.A. GAYDOS, A.M. ROMPALO. « Use of urine polymerase chain reaction to define the prevalence and clinical presentation of *Trichomonas vaginalis* in men attending an STD clinic. » *Sexually Transmitted Infections*, vol. 79, 2003, p. 151–153.
3. MADEB, R., O. NATIV, D. BENILEVI, P.A. FELDMAN, S. HALACHMI, I. SRUGO. « Need for diagnostic screening of herpes simplex virus in patients with nongonococcal urethritis. » *Clinical Infectious Diseases*, vol. 30, 2000, p. 982–983.
4. MENA, L., X. WANG, T.F. MROCZKOWSKI, D.H. MARTIN. « *Mycoplasma genitalium* infections in asymptomatic men and men with urethritis attending a sexually transmitted diseases clinic in New Orleans. » *Clinical Infectious Diseases*, vol. 35, 2002, p. 1167–1173.
5. DUPIN, N., G. BIJAOU, M. SCHWARZINGER, et coll. « Detection and quantification of *Mycoplasma genitalium* in male patients with urethritis. » *Clinical Infectious Diseases*, vol. 37, 2003, p. 602–605.
6. BRADSHAW, C.S., I.M. DENHAM, C.K. FAIRLEY. « Characteristics of adenovirus associated urethritis. » *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, 2002, p. 445–447.
7. AZARIAH, S., M. REID. « Adenovirus and non-gonococcal urethritis. » *International Journal of STD & AIDS*, vol. 11, 2000, p. 548–550.
8. VARELA, J.A., L. OTERO, M.J. Garcia, et coll. « Trends in the prevalence of pathogens causing urethritis in Asturias, Spain, 1989–2000. » *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 30, 2003, p. 280–283.
9. SWARTZ, S.L., S.J. KRAUS, K.L. HERRMANN, M.D. STARGEL, W.J. BROWN, S.D. ALLEN. « Diagnosis and etiology of nongonococcal urethritis. » *Journal of Infectious Diseases*, vol. 138, 1978, p. 445–454.
10. GROSSKURTH, H., P. MAYAUD, F. MOSHA, et coll. « Asymptomatic gonorrhoea and chlamydial infection in rural Tanzanian men. » *British Medical Journal*, vol. 312, 1996, p. 277–280.
11. MARTIN, D.H., W.R. BOWIE. « Management of STD syndromes in men. » Dans : HOLMES, K.K., P. SPARLING, P.A. MARDH, et coll., eds. *Sexually Transmitted Diseases*. 3<sup>e</sup> édition, New York, NY: McGraw Hill; 1999, p. 833-845.
12. SIMMONS, P.D. « Evaluation of the early morning smear investigation. » *British Journal of Venereal Diseases*, vol. 54, 1978, p. 128–129.
13. BURSTEIN, G.R., J.M. ZENILMAN. « Nongonococcal urethritis — a new paradigm. » *Clinical Infectious Diseases*, vol. 28, suppl 1, 1999, p. S66–73.
14. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). « Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections — 2002. » *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations & Reports*, vol 51 (RR-15), 2002, p. 1-27.
15. HANDSFIELD, H.H., W.M. MCCORMACK, E.W. HOOK 3RD, et coll. « A comparison of single-dose cefixime with ceftriaxone as treatment for uncomplicated gonorrhoea. The Gonorrhoea Treatment Study Group. » *New England Journal of Medicine*, vol. 325, 1991, p. 1337–1341.
16. STAMM, W.E., C.B. HICKS, D.H. MARTIN, et coll. « Azithromycin for empirical treatment of the nongonococcal urethritis syndrome in men. A randomized double-blind study. » *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, 1995, p. 545–549.
17. STEINGRIMSSON, O., J.H. OLAFSSON, H. THORARINSSON, R.W. RYAN, R.B. JOHNSON, R.C. TILTON. « Single dose azithromycin treatment of gonorrhoea and infections caused by



- C. trachomatis* and *U. urealyticum* in men. » *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 21, 1994, p. 43–46.
18. LAU, C.Y., A.K. QURESHI. « Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections. A meta-analysis of randomized clinical trials. » *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 29, 2002, p. 497–502.
  19. MACKE, B.A., J.E. MAHER. « Partner notification in the United States: an evidence-based review. » *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 17, 1999, p. 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, [en ligne]. [[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)] (1<sup>er</sup> mars 2005).
  21. BORCHARDT, K.A., S. AL-HARACI, N. MAIDA. « Prevalence of *Trichomonas vaginalis* in a male sexually transmitted disease clinic population by interview, wet mount microscopy and the InPouch TV test. » *Genitourinary Medicine*, vol. 71, 1995, p. 405–406.
  22. LAUTENSCHLAGER, S., A. EICHMANN. « Urethritis: an underestimated clinical variant of genital herpes in men? » *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 46, 2002, p. 307–308.