



## Item158-2-Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose - Infections génitales de l'homme.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer et traiter une gonococcie, une chlamydie, une syphilis récente et tardive, une infection génitale à HPV, une trichomonose - Connaître les principes de la prévention et du dépistage des IST, notamment chez les partenaires. - Connaître les principes de prévention et dépistage des infections à HPV, frottis et vaccination.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- <a href="#">Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées / AFSSAPS / 2008</a> - Polycopié national. Pilly 2010: <a href="#">Infections génitales de l'homme. Écoulement urétral</a>	- Infection sexuellement transmissible - Chlamydia (PCR 1er jet d'urine) - Gonocoque (prélèvement local) - Écoulement urétral / s. urinaires - Bi-ABT minute C3G + macrolide - OE: grosse bourse rouge fébrile - Signe de Prehn / Chevassu (sillon) - ABT selon la forme clinique - Traitement symptomatique dans OE	- Bandelette urinaire - Mesures associées aux IST (5) - Cs de contrôle à (J3) J7 - OE = éliminer torsion ++

### Urétrite

#### Généralités

- **Définition**
  - Urétrite = inflammation de l'urètre, en général par voie ascendante
  - !! germes sexuellement transmissibles donc bilan **IST** + partenaires (**A savoir !**)
- **Physiopathologie**
  - **Deux germes principaux** (!! co-infection fréquente)
    - **Chlamydia trachomatis** (50%): intra-cellulaire (dans PNN)
    - **Neisseria gonorrhoeae** (= gonocoque; 45%) diplocoque Gram(-)
  - **Autres**: trichomonas vaginalis (parasite) / ureaplasma / mycoplasma

#### Diagnostic

- **Examen clinique**
  - **Interrogatoire**
    - **Terrain**: FdR d'IST: atcd / partenaires sexuels multiples / homosexuel
    - **Anamnèse**: notion de contage / durée d'incubation / évolutivité
    - **Signes fonctionnels**
      - asymptomatique dans 50% des cas / **jamais** de fièvre si urétrite (**A savoir !**)
      - **écoulement urétral +++** : spontané / en dehors de miction / le matin
      - **signes urinaires associés**: brûlures mictionnelles / pollakiurie / dysurie
      - **!! NPO** de demander si le partenaire est symptomatique
  - **Examen physique**
    - **Examen des OGE**: méat urétral inflammatoire / rechercher orchio-épididymite
    - **Toucher rectal**: toujours rechercher une prostatite associée
    - **Autres localisations d'IST**: examen et prélèvements oropharyngé et anal +++
  - **Orientation étiologique clinique**
    - **En faveur du gonocoque si**
      - Incubation courte: 3-10 jours
      - Écoulement sale / abondant
      - Signes urinaires prononcés (« chaude-pisse »)
    - **En faveur de chlamydia si**
      - Incubation longue: 3-6 semaines

- Ecoulement clair / peu abondant / inconstant
- Signes urinaires peu prononcés ou absents
- Examens complémentaires
  - Pour diagnostic positif
    - BU / ECBU
      - Elimine une IU / urétrite si présence de PNN
      - PCR sur 1er jet d'urine: recherche chlamydia + + +
    - Prélèvements locaux
      - = recueil de l'écoulement urétral ou grattage endo-urétral si absent
      - !! NPO prélèvements anal et oropharyngé sont systématiques + + +
      - Ex. direct / mise en culture sur **géluse chocolat** (gonocoque) / ABG
      - Immunofluorescence (Ac monoclonaux) pour chlamydia
  - Bilan d'IST + + + (A savoir !)
    - Sérologies
      - VIH 1/2 (après accord du patient)
      - VDRL-TPHA / VHB (et VHC)
    - Dépistage des partenaires
      - Sérologies et prélèvements locaux

#### Traitement

- Prise en charge
  - Traitement en ambulatoire
  - !! Revoir le patient à J7 = **contrôle clinique**
- Traitement curatif = antibiothérapie
  - ABT probabiliste: à débiter immédiatement après les prélèvements
  - Traitement « minute » : prise unique / active contre gonocoque et chlamydia
    - contre gonocoque: C3G (ceftriaxone) 500mg IM en dose unique
    - contre chlamydia: macrolide (azithromycine) 1g PO en dose unique
  - !! Remarques (Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées / AFSSAPS / 2008)
    - FQ et cyclines ne sont plus indiqués contre le gonocoque + + +
    - si allergie aux  $\beta$ -lactamines: spectinomycine 2g en IM (aminoside)
    - si CI aux IM (coagulopathie): C3G orale (cefixime 100mg PO)
  - Si trichomonas: nitro-imidazolés en dose unique à renouveler à J10
- Mesures associées aux IST (5) (A savoir !)
  - Sérologies VIH / VHB-VHC / VDRL-TPHA
  - Dépistage et bilan IST +/- traitement de tous les **partenaires** + + +
  - Rapports sexuels protégés (préservatif) jusqu'à guérison
  - Education du patient sur les IST: mesures de prévention
  - Proposer vaccination VHB (+/- VHA)
- Surveillance
  - Consultation à J3 si persistance
    - informer le patient: Cs en urgence si encore symptomatique à J3
  - Consultation à J7 systématique + + + (A savoir !)
    - Vérifier la guérison +/- adaptation secondaire à l'ABG
    - Communiquer les résultats des sérologies IST + éducation
    - Si persistance: rechercher prostatite / refaire prélèvements

## Orchi-épididymite

### Généralités

- Définition
  - Inflammation de l'épididyme +/- associée à une inflammation du testicule
- Physiopathologie
  - !! orchi-épididymite et prostatite sont des infections uro-génitales
  - 2 terrains et types de germes
    - germes urinaires: E. Coli (BGN) / chez l'homme > 50ans / sur HBP
    - germes IST: chlamydia et gonocoque / chez homme jeune / rapports

### Diagnostic

- Examen clinique
  - Interrogatoire
    - Terrain: âge (jeune: IST  $\neq$  vieux: IU) / atcd uro (HBP)  $\neq$  FdR d'IST
    - Anamnèse: notion de contagé / installation et évolution
    - Signes fonctionnels

- **signes généraux:** **fièvre** parfois élevée (≠ urétrite) / frissons
- **signes urinaires:** brûlures mictionnelles / pollakiurie / dysurie
- **douleur scrotale:** unilatérale / !! soulagée par suspension (signe de **Prehn**)
- **Examen physique**
  - En pratique: « grosse bourse douloureuse et fébrile »
  - **Examen urologique**
    - **inspection:** scrotum inflammatoire +/- hydrocèle réactionnelle
    - **palpation:** douleur / disparition du sillon épiddymo-testiculaire (**Chevassu**)
    - **BU +++ :** systématique / recherche un infection urinaire
    - **NPO** la palpation des orifices herniaires pour éliminer une hernie étranglée
  - **Retentissement, rechercher:**
    - **une infection associée:** **TR** +++ (prostatite) / examen du méat (urétrite)
    - **une complication:** abcédation / fistulisation / signes septiques généraux
- **Examens complémentaires**
  - **Pour diagnostic étiologique**
    - **ECBU:** recherche un germe IU / PCR sur 1er jet pour chlamydia
    - **Prélèvements urétral:** examen direct et culture pour gonocoque
  - **!! si germe d'IST retrouvé: bilan d'IST (A savoir !)**
    - **Sérologies**
      - VIH 1/2 (après accord du patient)
      - VDRL-TPHA / VHB (et VHC)
    - **Dépistage des partenaires**
      - Sérologies et prélèvements locaux
- **Diagnostics différentiels**
  - **Torsion du cordon spermatique +++** (cf [Pathologie génito-scrotale chez le garçon et chez l'homme.](#))

	torsion	orchi-épididymite
terrain	■ enfant / adolescent	■ adulte (sauf virale)
anamnèse	■ brutal / subtorsions	■ atcd d'IU (rare)
s. généraux	■ apyrétique	■ fébrile
s. locaux	■ rétracté / fixe ■ peu inflammatoire	■ inflammatoire ■ Prehn positif
BU	■ normale	■ leucocyturie

- **Autres diagnostics différentiels**
  - **Hernie inguinale** étranglée +++ (cf [Hernie pariétale chez l'enfant et l'adulte.](#))
  - Orchite ourlienne (cf [Oreillons.](#))
  - Pupura rhumatoïde (cf [Purpuras chez l'adulte et l'enfant](#))
  - Colique néphrétique (cf [Lithiase urinaire.](#))
  - Torsion d'hydatide sessile
  - Traumatisme testiculaire

#### Evolution

- **si traitement rapide et adapté:** guérison rapide (+/- persistance d'un nodule séquellaire)
- **Complications**
  - Prostatite
  - Abscess épiddymaire: masse fluctuante très douloureuse +/- fistulisé
  - Récidive voire épiddymite chronique évoluant vers une fibrose
  - Infertilité par azoospermie (seulement si atteinte bilatérale récidivante)

#### Traitement

- **Prise en charge**
  - Traitement en ambulatoire (sauf complication)
  - Repos au lit +/- arrêt de travail
- **Traitement symptomatique**
  - Antalgiques-antipyrétique: paracétamol PO 3x1g/j
  - **AINS** (hors cellulite): évitent la sténose et donc le risque d'infertilité
  - Suspensoir (en pratique sous-vêtement serré): soulage la douleur testiculaire
- **Traitement curatif = antibiothérapie**
  - ABT probabiliste +/- adaptation II à l'ABG à la consultation de contrôle à J7 +++
  - **Forme typique du sujet jeune:** bi-ABT minute C3G IM + azythromycine PO
  - **Forme typique du sujet vieux:** FQ (ofloxacin) PO **3S** (4-6S si prostatite associée)
  - **Alternative si doute:** FQ PO 3S (couvre chlamydia et E.Coli) + C3G en dose unique

- Mesures associées
  - Si germe IST retrouvé (5) +++
    - Sérologies VIH / VHB-VHC / VDRL-TPHA
    - Dépistage et bilan IST +/- traitement de tous les **partenaires** +++
    - Rapports sexuels protégés (préservatif) jusqu'à guérison
    - Education du patient sur les IST: mesures de prévention
    - Proposer vaccination VHB (+/- VHA)
- Surveillance
  - Consultation à J3 si persistance
    - informer le patient: Cs en urgence si encore symptomatique à J3
  - Consultation à J7 systématique (A savoir !)
    - Vérifier la guérison +/- adaptation II à l'ABG
    - Communiquer les résultats des sérologies IST + éducation
    - Si persistance: rechercher prostatite / refaire prélèvements

## Prostatite

- cf [Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte](#). car germes d'IU >> IST

## Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 2 germes les plus fréquents impliqués dans les infections génitales chez l'homme ?

- Chlamydia trachomatis
- Neisseria gonorrhoeae (gonocoque)

Quel examen permet de confirmer le diagnostic de gonococcie ?

- Prélèvement local (urétral, anal et pharyngé) pour mise en culture (gélose au chocolat)
- Direct souvent négatif