

URETRITE CHEZ L'ADOLESCENT ET L'ADULTE:

• Aspects cliniques et commentaires

- Dysurie, écoulement urétral, inconfort urétral.
- Recommandation de ne pas initier une antibiothérapie tant que le diagnostic n'a pas été confirmé (jusqu'à 40% des patients n'ont finalement pas d'urétrite). Confirmation possible de plusieurs manières.
 - Ecoulement objectivé.
 - Détection d'estérase leucocytaire (tigettes) dans l'urine premier jet.
 - Examens microscopiques (recommandés par les guidelines européens et américains mais actuellement peu utilisés en Belgique).
 - Examen du sédiment d'urine de premier jet centrifugée montre ≥ 10 globules blancs/champ.
 - Examen (après coloration Gram) des sécrétions urétrales (écoulement ou frottis urétral) montre ≥ 5 polymorphonucléaires/champ. Permet également de confirmer ou infirmer une infection à *Neisseria gonorrhoeae* (diplocoque à Gram négatif intracellulaire).

• Pathogènes impliqués

- *Neisseria gonorrhoeae*.
- *Chlamydia trachomatis* (15 à 40% des cas d'urétrite non gonococcique).
- *Mycoplasma genitalium* [responsable d'une grande partie (15 à 25%) des cas aigus et chroniques d'urétrite non gonococcique chez l'homme et, dans une moindre mesure, chez la femme].
- Moins fréquents.
 - *Ureaplasma urealyticum*.
 - *Trichomonas vaginalis*.
 - *Herpes simplex virus* et adénovirus (2 à 4% des cas, parfois associé à une conjonctivite).
 - *Neisseria meningitidis*.
 - *Haemophilus* spp.
 - *Candida* spp.
 - Bactéries de la vaginose bactérienne.
 - *Virus d'Epstein-Barr*.

• Traitement anti-infectieux empirique

Traitement empirique seulement indiqué en cas de pathologie sévère ou de risque de mauvaise adhérence au traitement (sinon, traitement documenté).

- Régimes.
 - Traitement initial.
 - Résultats de l'examen microscopique direct pas encore disponibles (traitement empirique comme en cas de gonorrhée).
 - ▲ Premier choix: ceftriaxone + azithromycine.
 - ▲ Alternative: spectinomycine + doxycycline.
 - Résultats de l'examen microscopique direct connus: urétrite gonococcique.
 - ▲ Premier choix: ceftriaxone + azithromycine.
 - ▲ Alternatives.
 - △ Spectinomycine + azithromycine.
 - △ Ceftriaxone (si traitement à l'azithromycine exclu).
 - Résultats de l'examen microscopique direct connus: urétrite non gonococcique.
 - ▲ Premier choix: doxycycline.
 - ▲ Alternative: azithromycine.
 - Echec thérapeutique après traitement initial d'urétrite non gonococcique documentée.
 - Si après traitement initial avec doxycycline: azithromycine + métronidazole.
 - Si après traitement initial avec azithromycine: moxifloxacine + métronidazole.

Azithromycine est supérieure par rapport à la doxycycline pour l'éradication de *Mycoplasma genitalium* (responsable d'une grande partie des urétrites aiguës et chroniques non gonococciques chez l'homme et, dans une moindre mesure, chez la femme). Une augmentation des échecs thérapeutiques a été rapportée dus à des résistances inductibles contre l'azithromycine [et les (néo)macrolides]. La moxifloxacine a une activité puissante contre ce pathogène.

- Posologies standard.
 - Azithromycine.
 - En cas d'urétrite gonococcique: dose unique de 2 g po.
 - En cas d'urétrite non gonococcique: dose de charge de 500 mg au jour 1, suivie, à partir de jour 2, par 250 mg po q24h.
- La résistance de *Mycoplasma genitalium* aux (néo)macrolides et azalides est en augmentation et atteint 40 % dans certains endroits. Le traitement à l'azithromycine (dose unique de seulement 1 g) est associé au développement de cette résistance et probablement augmente la prévalence des souches résistantes dans la population. Des études ont également montré

une diminution de l'efficacité de ce traitement chez les hommes ayant une urétrite à *Chlamydia trachomatis*. L'azithromycine administrée à la posologie mentionnée au-dessus (pendant 5 jours) est efficace dans le traitement des infections à *Chlamydia trachomatis* et *Mycoplasma genitalium* et induirait moins de résistance.

- Ceftriaxone: dose unique d'au moins 500 mg iv ou im.
- Doxycycline: 200 mg po q24h ou 100 mg po q12h.
- Métronidazole: 500 mg po q8h.
- Moxifloxacin: 400 mg po q24h.
- Spectinomycine: dose unique de 2 g im.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté).
 - Azithromycine.
 - Urétrite gonococcique: dose unique de 2 g po.
 - Urétrite non gonococcique: 5 jours.
 - Ceftriaxone, spectinomycine: dose unique.
 - Doxycycline: 7 jours.
 - Métronidazole: 7 à 14 jours (comme la moxifloxacin).
 - Moxifloxacin: 7 à 14 jours. La moxifloxacin est fort active contre *Mycoplasma genitalium*. Toutefois la résistance de ce pathogène à cet antibiotique monte suite à des mutations dans les "quinolone resistance determining regions" [QRDR (surtout *parC* et, dans une moindre mesure, *gyrA*). D'où le conseil de traiter pendant 14 jours au lieu de 7.