

# DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE

concernant les recommandations liées  
au diagnostic, à la prise en charge et au suivi de

## L'URÉTRITE

Mars 2014

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

### QUESTION CLÉ

Le chapitre *Infections gonococciques* a été révisé en réponse à l'émergence d'une résistance aux antimicrobiens. Par conséquent, la version imprimée de 2010 et la version en ligne du chapitre *Urétrite* des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* doivent elles aussi faire l'objet d'une mise à jour.

La présente déclaration a pour but d'informer les cliniciens des **principaux changements à appliquer pour la prise en charge de l'urétrite** jusqu'à ce qu'une version entièrement révisée du chapitre soit publiée.

Il y a lieu de consulter le chapitre complet actuel pour connaître la prise en charge des enfants présentant une urétrite.

### DIAGNOSTIC

Façon d'effectuer un écouvillonnage endo-urétral chez les hommes présentant un écoulement urétral :

- Humidifier l'écouvillon à l'aide d'eau stérile avant de l'insérer afin de réduire l'inconfort.
- Introduire l'écouvillon lentement (3-4 cm), le tourner lentement et le retirer doucement.
- Préparer un frottis pour une coloration de Gram en faisant tourner doucement l'écouvillon sur une lame de verre; ensuite,ensemencer directement un milieu de culture ou déposer l'écouvillon dans un milieu de transport pour une recherche en laboratoire de *N. gonorrhoeae*.
- Demander une recherche de *N. gonorrhoeae* et de chlamydia.
  - Chez les patients symptomatiques, selon la situation clinique, un prélèvement d'échantillons pour une recherche de *N. gonorrhoeae* par culture et TAAN devrait être envisagé.
- Obtenir 10 à 20 ml du premier jet d'urine, à n'importe quel moment de la journée, mais de préférence au moins 2 heures après la miction précédente.
- Consulter le chapitre *Infections gonococciques* pour connaître la prise en charge recommandée si les résultats sont connus ou s'ils sont à venir. Ces tableaux devraient être utilisés lorsqu'une infection gonococcique est soupçonnée ou confirmée.
- La **figure 1** à la fin du chapitre *Urétrite* actuel **n'est plus à jour et ne devrait pas servir de guide pour les décisions thérapeutiques.**



## TRAITEMENT

Vu la hausse de la résistance aux antimicrobiens, une association médicamenteuse devrait être utilisée pour le traitement des cas suspects ou confirmés d'infection gonococcique présentant une uréthrite.

- L'association de deux médicaments ayant des mécanismes d'action différents est réputée améliorer l'efficacité du traitement et pourrait retarder l'apparition de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes aux céphalosporines.
- Le traitement d'association est aussi efficace contre les infections à Chlamydia concomitantes, qui sont fréquentes.
- Consulter le *tableau 7* du chapitre *Infections gonococciques* pour connaître le traitement recommandé pour les femmes et les hommes autres que les HARSAH et le *tableau 8* pour les HARSAH. Consulter la section *Suivi* pour connaître les tests de contrôle recommandés.

Si le risque d'infection gonococcique est faible ET si le suivi peut être assuré, prescrire un traitement pour une uréthrite non gonococcique (UNG), c'est-à-dire 100 mg de **doxycycline** par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours **OU (si l'on croit que l'observance du traitement sera faible)** une seule dose de 1 g d'**azithromycine** par voie orale.

## SUIVI

- Les patients traités pour une uréthrite n'ont généralement pas besoin de suivi post-traitement, sauf si leurs symptômes persistent ou réapparaissent. Consulter la section *Uréthrite récurrente ou persistante* du chapitre *Uréthrite* actuel.
- Les cas confirmés d'infection gonococcique devraient être déclarés aux autorités de santé publique locales et être suivis conformément aux recommandations des sections *Notification aux partenaires* et *Suivi* du chapitre *Infections gonococciques*.