

RAPPORT D'ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE

Enquête « Urétrites masculines »

Code de l'enquête (RS2008Enq2)

Version n°3 (version finale)

Méthodologie de l'enquête	Enquête descriptive transversale menée auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles de l'Inserm.
Promoteur	Institut National de Veille Sanitaire 12, rue du Val d'Osne 94415 Saint Maurice Cedex
Responsable du projet pour le promoteur	Anne Gallay Institut de Veille Sanitaire 12 rue du Val d'Osne 94415 Saint Maurice Cedex
Responsable du projet pour le réseau Sentinelles	Andrea Lasserre réseau Sentinelles Inserm – UPMC UMR-S 707 27, rue Chaligny 75571 Paris cedex 12
Comité Scientifique	<ul style="list-style-type: none">• Dr Anne Gallay, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.• Dr Patrice Sednaoui, Centre nationale de référence des gonocoques, Institut Alfred Fournier – Paris.• Dr François Lassau, Hôpital Saint Louis, Paris.• Dr Thierry Blanchon, réseau Sentinelles, Paris.• Véronique Massari réseau Sentinelles, Paris.• Dr Thomas Hanslik, réseau Sentinelles, Paris.
Date du début de l'enquête: Date de fin de l'enquête : Date du rapport :	<ul style="list-style-type: none">▪ 10 juin 2008▪ 30 août 2008▪ V1 31 décembre 2008 ; V2 3 mars 2009 ; V3 17 mars 2009

Ce document est confidentiel et constitue la propriété de l'INSERM. Le détenteur de ce document s'engage à ne communiquer les informations reçues qu'aux collaborateurs et/ou autres tiers concernés, et à imposer à ces personnes les mêmes obligations de confidentialité. Il s'engage à ne pas utiliser directement ou indirectement ce document et les informations qu'il contient, soit pour lui-même, soit pour le compte de tiers, pour d'autres objets que ceux établis dans un contrat spécifique avec l'INSERM.

1 RESUME DE L'ENQUETE

Titre	Application des recommandations sur la prise en charge thérapeutique du traitement probabiliste des urétrites non compliquées
Type d'enquête	Enquête nationale descriptive observationnelle, transversale. Cette enquête fait partie des enquêtes « Evaluation de Pratiques Professionnelles » (EPP) du réseau
Objectifs:	<p>Objectif principal</p> <p>Evaluer les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées. La prise en charge sera évaluée en terme de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - critères de diagnostic clinique et biologique - critères utilisés pour un traitement probabiliste - antibiothérapie prescrite, leur mode d'administration et leur posologie - moment de la prise de l'antibiotique probabiliste si un prélèvement est réalisé pour confirmation étiologique du diagnostic; <p>Objectifs secondaires</p> <p>Evaluer la connaissance des recommandations faites par l'AFSSAPS en 2005 pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées ;</p>
Méthodologie	L'enquête a été proposée aux 1077 médecins généralistes du réseau Sentinelles répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain. Elle a été effectuée entre les mois de juin et août 2008, par voie électronique, sous la forme d'une vignette explorant la prise en charge de l'urétrite masculine.
Méthodes statistiques	L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse statistique R (www.r-project.org). L'ensemble des variables du questionnaire de l'enquête a été analysé et les données manquantes ont été signalées. L'analyse des tendances a été réalisée par le calcul du Chi2 de tendance. Un risque de première espèce de 5% a été choisi pour la réalisation de ces tests statistiques.

<p>Résultats</p>	<p>350 médecins ont répondu à l'enquête, soit un taux de participation de 32,49% (350/1077).</p> <p>Les résultats principaux de l'enquête ont mis en évidence :</p> <p>1°) L'absence de recherche de complication de l'urétrite dans environ 40% des cas.</p> <p>2°) Une méconnaissance de l'association fréquente des infections à <i>C trachomatis</i> lors des urétries gonococciques et de l'intérêt de la PCR pour leur diagnostic : 60,6% des MG ne prennent pas en compte l'association d'une co-infection à <i>C trachomatis</i> et la recherche de <i>C trachomatis</i> par PCR n'est demandée que par 15,8% des MG.</p> <p>3°) L'utilisation majoritaire d'antibiotiques non recommandés : 20,2% des MG ont prescrit une association de traitement anti-gonococcique et anti-chlamydia respectant les recommandations pour le traitement de l'urétrite masculine. Les traitements anti-gonococciques hors recommandation les plus prescrit ont été la ciprofloxacine (52,3% des traitements hors recommandation), l'amoxicilline (18,2%) et la pénicilline (10,6%). Parmi les médecins prescrivant les antibiotiques recommandés, les MG les plus jeunes prescrivait plus souvent de la ceftriaxone et de l'azythromycine que leurs collègues plus âgés qui eux prescrivait plus souvent de la spectinomycine.</p> <p>4°) Un impact du nombre d'années de pratique sur la qualité de la prise en charge de l'urétrite : les médecins les plus jeunes effectuent un interrogatoire et un examen clinique plus complet que leurs collègues ayant un plus grand nombre d'années d'expérience. Ils recherchent plus souvent à l'interrogatoire des antécédents d'IST ou la notion d'un dépistage passé d'IST, examinent plus souvent les organes génitaux externes et vérifient plus souvent l'apyrexie de leurs patients.</p>
<p>Conclusions</p>	<p>La prise en charge de l'urétrite masculine en médecine générale en France devrait être améliorée, notamment en ce qui concerne le choix du traitement antibiotique, la nécessité de traiter conjointement gonocoque et chlamydia, et celle de mieux appréhender le traitement du partenaire, le dépistage des autres IST et la prévention des futures IST. L'information sur les recommandations existantes doit être acheminée et expliquée plus efficacement vers les MG, et en particulier vers ceux étant en exercice depuis plus de 10 ans.</p>
<p>Remise du rapport</p>	<p>V1 : 31 décembre 2008 ; V2 : 3 mars 2009 ; V3 17 mars 2009 (version finale)</p>

2 TABLE DES MATIERES

1	RESUME DE L'ENQUETE	2
2	TABLE DES MATIERES.....	4
3	GLOSSAIRE ET ABBREVIATIONS	5
4	ASPECTS ETHIQUES	6
4.1	CADRE REGLEMENTAIRE DE L'ENQUETE	6
4.2	OBLIGATIONS LEGALES	6
4.3	BONNES PRATIQUES EPIDEMIOLOGIQUES.....	6
4.4	UTILISATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE	6
4.5	COORDINATION DE L'ENQUETE OBSERVATIONNELLE	7
4.6	COMITE D'EXPERTS	8
5	INTRODUCTION ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	10
6	OBJECTIFS DE L'ESSAI	13
6.1	OBJECTIF PRINCIPAL.....	13
6.2	OBJECTIFS SECONDAIRES	13
7	METHODOLOGIE.....	14
7.1	METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	14
7.2	RECRUTEMENT DES MEDECINS	15
7.3	DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....	15
7.4	EVALUATION DES QUESTIONNAIRES.....	15
7.5	ANALYSE DES RESULTATS	16
7.6	RETOUR D'INFORMATION AUPRES DES MG	16
7.7	CALENDRIER DE L'ENQUETE.....	16
8	RESULTATS	17
8.1	PARTICIPATION DES MEDECINS.....	17
8.2	CARACTERISTIQUES ET REPRESENTATIVITE DES MEDECINS PARTICIPANTS.....	18
8.3	RESULTATS DE LA VIGNETTE (8 QUESTIONS)	20
8.3.1	Question 1. Recherche des facteurs de risque d'IST à l'interrogatoire.....	20
8.3.2	Question 2. Recherche des manifestations cliniques à l'interrogatoire	22
8.3.3	Question 3. Description de la démarche de l'examen physique	23
8.3.4	Question 4. Diagnostic probabiliste de l'agent causal (ou étiologique)	24
8.3.5	Question 5. Diagnostic bactériologique.....	25
8.3.6	Question 6. Traitement	26
8.3.7	Question 7. Suivi des partenaires	28
8.3.8	Question 8. Suivi du patient	29
8.3.9	Association entre les pratiques et le genre ou le nombre d'années d'expérience des MG.....	30
8.4	CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS DE L'AFSSAPS POUR LA PRISE EN CHARGE PROBABILISTE DES URETRITES MASCULINES NON COMPLIQUEES (2005).....	32
9	DISCUSSION.....	33
10	REFERENCES	35
11	ANNEXE : VIGNETTE ENVOYEE AUX MEDECINS DU RESEAU SENTINELLES	37

3 GLOSSAIRE ET ABBREVIATIONS

ADEL Association d'épidémiologistes de Langue Française

AFSSAPS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CDC *Centers for Disease Control and Prevention*

CNR Centre National de Référence

EPP Evaluation de Pratiques Professionnelles

HR Hors recommandations

INPES Institut National de Prévention et de l'Éducation pour la Santé

InVS Institut de Veille Sanitaire,

IST Infection Sexuellement Transmissible

MG Médecin Généraliste

NS Non significatif

OGE Organes Génitaux Externes

PN Polynucléaires

RENAGO Réseau National des Gonocoques

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

4 ASPECTS ETHIQUES

4.1 Cadre réglementaire de l'enquête

Cette enquête ne s'inscrivait pas dans le champ d'application de la loi Huriet et ne prévoyait que le recueil de données non nominatives et non sensibles au sens de la loi « Informatique et Libertés » relative au traitement de données nominatives et/ou sensibles dans le domaine de la santé (loi n°94548 du 1er juillet 1994 modifiant la loi du 06 janvier 1978 et son décret d'application du 09 mai 1995).

4.2 Obligations légales

Cette enquête rentre dans le cadre des enquêtes réalisées par le réseau Sentinelles qui a obtenu l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (avis n° 471393, septembre 1996).

4.3 Bonnes pratiques épidémiologiques

L'enquête a été conduite selon les Bonnes Pratiques Epidémiologiques éditées par l'ADEF.

Le dossier contenant les documents essentiels de cette enquête a été constitué et archivé.

4.4 Utilisation des résultats de l'enquête

Toutes les données scientifiques fournies par l'Inserm et non encore publiées, sont confidentielles et demeurent la propriété de l'Inserm et de l'InVS. L'investigateur s'engage à n'utiliser ces informations que sous accord préalable écrit du responsable du réseau Sentinelles. Les résultats de l'enquête pourront faire l'objet de publications dans des journaux scientifiques ou de présentations lors de réunions scientifiques. Pour toute publication rédigée sur cette enquête, le réseau Sentinelles et l'Institut de Veille Sanitaire se réservent le droit de sélectionner les personnes qui seront désignées comme auteurs et en tant que tels rédigeront le document. Le rapport final sera mis en ligne sur le site du réseau à l'adresse <http://www.sentiweb.fr>. Son accès sera libre de tous droits, la source devant être indiquée en cas d'utilisation des résultats.

4.5 Coordination de l'enquête observationnelle

Promoteur	Institut de Veille Sanitaire 12 rue du Val d'Osne 94415 Saint Maurice Cedex
➤ <i>Chef de projet</i>	<i>Anne Gallay</i> Institut de Veille Sanitaire 12 rue du Val d'Osne 94415 Saint Maurice Cedex
Réalisation	UMR-S 707 Inserm UPMC Réseau Sentinelles 27 rue Chaligny 75571 Paris cedex 12
➤ <i>Responsable du Réseau</i>	<i>Thomas Hanslik</i> . 01 44 73 86 69 hanslik@u707.jussieu.fr
➤ <i>Responsable Adjoint</i>	<i>Thierry Blanchon</i> . 01 44 73 86 69 blanchon@u707.jussieu.fr
➤ <i>Responsable du projet</i>	<i>Andrea Lasserre</i> . 01 44 73 86 61 lasserre@u707.jussieu.fr
➤ <i>Chargée d'étude</i>	<i>Alessandra Falchi</i> . 04 95 45 06 77 falchi@u707.jussieu.fr

4.6 Comité d'experts

Un comité d'experts a été constitué pour cette enquête observationnelle afin de valider la pertinence des objectifs, la méthodologie retenue, la qualité scientifique du projet, et de participer à l'élaboration et à la validation du protocole et des questionnaires.

Les membres de ce comité d'experts sont les suivants :

Dr. ALCARAZ, Isabelle
Dermatologie et Vénérologie

C.H. Gustave Dron
Rue du Président Coty
59208 Tourcoing (Nord)

E-mail : isabellealcaraz@hotmail.com

Dr. BOHBOT, Jean-Marc
Médecine Générale

Institut Alfred Fournier
25, boulevard Saint-Jacques
75014 Paris

E-mail : jeanmarc.bohbot@institutfournier.org

Dr. CASTANO, Fabienne
Médecine Générale CDAG

Institut Alfred Fournier
25, boulevard Saint-Jacques
75014 Paris

E-mail : fabienne.castano@institutfournier.org

Dr DHOTTE, Philippe
PU-PH
Dermatologie et Vénérologie

Hôpital COCHIN SAINT-VINCENT DE
PAUL Pavillon TARNIER
Groupement hospitalier universitaire Ouest

E-mail : philippe.dhotte@paris.fr

**Dr DROBACHEFF-THIEBAUT,
Christine**
PH
Dermatologie

CHU St Jacques.
25030 BESANCON CEDEX

E-mail : drobache@ufc-chu.univ

Pr DUPIN, Nicolas
PU-PH
Dermatologie et Vénérologie

Hôpital COCHIN SAINT-VINCENT DE
PAUL Pavillon TARNIER
Groupement hospitalier universitaire Ouest

E-mail : nicolas.dupin@cch.aphp.fr

Dr. FROGET, Fabienne
Médecine Générale

Institut Alfred Fournier
25, boulevard Saint-Jacques
75014 Paris

E-mail : fabienne.froget@institutfournier.org

Dr JANIER, Michel
PH
Dermatologie et Vénérologie

HÔPITAL SAINT-LOUIS
75 PARIS 10^{ème} Groupement hospitalier
universitaire Nord

E-mail : michel.janier@sls.aphp.fr

Dr PASSERON, Alain
Chef de service

CDAG Centre de dépistage anonyme et gratuit
74, avenue Georges-Clemenceau
06400 Cannes

E-mail : apasseron@cg06.fr

Dr PICOT, Eric
Médecin Dermatologie

Hôpital SAINT-ELOI
80, avenue Augustin FLICHE
34295 MONTPELLIER cedex 5

E-mail : e-picot@chu-montpellier.fr

Dr SPENATTO, Nathalie
PH CDAG CIDDIST
Dermatologie et Médecine sociale
Pôle Spécialités Médicales

Hôpital La Grave
Place Lange - TSA 60033 –
31059 Toulouse cedex 9

E-mail : spenatto.n@chu-toulouse.fr

Dr VERNAY-VAISSE, Chantal
Médecin Référent des CDAG au
Conseil Général 13

Bureau A 1039 Hôtel du Département
52 avenue St Just
13256 MARSEILLE Cedex 20

E-mail: chantal.vernayvaisse@cg13.fr

5 INTRODUCTION ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Les infections gonococciques non compliquées, dues à *Neisseria gonorrhoeae*, se traduisent le plus souvent par une uréthrite douloureuse à la miction chez l'homme et une cervicite peu symptomatique chez la femme [1]. Ce sont des infections sexuellement transmissibles (IST).

- 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'uréthrite peut aussi se manifester par une dysurie, un prurit urétral ou un érythème au niveau du méat.

- Définition microscopique : présence de ≥ 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).

Le traitement par antibiotique est simple et efficace, le plus souvent probabiliste devant la symptomatologie douloureuse chez l'homme. La ciprofloxacine, per os en dose unique, a été pendant plusieurs années le traitement probabiliste de premier choix des urétrites. L'émergence des souches résistantes en augmentation chaque année a conduit l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) à faire de nouvelles recommandations en 2005 pour la prise en charge des urétrites et cervicites non compliquées. L'Afssaps recommande d'utiliser en traitement probabiliste la ceftriaxone injectable et la cefixime en seconde intention. La spectinomycine est recommandée en cas de contre-indication aux bêta-lactamines. La ciprofloxacine est réservée uniquement aux cas où la souche est sensible sur l'antibiogramme [2].

L'incidence des infections à gonocoques, comme celle d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), est en progression depuis plusieurs années (Figure 1) [3]. Entre 1990 et 1995, le taux d'incidence des urétrites masculines avait progressivement diminué de 460 à 180 cas pour 100 000 habitants en France [4]. Depuis 1996, l'année de l'introduction des thérapies hautement actives contre le sida, le taux d'incidence des urétrites masculines ne cesse pas d'augmenter en France et dans autres pays [5, 6]. La courte période d'incubation et la symptomatologie bruyante des urétrites gonococciques chez l'homme en font un indicateur épidémiologique très réactif quant à l'évolution des comportements sexuels et de leurs éventuelles dégradations.

Contexte de la surveillance des infections gonococciques en France

La surveillance des infections à gonocoque est réalisée avec le réseau de laboratoires Renago depuis 1986. L'analyse des données de surveillance permet de suivre l'évolution temporelle des infections à gonocoques en France et de décrire les caractéristiques des malades et des souches de gonocoque, notamment de réaliser le suivi des résistances aux antibiotiques. Les laboratoires participant (233 en 2006) envoient les souches isolées à l'Institut Alfred Fournier (Centre National de Référence (CNR) des gonocoques) avec une fiche épidémiologique incluant des informations concernant le sexe, l'âge, le site de prélèvement et le code postal du laboratoire pour chaque patient.

L'Institut Alfred Fournier teste la sensibilité des souches de *Neisseria gonorrhoeae* à plusieurs antibiotiques dont la pénicilline, la ceftriaxone, le cefixime, la tétracycline, la ciprofloxacine et la spectinomycine). Les critères de définitions des résistances utilisés sont ceux du National Committee for Clinical Laboratory Standards [7].

Résistance des gonocoques à la ciprofloxacine

En France, la proportion des gonocoques résistant à la ciprofloxacine augmente chaque année depuis la fin des années 90 : elle est passée de 0,7% en 1998 à 43% en 2006 (Figure 2). Cette croissance annuelle de la résistance à la ciprofloxacine est également observée dans d'autres pays européens, notamment au Royaume-Uni (21,7% en 2005 vs 14,1% en 2004) et aux Pays-Bas (26% en 2005 vs 14,9% en 2004) [8 ,9] ainsi qu'aux Etats-Unis [10]. Cependant la France se situe parmi les pays où la proportion de résistance des gonocoques à la ciprofloxacine est la plus élevée. En France, aucun groupe particulier de patients ne semble plus à risque d'être infecté par une souche résistante. Un tel accroissement de l'incidence de la résistance suggère le maintien d'une importante « pression de sélection » consécutive à la non application par les médecins prescripteurs des recommandations émises par l'Afssaps en 2005 concernant le traitement probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées (<http://www.afssaps.sante.fr/>).

Cette augmentation persistante de la résistance à la ciprofloxacine est inquiétante. L'utilisation de la ciprofloxacine comme traitement probabiliste est à l'origine d'échecs thérapeutiques contribuant à la transmission des infections avec des souches résistantes. Cette situation d'une part pourrait en partie expliquer l'augmentation du nombre d'infection chez la femme et d'autre part augmente la susceptibilité des patients à d'autres IST, notamment le VIH.

Pourquoi s'intéresser à la médecine générale ?

L'évolution de la résistance aux antibiotiques par le réseau Renago reflète l'évolution des résistances chez des patients consultant en médecine de ville. En effet, les trois quarts des laboratoires participant au réseau Renago sont privés et reçoivent les prélèvements urétraux ou cervicaux prescrits ou réalisés par des médecins libéraux exerçant en ville. Une étude réalisée auprès de ces médecins permettrait donc d'objectiver les pratiques de prise en charge probabiliste de la majorité des cas d'urétrites masculines en France. L'étude proposée ici s'intéresse aux pratiques des médecins généralistes français en s'appuyant sur le réseau Sentinelles de l'Inserm.

Le réseau Sentinelles, constitué de 1286 médecins généralistes en France métropolitaine, surveille l'incidence des urétrites masculines depuis 1984. Les gonocoques sont avec les chlamydia, les étiologies des urétrites masculines les plus fréquemment rapportées par ces médecins [11]. Les questions qui se posent sont : comment les médecins généralistes prennent en charge les urétrites masculines ? Quels sont leurs critères de diagnostic ? Quels antibiotiques sont prescrits lors d'un traitement probabiliste ?

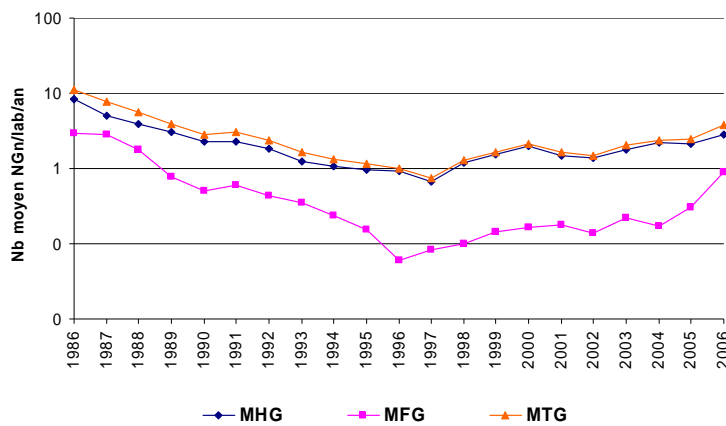


Figure 1 Evolution du nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif par an pour l'ensemble des patients, chez les hommes et chez les femmes, réseau de surveillance Renago, France, 1986-2006.

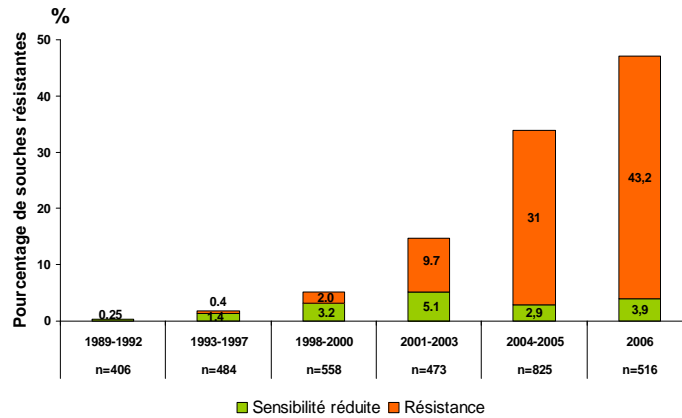


Figure 2. Evolution de la résistance à la ciprofloxacine des gonocoques, réseau de surveillance Renago, France, 1989-2006.

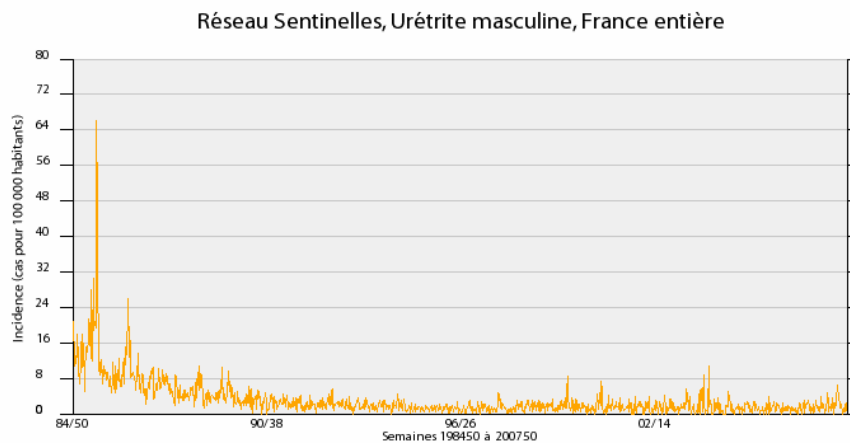


Figure 3. Evolution de l'incidence hebdomadaire des urétrites masculine vues en médecine générale entre 1984 et 2007, réseau Sentinelles.

6 OBJECTIFS DE L'ESSAI

6.1 Objectif principal

Evaluer les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées. La prise en charge sera évaluée en terme de :

- Critères de diagnostic clinique et biologique
- Critères utilisés pour un traitement probabiliste
- Antibiothérapie prescrite, leur mode d'administration et leur posologie
- Moment de la prise de l'antibiotique probabiliste si un prélèvement est réalisé pour confirmation étiologique du diagnostic

6.2 Objectifs secondaires

- Evaluer la connaissance des recommandations faites par l'Afssaps en 2005 pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées.

7 METHODOLOGIE

7.1 Méthodologie de l'enquête

La méthode des « vignettes » apparaît comme une stratégie pertinente pour l'analyse des pratiques professionnelles [12]. Cette méthode consiste à reproduire une situation clinique plausible à l'aide d'une brève description de cas permettant de questionner les médecins [12]. Son postulat central est que les comportements révélés à partir de la simulation se rapprochent des comportements réels des répondants. Cette capacité des vignettes à refléter les comportements médicaux apparaît supérieure aux autres méthodes déjà utilisées dans ce but, en particulier les simulations de cas utilisant des patients standardisés et l'analyse des informations transcrites par les praticiens dans les dossiers de leurs patients [12-19].

L'élaboration de la vignette employée dans la présente étude s'est déroulée en plusieurs étapes décrites ci après :

1- Réflexion du contenu de la vignette. Le comité scientifique a décidé que le contenu de la vignette devait :

- a) Reconstituer les étapes d'une prise en charge typique d'un patient atteint d'une urétrite masculine ;
- b) Illustrer l'évolution de la phase du diagnostic clinique (interrogatoire et examen physique) et du diagnostic biologique ;
- c) Illustrer les critères utilisés pour un traitement probabiliste des urétrites masculines non compliquées : antibiothérapie prescrite, leur mode d'administration et leur posologie, moment de la prise de l'antibiotique probabiliste si un prélèvement est réalisé pour confirmation étiologique du diagnostic ;
- d) Evaluer la connaissance des recommandations faites par l'Afssaps en 2005 pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées.

2- Elaboration de la vignette. Les membres du Réseau Sentinelles faisant partie du comité scientifiques ont rédigé une première vignette basée sur les recommandations récentes des CDC et de l'Afssaps pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées [2,10]. La vignette ainsi élaborée, composée de 8 questions à réponses ouvertes, décrivait une séquence d'événements associés à la prise en charge d'un homme de 30 ans présentant les symptômes d'une urétrite masculine (cf. Annexe 1). Les questions portaient sur l'interrogatoire, l'examen physique, le diagnostic biologique, le traitement, la prise en charge du (des) partenaire(s) et le suivi du patient.

Les réponses attendues ont été établies avec un comité d'experts. Une grille incluant 70 items a ainsi été établie.

3- Validation de la vignette par des MG du réseau Sentinelles. Cette étape a permis de tester la compréhensibilité de la vignette. Puis quelques ajustements ont été apportés et une dernière version de la vignette a été rédigée.

4- Proposition de la vignette sous format électronique, aux MG du réseau Sentinelles.

Les MG étaient informés que l'objectif de l'étude n'était pas de les évaluer de façon individuelle et personnalisée, mais d'évaluer l'efficacité de la médecine générale dans son ensemble pour la prise en charge des urétrites. Il leur était demandé de répondre le plus spontanément possible aux 8 questions, en texte libre. Afin de s'approcher de la réalité d'une consultation, le temps de réponse était minuté et il était demandé de répondre en allant « droit au but », comme lors d'une vraie consultation, sans commenter ni justifier les réponses. Une fois la réponse à une question validée, il était impossible de revenir en arrière dans la mesure où la question suivante apportait la réponse.

Il était expliqué aux MG que les résultats seraient analysés de façon automatisée et anonyme.

Quatre questions ont été rajoutées à la fin du questionnaire, afin d'évaluer la connaissance des MG sur les recommandations de traitement des urétrites faites par l'Afssaps en 2005.

7.2 Recrutement des médecins

L'enquête sous format électronique a été proposée aux 1077 MG, disposant d'une connexion internet et acceptant de participer aux enquêtes, répartis sur tout le territoire français métropolitain.

7.3 Déroulement de l'enquête

Le questionnaire électronique a été soumis à l'ensemble des médecins du réseau Sentinelles à partir du 10 juin 2008 sur le site internet du réseau Sentinelles. Il a été laissé en ligne jusqu'au 30 août 2008. Des relances électroniques hebdomadaires ont été effectuées auprès des médecins non répondants.

Une fois l'enquête terminée, un échantillon (10%) des médecins non répondants tirés au sort ont été contactés par voie électronique pour connaître les raisons de leur non participation.

Le protocole de l'enquête était en accès libre sur le site internet du réseau Sentinelles.

7.4 Evaluation des questionnaires.

Les réponses des MG participants ont été identifiées puis codées (absence ou présence) en fonction de la grille de réponses préalablement établie. Un double codage était effectué. La qualité de la correction a été testée au préalable par un exercice où deux membres du Réseau Sentinelles ont obtenu une concordance inter correcteur de plus de 90% pour 10 questionnaires. Ce niveau de concordance est jugé excellent par Van der Maren [20]. À la fin de la correction, la concordance entre les évaluateurs était de 100%.

Pour faciliter l'interprétation des réponses de la question 1 de la vignette, nous avons classé les 15 items en trois catégories : *Nombre de partenaire, Type de rapport à risque et Prise de risque* (cf. Annexe 1).

7.5 Analyse des résultats

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel R. L'ensemble des variables du questionnaire de l'enquête a été analysé et les données manquantes ont été signalées. L'analyse des tendances a été réalisée par le calcul du Chi2 de tendance. Un risque de première espèce de 5 % a été choisi pour la réalisation de ces tests statistiques.

7.6 Retour d'information auprès des MG

Chaque MG a reçu un rapport individualisé de ses réponses au questionnaire, lui permettant de se comparer aux réponses apportées par l'ensemble des MG (au niveau régional et national) et aux réponses attendues. Des points d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) ont été attribués à l'ensemble des MG participants.

7.7 Calendrier de l'enquête

• Etape 1 – 10 Juin 2008	Envoi du lien par mail aux médecins généralistes du réseau
• Etape 2 – Chaque semaine	Relance électronique des médecins non répondants
• Etape 3 – 30 Aout 2008	Clôture de la mise en ligne du questionnaire
• Etape 4 – Septembre 2008	Enquête électronique auprès d'un échantillon des non répondants
• Etape 5 – Septembre-Octobre 2008	Evaluation des questionnaires
• Etape 6 – Novembre 2008	Analyse des résultats
• Etape 7 – Fin Décembre 2008	V1 du rapport
• Etape 8 – 3 mars 2009	V2 du rapport
• Etape 9- 17 mars 2009	Version finale (V3) du rapport

8 RESULTATS

8.1 Participation des médecins

Au total 350 médecins ont répondu à l'enquête, soit un taux de participation de 32,49 % (350/1077). Parmi eux, seize MG n'ont répondu à aucune question, 14 d'entre eux ont été contactés pour connaître les motifs de non réponse qui sont résumés dans le Tableau 1. Le motif principal a été le manque de temps (57,1%).

Tableau 1 : Motifs de non-réponse

Motifs	% (N)
	(N = 14)
Manque de temps	57,1 (8)
« Je vois peu d'urétrite »	42,9 (6)

Un échantillon de médecins non répondants tirés au sort, 70 sur 727 MG (9,6 %), ont été contactés par mail pour connaître les raisons de non participation. Ils sont résumés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Motifs de non-participation

Motifs	% (N)
	(N = 70)
« Je vois peu d'urétrite »	67,1 (47)
Manque de temps	25,7 (18)
Autre	7,2 (5)

Le motif principal de non participation était l'absence d'expérience due à la rareté des consultations en rapport avec une urétrite, pour 67,1 % des MG.

Au total, les réponses de 334 MG participants (31,0 %, 334/1077) ont été exploitées. Les MG participants étaient des hommes dans 83,5 % des cas, âgés en moyenne de $52 \pm 7,5$ ans [min = 29 ; max = 69], et installés en moyenne depuis $21 \pm 8,4$ ans [min = 1 an ; max = 38 ans] (Tableau 3).

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins enquêteurs

Variables	MG du réseau	Médecins généralistes
	participants	français
	N = 334	N = 62 921
Sexe masculin	83,5 %	71 %
Age, années [†]	52 ans	49 ans
Années d'exercice [†]	21 ans	

[†]moyenne

Pour 320 questionnaires, le remplissage était complet. Le temps de réponse a été en moyenne de 13,9 minutes ± 8,3 [médiane : 8,4 minutes ; min = 2,2 min ; max = 18,5].

8.2 Caractéristiques et représentativité des médecins participants

Les 334 MG participants étaient repartis dans les 22 régions françaises (Figure 4).

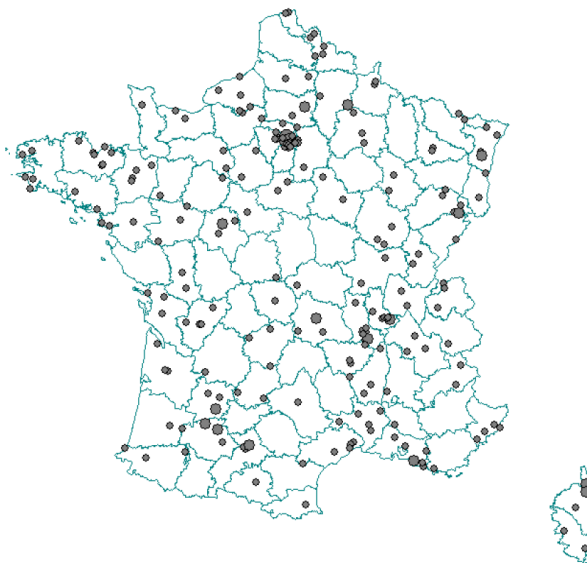


Figure 4 : Distribution sur le territoire français métropolitain des MG du réseau Sentinelles ayant participé

Tableau 4: Distribution par région des médecins répondants

Région	MG participants N = 334	Nombre total de MG libéraux N = 62 921	Proportion de MG participants dans la région (%)
Alsace	7	1 872	0,4
Aquitaine	19	3 703	0,5
Auvergne	17	1 355	1,3
Basse-Normandie	7	1 310	0,5
Bourgogne	8	1 544	0,5
Bretagne	24	3 113	0,8
Centre	12	2 223	0,5
Champagne	9	1 278	0,7
Corse	8	315	2,5
Franche-Comté	8	1 154	0,7
Haute-Normandie	4	1 699	0,2
Ile-de-France	54	10 569	0,5
Languedoc	20	3 167	0,6
Limousin	7	873	0,8
Lorraine	10	2 281	0,4
Midi-Pyrénées	13	3 213	0,4
Nord-Pas-de-Calais	12	4 192	0,3
Pays-de-la-Loire	14	3 257	0,4
Picardie	6	1 709	0,4
Poitou-Charentes	12	1 858	0,7
PACA	24	6 234	0,4
Rhône-Alpes	39	6 002	0,7

8.3 Résultats de la vignette (8 questions)

8.3.1 Question 1. Recherche des facteurs de risque d'IST à l'interrogatoire

Vous recevez en consultation un homme de 30 ans qui se plaint de brûlures mictionnelles avec un écoulement urétral depuis 48 heures. L'hypothèse d'une urétrite est envisagée. Ce patient n'a jamais été opéré. Il est traité par Symbicort® et Bricanyl® pour un asthme, depuis plusieurs années. Il fume et consomme de l'alcool régulièrement. Il n'a pas d'allergies connues, pas d'antécédent familial notable. Il est marié et père de deux enfants âgés de 5 et 7 ans en bonne santé. Il travaille comme consultant dans le secteur de la finance. Il effectue de fréquents déplacements sur tous les continents, dans le cadre de son travail.

« *Quelles données d'interrogatoire recherchez-vous afin d'identifier les éventuels facteurs de risque d'infection transmise sexuellement chez ce patient ?* ».

334 médecins ont répondu à cette question.

Pour faciliter l'interprétation des réponses nous avons classé les 15 items de la grille en trois catégories : *Nombre de partenaire*, *Type de rapport à risque* et *Prise de risque* (Tableau 5).

Les items faisant partie de la catégorie « *Type de rapport à risque* » ont été mentionnés par 95,8 % (320/334) des MG, ceux de la catégorie « *Nombre de partenaire* » par 96,4 % (322/334). Les items de la catégorie « *Prise de risque* » ont été recherchés en moyenne par 26 % (87/334) des MG.

Tableau 5: Fréquence de l'utilisation des données d'interrogatoire pour l'identification des facteurs des risques d'IST

	MG répondants % (N) (N = 334)
Type de rapport à risque	95,8 (320)
<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de préservatifs 	
<ul style="list-style-type: none"> Type de rapports sexuels: relations sexuelles oro-génitales non protégées 	
<ul style="list-style-type: none"> Type de rapports sexuels : génitales ou anales non protégées 	
<ul style="list-style-type: none"> Type de partenaire(s): Prostituées 	
<ul style="list-style-type: none"> Type de partenaire(s): Homme 	
<ul style="list-style-type: none"> Type de partenaire(s): Femme et Homme 	
<ul style="list-style-type: none"> Type de partenaire(s): Femme 	
<ul style="list-style-type: none"> Etre victime d'agression ou d'abus sexuels 	
Nombre de partenaire	96,4 (322)
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de partenaire sexuel(le)s au cours de la dernière année 	
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de partenaire sexuel(le)s au cours des deux derniers mois 	
<ul style="list-style-type: none"> Avoir eu des rapports sexuels à l'étranger 	
<ul style="list-style-type: none"> Partenaires sexuels anonymes (rencontrés via Internet, dans les saunas, dans les soirées rave) ou occasionnel 	
Prise de risque	26,0 (87)
<ul style="list-style-type: none"> Prise d'alcool ou de drogues (marijuana, cocaïne, ecstasy, amphétamine), surtout si elle est associée aux relations sexuelles 	
<ul style="list-style-type: none"> Antécédents d'IST 	
<ul style="list-style-type: none"> Dépistage antérieur d'IST 	

8.3.2 Question 2. Recherche des manifestations cliniques à l'interrogatoire

Le patient n'a pas d'antécédents d'IST, il vous explique qu'il n'a eu aucune relation sexuelle avec sa femme depuis six mois. En revanche, il a eu plusieurs relations extraconjugales lors de ses voyages, parfois avec des prostituées. Il n'a pas toujours utilisé un préservatif. Le dernier rapport non protégé remonte à trois jours.

« *Quelles données d'interrogatoire recherchez-vous afin de mettre en évidence des signes évocateurs d'une urétrite et d'éventuelles complications ?* ».

332 médecins ont répondu à cette question.

Les données d'interrogatoire portant sur la description de l'écoulement sont mentionnées par 71,4 % (237/332) des MG. La dysurie est le signe évocateur le plus souvent recherché (60,5 % ; 202/332). Parmi les MG participant, 59,6 % (198/332) déclaraient rechercher une localisation anale. Parmi les éventuelles, complications, l'orchi-épididymite était la plus recherchée, par 62,7 % (208/332) des MG (Table 6).

Tableau 6: Fréquence de l'utilisation des données d'interrogatoire pour l'identification des manifestations cliniques de l'urétrite et de ses éventuelles complications

	MG répondants % (N) (N = 332)
Décrire les caractéristiques de l'écoulement	71,4 (237)
• Purulent ou mucopurulent	
• Permanent, intermittent, aigue	
• Tachant le slip	
• Matinal	
Rechercher les signes de complications de l'urétrite	
• Orchi-épididymite	62,7 (208)
• Prostatite	60,8 (202)
• Fièvre	59,6 (198)
Rechercher les signes d'accompagnement	
• Dysurie	60,5 (202)
• Pollakiurie	10,8 (36)
• Prurit canalair	3,9 (13)
Rechercher une autre localisation de l'IST	
• Anale	59,6 (198)
• Pharyngée	13 (43)

8.3.3 Question 3. Description de la démarche de l'examen physique

L'interrogatoire confirme un écoulement urétral purulent spontané, tachant le slip du patient. Les mictions sont douloureuses, en particulier la première du matin. Il n'y a pas de pollakiurie. Il n'y a pas de fièvre, pas de douleur des bourses

« Décrivez la démarche de votre examen physique chez ce patient suspect d'urétrite, c'est-à-dire les signes d'inspection et/ou de palpation que vous recherchez ? »

329 médecins ont répondu à cette question.

Plus de deux tiers des MG ont déclaré examiner les OGE : 79,9 % (263/329) d'entre eux recherchaient une (des) lésion(s) cutanée(s) et 78,4 % (258/329) des signes d'inflammation locale. L'absence de fièvre était vérifiée par 59,9 % (197/329) des MG.

Tableau 7 : Description de la démarche d'examen physique par les MG, face à un patient suspect d'urétrite

	MG répondants % (N) (N = 329)
Examiner les OGE	
• Recherche de lésions cutanées	79,9 (263)
• Recherche de signes locaux d'inflammation	78,4 (258)
• Si le patient n'est pas circoncis rétracter le prépuce pour examiner le gland	77,2 (254)
• Recherche d'un écoulement urétral à la pression de la verge	75,4 (248)
• Palpation du scrotum	66,9 (220)
Autre:	
• Palpation des ganglions lymphatiques inguinaux	74,8 (246)
• Examen périnéal (région anale)	63,8 (210)
• Prise de la température (vérifier l'absence de fièvre)	59,9 (197)
• Si le patient présente des symptômes rectaux, faire pratiquer une anoscopie	0,3 (1)

8.3.4 Question 4. Diagnostic probabiliste de l'agent causal (ou étiologique)

A l'examen clinique, vous observez que le slip est tâché, il y a un écoulement urétral mucopurulent franc après expression urétrale. Vous observez un érythème méatique et une sensibilité urétrale à la palpation. La palpation des bourses est normale. Il n'y a pas d'adénopathies inguinales, aucune ulcération muqueuse génitale. La bouche, le pharynx et les amygdales ne présentant pas d'anomalies.

« Le patient présente des symptômes typiques d'une urétrite aiguë. Quels sont les germes les plus souvent responsables, et quel est celui qui est le plus probablement en cause ici, sachant les informations dont vous disposez à ce stade de la consultation ? »

327 médecins ont répondu à cette question.

89,6 % (294/327) des MG évoquent *Neisseria gonorrhoeae* comme responsable du cas d'urétrite ici décrit.

39,3 % (129/327) des MG n'écartent pas cliniquement l'association d'une infection à *Chlamydia trachomatis*.

Les germes les plus souvent responsables d'une urétrite aiguë sont *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* et *Mycoplasma genitalium*, ce que rapportent 20,4 % (67/327) des MG.

Tableau 8 : Agents microbiens responsables cités par les MG

	MG répondants
	% (N)
	(N = 327)
Ici, il s'agit probablement de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , sachant l'incubation courte, le début brutal et l'écoulement purulent relativement abondant.	89,6 (294)
L'association d'une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> (retrouvée dans 30% des cas) ne peut être écartée cliniquement.	39,3 (129)
Les germes les plus souvent responsables sont <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> et voire <i>Mycoplasma genitalium</i> .	20,4 (67)

8.3.5 Question 5. Diagnostic bactériologique

Les germes les plus fréquemment responsables des urétrites aiguës sont *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* voire *Mycoplasma genitalium* (dont le rôle pathogène est encore discuté). Sachant la courte durée d'incubation (rapport à risque il y a trois jours) et le caractère franc de l'écoulement, il s'agit très probablement d'une urérite aiguë gonococcique. Toutefois l'association d'une infection à *Chlamydia trachomatis* est fréquente (30% des cas) et ne peut pas être écartée cliniquement ici.

« Quelle (s) analyse (s) bactériologique (s) prévoyez-vous pour documenter cette urérite ? ».

328 MG ont répondu à cette question.

Une mise en culture, une recherche de *Neisseria gonorrhoeae* et un frottis ont été prescrit par 97,6 % (320/328) des MG, avec un antibiogramme pour 97,3 % (319/328) d'entre eux.

Un prélèvement urétral ou un premier jet d'urine pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* a été demandé par 79,9 % (262/328) des MG (Tableau 9), mais seulement 15,8 % (52/328) d'entre eux ont cité la PCR.

Tableau 9: Fréquences des items cités par les MG concernant le (s) analyse (s) bactériologique (s) nécessaire(s)

	MG répondants
	% (N)
	(N = 328)
Mise en culture et recherche de <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	97,6 (320)
Frottis (Gram ou bleu de méthylène)	97,6 (320)
Antibiogramme	97,3 (319)
Prélèvement urétral ou premier jet d'urine pour recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i>	79,9 (262)
Recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i> par PCR	15,8 (52)

8.3.6 Question 6. Traitement

Vous avez prescrit au patient la réalisation d'analyses bactériologiques sur un prélèvement urétral et un premier jet d'urine à la recherche de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Une PCR a été effectuée pour recherche de *C. trachomatis* mais aussi une mise en culture pour *N. gonorrhoeae*, afin de pouvoir évaluer la sensibilité du germe aux antibiotiques.
« Quel traitement proposez-vous au terme de cette consultation ? ».

327 MG ont répondu à cette question.

Au total :

- 66 MG ont prescrit un traitement anti-gonococcique et anti-chlamydia en respectant les recommandations 2005
- 132 MG ont prescrit un traitement anti-gonococcique et/ou anti-chlamydia hors recommandations (THR) :
 - 110 MG ont prescrit que des THR,
 - 10 MG ont prescrit un THR + au moins un traitement anti-gonococcique en respectant les recommandations,
 - 12 MG ont prescrit un THR + au moins un traitement anti-chlamydia en respectant les recommandations
- 70 MG n'ont prescrit qu'un traitement anti-gonococcique, respectant chaque fois les recommandations
- 46 MG n'ont prescrit qu'un traitement anti-chlamydia, respectant chaque fois les recommandations
- 13 MG n'ont pas précisé le ou les antibiotique(s) prescrit(s) et ont répondu par exemple qu'ils prescrivaient un « traitement minute », ou une « antibiothérapie ».

Les traitements antibiotiques prescrits et respectant les recommandations étaient les suivants :

Pour le traitement antigonococcique :

- 30 % (97/327) ont proposé de la ceftriaxone (250 ou 500 mg en une seule injection IM ou IV)
- 9,2 % (30/327) ont proposé de la spectinomycine (2 g en une seule injection IM)
- 4,9 % (16/327) ont proposé du céfixime (400 mg en une prise orale unique)

Pour le traitement antichlamydia :

- 22 % (72/327) ont proposé de l'azithromycine (1 g en une prise orale unique)
- 19 % (62/327) ont proposé de la doxycycline (200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant 7 jours)

Parmi les 327 MG répondants, 20,2 % (66/327) ont prescrit une association de traitement anti-gonococcique et anti-chlamydia selon les recommandations en cours (Tableau 10).

Tableau 10 : Nombre de médecins ayant prescrit l'association d'un traitement anti-gonococcique et anti-chlamydia selon les recommandations

Traitement anti-gonococcique % (N)	Traitement anti-chlamydia % (N)		Total
	Azithromycine	Doxycycline	
Ceftriaxone, 250 ou 500 mg (une seule injection IM ou IV)	9,5 (31/327)	6,1 (20/327)	15,6 (51/327)
Spectinomycine, 2 g en une seule injection IM	0,3 (1/327)	1,5 (5/327)	1,8 (6/327)
Céfixime, 400 mg en une prise orale unique	1,5 (5/327)	1,2 (4/327)	2,7 (9/327)
Total	11, 3 (37/327)	9 (29 /327)	20,2 (66/327)

Un traitement antibiotique HR a été prescrit dans 40,4% des cas (132/327). Les traitements anti-gonococciques HR les plus prescrits ont été la ciprofloxacine (52,3% des traitements HR), l'amoxicilline (18,2%) et la pénicilline (10,6%) (Tableau 11).

Tableau 11 : Liste des antibiotiques prescrits hors recommandations

Traitements	MG répondants % (N) (N = 132)
Ciprofloxacine	52,3 (69)
Amoxicilline	18,2 (24)
Penicilline g	10,6 (14)
Trimethoprine	4,6 (6)
Extencilline	3,8 (5)
Ampicilline, Cefpodoxime, Clarythromycine, Erythromicine, Lomefloxacine, Mestacyne, Mynocine, Norfloxacine, Paracetamol, Peflacine, Pyostacine, Rifadine, Rovamycine, Roxithromycine	0,8 (1)

8.3.7 Question 7. Suivi des partenaires

Le patient reçoit une ordonnance de ceftriaxone (500 mg en une seule injection IM) pour le traitement probabiliste d'une infection à gonocoque d'une part, et d'azithromycine (1 g en mono dose) pour le traitement probabiliste d'une infection à *Chlamydia trachomatis* d'autre part.

« Quelle(s) mesure(s) envisagez vous auprès du (des) partenaire(s) de ce patient ? ».

325 médecins ont répondu à cette question.

Les résultats sont présentés ci-dessous.

Tableau 12: Conseils donnés par les médecins pour la prise en charge du (des) partenaire(s)

	MG répondants % (N) (N = 325)
Demander au patient de revenir en consultation avec son (ses) partenaire(s), afin de pouvoir le(s) prendre en charge	65,9 (214)
Le patient et son (ses) partenaire(s) doivent s'abstenir d'avoir des rapports sexuels non protégés jusqu'à la fin du traitement (ou 7 jours après un traitement à dose unique) et jusqu'à ce que le patient et ses partenaires n'ai plus de symptômes	32,9 (107)
Demander au patient de contacter tous ses partenaires sexuels des 60 jours avant le diagnostic ou l'apparition des symptômes, afin de leur recommander de consulter un médecin (pour un dépistage et un traitement). Si le dernier rapport sexuel date de plus 60 jours, le partenaire sexuel le plus récent doit être traité	20,9 (68)

8.3.8 Question 8. Suivi du patient

Vous avez expliqué au patient qu'il devait contacter ses partenaires sexuels des 60 derniers jours pour leur demander de consulter rapidement un médecin. Le patient et ses partenaires doivent s'abstenir d'avoir des rapports sexuels non protégés pendant 7 jours après l'initiation du traitement et jusqu'à ce que le patient et ses partenaires n'aient plus des symptômes.

« Une fois que les problèmes du diagnostic et du traitement de cette urétrite ont été réglés, quelle(s) autre(s) mesure(s) mettez-vous en œuvre pour la prise en charge de ce patient qui présente une IST ? ».

325 médecins ont répondu à cette question .

Une sérologie VIH était proposée par 80,9 % (263/325) des MG, une sérologie syphilis par 59,4 % (193/325) des MG, une sérologie hépatite B par 56 % (182/325) des MG et une sérologie hépatite C par 39,1 % des MG. Une consultation de suivi était planifiée par 67,1 % (218/325) des MG (Tableau 13). L'utilisation de préservatifs avec des partenaires occasionnels ou inconnus était recommandée au patient par 18,5 % (60/325) des MG.

Tableau 13: Suivi du patient, planifié par les MG, pour la prise en charge de l'urétrite

	MG répondants % (N) (N = 325)
Pratiquer les sérologies suivantes :	
▪ VIH	80,9 (263)
▪ Syphilis	59,4 (193)
▪ Hépatite B	56,0 (182)
▪ Hépatite C	39,1 (127)
▪ Refaire ces sérologies en tenant compte des délais de séroconversion	15,7 (51)
Autre	
▪ Planifier une consultation de suivi pour vérifier la guérison, rendre les résultats des prélèvements, et prévoir les sérologies de contrôle (3 mois)	67,1 (218)
▪ Préconiser des rapports protégés (utilisation de préservatifs) avec les partenaires occasionnels, inconnus	18,5 (60)
▪ Proposer la vaccination contre l'hépatite B à tout patient non immunisé	10,5 (34)

8.3.9 Association entre les pratiques et le genre ou le nombre d'années d'expérience des MG

Les médecins n'agissaient pas différemment en fonction de leur genre, homme ou femme. En revanche, il existait des différences de pratiques en fonction du nombre d'années d'expérience, comme indiqué ci-dessous (seules apparaissent ici les différences significatives).

Les médecins les plus jeunes effectuent un interrogatoire et un examen clinique plus complet que leurs collègues ayant un plus grand nombre d'années d'expérience. Ils recherchent plus souvent à l'interrogatoire des antécédents d'IST ou la notion d'un dépistage passé d'IST, examinent plus souvent les organes génitaux externes et vérifient plus souvent l'apyrexie de leurs patients (Tableau 14).

Tableau 14: Impact du nombre d'années d'expérience sur les pratiques d'interrogatoire et d'examen clinique des MG devant un cas d'urétrite.

	< 10 ans % (N) (n = 40)	10 à 20 ans % (N) (n = 80)	20 à 30 ans % (N) (n = 157)	> 30 ans % (N) (n = 51)	p
Interroger sur la prise de risque					
▪ Antécédents d'IST	30,0 (12)	32,5 (26)	24,8 (39)	17,6 (9)	0,0001
▪ Dépistage antérieur d'IST	40,0 (16)	36,3 (29)	23,6 (37)	15,7 (8)	0,0012
Examiner les OGE					
▪ Lésions cutanées	95,0 (38)	85 (68)	77,6 (121)	67,3 (33)	0,0003
▪ Inflammation	97,5 (39)	82,5 (66)	76,8 (119)	63,3 (31)	0,0001
Vérifier l'absence de fièvre					
▪ Prendre la température	82,5 (33)	58,8 (47)	58,7 (91)	53,1 (26)	0,0099

En ce qui concerne le choix de l'antibiotique, parmi les médecins prescrivant les antibiotiques recommandés, les MG les plus jeunes prescrivait plus souvent de la ceftriaxone et de l'azythromycine que leurs collègues plus âgés qui eux prescrivait plus souvent de la spectinomycine (Tableau 15).

Tableau 15 : Impact du nombre d'années d'expérience sur les pratiques de traitement antibiotique

	< 10 ans	10 à 20 ans	20 à 30 ans	> 30 ans	P
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	
	(n = 40)	(n = 79)	(n = 154)	(n = 49)	
• Ceftriaxone	42,5 (17)	30,8 (24)	31,8 (50)	17,6 (9)	0,0350
• Spectinomycine	2,5 (1)	2,5 (2)	13,6 (21)	16,3 (8)	0,0014
• Azithromycine	27,5 (11)	30 (24)	21,7 (34)	11,8 (6)	0,0245

Les médecins les plus jeunes mettent plus souvent en place un suivi du patient en accords avec les recommandations que ne le font leurs collègues ayant un plus grand nombre d'années d'expérience (Tableau 16).

Tableau 16 : Impact du nombre d'années sur les pratiques de suivi du patient pour la prise en charge de l'urétrite

	< 10 ans	10 à 20 ans	20 à 30 ans	> 30 ans	P
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	
	(n = 40)	(n = 79)	(n = 154)	(n = 48)	
Pratiquer les sérologies suivantes :					
▪ VIH	95 (38)	84,8 (67)	76 (117)	77 (37)	0,0067
▪ Syphilis	77,5 (31)	62 (49)	54,5 (84)	54,2 (26)	0,0001
▪ Hépatite B	77,5 (31)	60 (47)	50,6 (78)	50 (24)	0,0033
▪ Hépatite C	57,5 (23)	41,78(33)	33,1 (51)	39,6 (19)	0,0316
Autre :					
▪ Planifier une consultation de suivi pour vérifier la guérison, rendre les résultats des prélèvements, et prévoir les sérologies de contrôle (3 mois)	70 (28)	80 (63)	63,6 (98)	54,2 (26)	0,0166
▪ Préconiser des rapports protégés (utilisation de préservatifs) avec les partenaires occasionnels, inconnus	42,5 (17)	10 (8)	17,5 (27)	14,6 (7)	0,0166

8.4 Connaissance des recommandations de l'AFSSAPS pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées (2005)

312 MG ont répondu à la question concernant l'augmentation de la résistance du gonocoque à la ciprofloxacine, la spectinomycine, la cefixime et la ceftriaxone. La grande majorité des MG (79 %) a correctement identifié que l'augmentation de la résistance concernait surtout la ciprofloxacine.

304 MG ont répondu à une question portant sur le taux supposé de résistance du gonocoque à la ciprofloxacine : 32,2 % (98/304) ont correctement estimé ce taux de résistance à 30 %, et 56 % (170/304) le sous-estimaient (Figure 5).

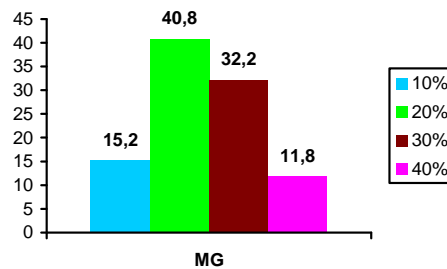


Figure 5 : Estimation par les MG du taux de résistance du gonocoque à la ciprofloxacine

Parmi les 321 MG ayant répondu à la question portant sur l'association systématique d'un traitement actif sur *Chlamydia trachomatis* lors du traitement d'une urétrite gonococcique, 60,8 % (195/312) ont répondu positivement (alors que 39,2 % ont répondu que cette association n'était pas systématique).

323 MG ont répondu à la question suivante « En 2005, en raison de la progression rapide de la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* à la ciprofloxacine, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) a établi des recommandations pour le « traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées ». Avez-vous eu connaissance de ces recommandations ? ».

74 % (239/323) de MG ont répondu ne pas avoir eu connaissance de ces recommandations.

9 DISCUSSION

Cette enquête a permis d'évaluer les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge de l'urétrite masculine en France. Elle a montré que la majorité des MG avaient une démarche diagnostique adaptée, bien que la recherche des complications ou des autres localisations de l'IST ne soient pas optimales. Surtout, l'enquête met en évidence 1°) une méconnaissance de l'association fréquente des infections à *C. trachomatis* lors des urétrites gonococciques et de l'intérêt de la PCR pour leur diagnostic, 2°) une méconnaissance des recommandations thérapeutiques mise à jour en 2005 pour le traitement de l'urétrite masculine (seul 20% des patients sont traités en accord avec les recommandations) et 3°) une prise en charge incomplète en terme de dépistage des IST associées, de mise en œuvre des mesures de prévention de nouvelles IST et de dépistage et traitement du(des) partenaire(s). Les médecins les plus jeunes exercent plus souvent en accord avec les recommandations que leurs collègues ayant un plus grand nombre d'années d'exercice.

La méthode des vignettes, utilisée pour cette enquête, a été validée comme outil de mesure de la qualité des pratiques cliniques [12,19]. Elle permet ici d'évaluer collectivement l'efficacité de la médecine générale en France, dans son ensemble, pour la prise en charge de l'urétrite masculine. Outre son faible coût, cette méthode offre l'avantage d'être aisément reproduite, peu chronophage pour les répondants, permettant de suivre dans le temps l'évaluation des pratiques d'une population de médecins (après la mise en place d'une campagne d'information par exemple). L'application des recommandations de la prise en charge des urétrites actualisées en octobre 2008 pourra être réévaluée avec cette même méthode.

Près de la moitié des MG ont prescrit un antibiotique probabiliste non recommandé, le plus souvent de la ciprofloxacine, et moins d'un tiers ont associé au traitement anti-gonococcique un traitement antibiotique actif sur *Chlamydia trachomatis*. Ces résultats indiquent le peu de familiarité des MG avec les recommandations de pratique, ce que confirment de précédentes études portant sur le traitement des infections usuelles, y compris les urétrites [21,22]. Dans une étude évaluant l'application des recommandations des CDC pour le diagnostic et le traitement des IST dans les services d'accueil d'urgence aux USA, les médecins ne proposaient le bon traitement antibiotique anti-gonococcique et anti-chlamydia que dans un tiers des cas [22]. Les raisons de non applications des recommandations par les médecins sont parfois liées tout simplement au manque de connaissance des recommandations ou à un manque de confiance vis-à-vis de ces recommandations [23]. Une autre explication pourrait aussi être celle du phénomène qualifié d'« inertie clinique », défini par le fait de « reconnaître ce que l'on devrait faire, mais on ne le fait pas » [24]. Dans le cas des MG français, ces différentes explications pourraient être envisagées : bien que le manque de connaissance des recommandations de l'Afssaps ait été confirmé par plus des deux tiers des MG, ceux-ci étaient capables d'identifier correctement l'augmentation de la résistance du gonocoque à la ciprofloxacine dans 79% des cas.

Les MG ayant moins de 10 ans d'expérience étaient significativement plus susceptibles de suivre une démarche de prise en charge en accord avec les recommandations actuelles que les MG plus expérimentés. Ce résultat apparemment paradoxal a déjà été décrit, plusieurs études ayant montré l'existence d'une relation inversement proportionnelle entre les années de pratique médicale et la qualité des soins fournis, y compris dans le domaine des IST [25,27]. Ainsi, à Singapour, les MG ayant une courte carrière médicale étaient plus susceptibles d'évaluer correctement les comportements à risque d'IST, de choisir les tests de dépistage adaptés, de poser un diagnostic clinique et microbiologique satisfaisant, de prescrire un traitement antibiotique adéquat et d'offrir des conseils de prévention pertinents [26].

A une époque où la résistance du gonocoque aux antibiotiques est devenue un vrai problème de santé publique, le bon usage des antibiotiques est une priorité [22]. Cette étude a permis de montrer que la prise en charge de l'urétrite masculine en médecine générale en France devait être améliorée, notamment en ce qui concerne le choix du traitement antibiotique, la nécessité de traiter conjointement gonocoque et chlamydia, et celle de mieux appréhender le traitement du partenaire, le dépistage des autres IST et la prévention des futures IST. L'information sur les recommandations existantes doit être acheminée et expliquée plus efficacement vers les MG, et en particulier vers ceux étant en exercice depuis plus de 10 ans. L'actualisation des recommandations faites en octobre 2008 par l'Afssaps devra être largement diffusée aux MG et aux professionnels de santé susceptibles de diagnostiquer et traiter des urétrites masculines et cervicites non compliquées [28].

10 REFERENCES

1. Halioua B, Lassau F, Janier M, Dupin N, Bouscarat F, Chartier CH, et la section MST de la SFD. Maladies sexuellement transmissibles : Recommandations diagnostiques et thérapeutiques. In *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2006 ; 133 :2S11-2.
2. Le traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Afssaps, Bon usage - Mise au point, septembre 2005. <http://www.afssaps.sante.fr/>.
3. Institut de veille sanitaire. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – 10 ans de surveillance, 1996 -2005.Mars 2007.
4. Massari V, Valleron AJ. Recent reduction in male urethritis in France. *Am J Public Health* 1989;79:655.
5. Meyer L, Goulet V, Massari V, Lepoutre-Toulemon A. Surveillance of sexually transmitted diseases in France: recent trends and incidence. *Genitourin Med* 1994;70:15-21
6. Massari V, Dorléans Y, Flahault A. Persistent increase in the incidence of acute male urethritis diagnosed in general practices in France. *Br J Gen Pract* 2006; 56:110-4.
7. Valin N, Flahault A, Lassau F, Janier M, Massari V. Study of partner-related and situational risk factors for symptomatic male urethritis. *Eur J Epidemiol* 2007; 22:799-804.
8. Wayne PA. Approved standard M100-38. Performances standards for antimicrobial susceptibility testing. 2007.
9. GRASP steering group. The Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme. Annual report 2005. London. Health Protection Agency 2005.
http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/stigonorrhoea/publications/GRASP_2005_Annual_Report.pdf
10. Koedijk FD, Borgen K, van Loo IH, van de Laar MJ. Further increase of quinolone resistance of gonococci in the Netherlands and proposal for a new surveillance. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007 ; 151:142-3.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted disease surveillance 2005: Gonococcal isolate surveillance project (GISP), annual report 2005. January 2007, p.1 – 33. Available <http://www.cdc.gov/std/Gisp2005/GISPSurvSupp2005short.pdf>
12. Bilan annuel du Réseau de surveillance Sentinelles, 2006
13. Jones TV, Gerrity MS, Earp J. Written case simulations. Do they predict physician behavior *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 805-15.
14. Dresselhaus TR, Peabody JW, Luck J, Bertenthal D. An evaluation of vignettes for predicting variation in the quality of preventive care. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 1013-8.

15. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresslhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients and chart abstraction. A prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA* 2000; 283: 1715-21.
16. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Hansan J, Spell M. Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: A prospective validation study. *Ann Intern Med* 2004; 141: 771-81.
17. Sim AJ, Milner J, Love J, Lishman J. Definitions of need: can disabled people and care professionals agree. *Disabil Soc* 1998; 13: 53-74.
18. Flaskerud J. Use of vignettes to elicit responses toward broad concepts. *Nurs Res* 1979; 28: 210-2.
19. Hebert P, Meslin EM, Dunn EV, Byrne N, Reid SR. Evaluating ethical sensitivity in medical students. Using vignettes as an instrument. *J Med Ethics* 1990;16: 141-5
20. Glassman PA, Kravitz RL, Petersen LP, Rolph JE. Differences in clinical decision making between internists and cardiologists. *Arch Intern Med* 1997; 157: 506-12
21. Van der Maren JM. Méthodes de recherche pour l'éducation. 2nd ed. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 1996.
22. Huang ES, Stafford RS. National patterns in the treatment of urinary tract infections in women by ambulatory care physicians. *Arch Intern Med.* 2002; 162:41-7.
23. Kane BG, Degutis LC, Sayward HK, D'Onofrio G. Compliance with the Centers for Disease Control and Prevention recommendations for the diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases. *Acad Emerg Med* 2004; 11:371-7.
24. Choudhry N.K., Fletcher R.H., and Soumerai S.B. Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care. *Ann Intern Med* 2005; 142: 260-273.
25. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001; 135:825-34.
26. Doroodchi H, Abdolrasulnia M, Foster JA, Foster E, Turakhia MP, Skelding KA, Sagar K, Casebeer LL. Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events. *BMC Fam Pract* 2008 ; 9:42.
27. Chan RK, Tan HH, Chio MT, Sen P, Ho KW, Wong ML. Sexually transmissible infection management practices among primary care physicians in Singapore. *Sex Health* 2008 ; 5:265-71.
28. Cabana MD, Davis MM. Improving physician adherence to cholesterol management guidelines. *Manag Care* 2002; 11:18-22.
29. Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Actualisation Octobre 2008. Affsaps.
http://afssaps.sante.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/b857050a66c96016acfbf715972a8cb3.pdf

11 ANNEXE : VIGNETTE ENVOYEE AUX MEDECINS DU RESEAU SENTINELLES

Vous recevez en consultation un homme de 30 ans qui se plaint de brûlures mictionnelles avec un écoulement urétral depuis 48 heures. L'hypothèse d'une urétrite est envisagée. Ce patient n'a jamais été opéré. Il est traité par Symbicort® et Bricanyl® pour un asthme, depuis plusieurs années. Il fume et consomme de l'alcool régulièrement. Il n'a pas d'allergies connues, pas d'antécédent familial notable. Il est marié et père de deux enfants âgés de 5 et 7 ans en bonne santé. Il travaille comme consultant dans le secteur de la finance. Il effectue de fréquents déplacements sur tous les continents, dans le cadre de son travail.

Question 1 : Quelles données d'interrogatoire recherchez-vous afin d'identifier les éventuels facteurs de risque d'infection transmise sexuellement chez ce patient ?

Type de rapport à risque
<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de préservatifs
<ul style="list-style-type: none"> • Type de rapports sexuels: relations sexuelles oro-génitales non protégées
<ul style="list-style-type: none"> • Type de rapports sexuels : génitales ou anales non protégées
<ul style="list-style-type: none"> • Type de partenaire(s): Prostituées
<ul style="list-style-type: none"> • Type de partenaire(s): Homme
<ul style="list-style-type: none"> • Type de partenaire(s): Femme et Homme
<ul style="list-style-type: none"> • Type de partenaire(s): Femme
<ul style="list-style-type: none"> • Etre victime d'agression ou d'abus sexuels
Nombre de partenaire
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de partenaire sexuel(le)s au cours de la dernière année
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de partenaire sexuel(le)s au cours des deux derniers mois
<ul style="list-style-type: none"> • Avoir eu des rapports sexuels à l'étranger
<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires sexuels anonymes (rencontrés via Internet, dans les saunas, dans les soirées rave) ou occasionnel
Prise de risque
<ul style="list-style-type: none"> • Prise d'alcool ou de drogues (marijuana, cocaïne, ecstasy, amphétamine), surtout si elle est associée aux relations sexuelles
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents d'IST
<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage antérieur d'IST

Vous recevez en consultation un homme de 30 ans qui se plaint de brûlures mictionnelles avec un écoulement urétral depuis 48 heures. L'hypothèse d'une urétrite est envisagée. Ce patient n'a jamais été opéré. Il est traité par Symbicort® et Bricanyl® pour un asthme, depuis plusieurs années. Il fume et consomme de l'alcool régulièrement. Il n'a pas d'allergies connues, pas d'antécédent familial notable. Il est marié et père de deux enfants âgés de 5 et 7 ans en bonne santé. Il travaille comme consultant dans le secteur de la finance. Il effectue de fréquents déplacements sur tous les continents, dans le cadre de son travail.

Le patient n'a pas d'antécédents d'IST, il vous explique qu'il n'a eu aucune relation sexuelle avec sa femme depuis six mois. En revanche, il a eu plusieurs relations extraconjugales lors de ses voyages, parfois avec des prostituées. Il n'a pas toujours utilisé un préservatif. Le dernier rapport non protégé remonte à trois jours.

Question 2 : Quelles données d'interrogatoire recherchez-vous afin de mettre en évidence des signes évocateurs d'une urétrite et d'éventuelles complications ?

Type d'écoulement
• Purulent ou mucopurulent
• Permanent, intermittent, aigue
• Tachant le slip
• Matinal
Rechercher les signes de complications d'une urétrite:
• Orchi-épididymite
• Prostatite
• Fièvre
Signes d'accompagnement:
• Dysurie
• Pollakiurie
• Prurit canalaire
Rechercher une autre localisation
• Anale
• Pharyngée

Vous recevez en consultation un homme de 30 ans qui se plaint de brûlures mictionnelles avec un écoulement urétral depuis 48 heures. L'hypothèse d'une urétrite est envisagée. Ce patient n'a jamais été opéré. Il est traité par Symbicort® et Bricanyl® pour un asthme, depuis plusieurs années. Il fume et consomme de l'alcool régulièrement. Il n'a pas d'allergies connues, pas d'antécédent familial notable. Il est marié et père de deux enfants âgés de 5 et 7 ans en bonne santé. Il travaille comme consultant dans le secteur de la finance. Il effectue de fréquents déplacements sur tous les continents, dans le cadre de son travail. Le patient n'a pas d'antécédents d'IST, il vous explique qu'il n'a eu aucune relation sexuelle avec sa femme depuis six mois. En revanche, il a eu plusieurs relations extraconjugales lors de ses voyages, parfois avec des prostituées. Il n'a pas toujours utilisé un préservatif. Le dernier rapport non protégé remonte à trois jours.

L'interrogatoire confirme un écoulement urétral purulent spontané, tachant le slip du patient. Les mictions sont douloureuses, en particulier la première du matin. Il n'y a pas de pollakiurie. Il n'y a pas de fièvre, pas de douleur des bourses.

Question 3 : Décrivez la démarche de votre examen physique chez ce patient suspect d'urétrite, c'est-à-dire les signes d'inspection et/ou de palpation que vous recherchez ?

<i>Examiner les OGE</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche de lésions cutanées
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche de signes locaux d'inflammation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si le patient n'est pas circoncis rétracter le prépuce
<ul style="list-style-type: none"> • Ecoulement génital
<ul style="list-style-type: none"> • Palper le scrotum
<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher un écoulement plus apparent à la pression de la verge
<i>Autre:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Palper les ganglions lymphatiques inguinaux
<ul style="list-style-type: none"> • Examen périnéal (Région anale)
<ul style="list-style-type: none"> • Prendre la température (vérifier l'absence de fièvre)
<ul style="list-style-type: none"> • Si le patient présente des symptômes rectaux, faire pratiquer une anoscopie

Vous recevez en consultation un homme de 30 ans qui se plaint de brûlures mictionnelles avec un écoulement urétral depuis 48 heures. L'hypothèse d'une urétrite est envisagée. Ce patient n'a jamais été opéré. Il est traité par Symbicort® et Bricanyl® pour un asthme, depuis plusieurs années. Il fume et consomme de l'alcool régulièrement. Il n'a pas d'allergies connues, pas d'antécédent familial notable. Il est marié et père de deux enfants âgés de 5 et 7 ans en bonne santé. Il travaille comme consultant dans le secteur de la finance. Il effectue de fréquents déplacements sur tous les continents, dans le cadre de son travail. Le patient n'a pas d'antécédents d'IST, il vous explique qu'il n'a eu aucune relation sexuelle avec sa femme depuis six mois. En revanche, il a eu plusieurs relations extraconjugales lors de ses voyages, parfois avec des prostituées. Il n'a pas toujours utilisé un préservatif. Le dernier rapport non protégé remonte à trois jours. L'interrogatoire confirme un écoulement urétral purulent spontané, tachant le slip du patient. Les mictions sont douloureuses, en particulier la première du matin. Il n'y a pas de pollakiurie. Il n'y a pas de fièvre, pas de douleur des bourses.

A l'examen clinique, vous observez que le slip est tâché, il y a un écoulement urétral mucopurulent franc après expression urétrale. Vous observez un érythème méatique et une sensibilité urétrale à la palpation. La palpation des bourses est normale. Il n'y a pas d'adénopathies inguinales, aucune ulcération muqueuse génitale. La bouche, le pharynx et les amygdales ne présentant pas d'anomalies.

Question 4 : Le patient présente des symptômes typiques d'une urétrite aiguë. Quels sont les germes les plus souvent responsables, et quel est celui qui est le plus probablement en cause ici, sachant les informations dont vous disposez à ce stade de la consultation ?

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Ici, il s'agit probablement de <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, sachant l'incubation courte, le début brutal et l'écoulement purulent relativement abondant. |
| <ul style="list-style-type: none">▪ L'association d'une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> (30% des cas) ne peut être écartée cliniquement |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Les germes les plus souvent responsables sont <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Chlamydia trachomatis</i> et voire <i>Mycoplasma genitalium</i>. |

Vous recevez en consultation un homme de 30 ans qui se plaint de brûlures mictionnelles avec un écoulement urétral depuis 48 heures. L'hypothèse d'une urétrite est envisagée. Ce patient n'a jamais été opéré. Il est traité par Symbicort® et Bricanyl® pour un asthme, depuis plusieurs années. Il fume et consomme de l'alcool régulièrement. Il n'a pas d'allergies connues, pas d'antécédent familial notable. Il est marié et père de deux enfants âgés de 5 et 7 ans en bonne santé. Il travaille comme consultant dans le secteur de la finance. Il effectue de fréquents déplacements sur tous les continents, dans le cadre de son travail. Le patient n'a pas d'antécédents d'IST, il vous explique qu'il n'a eu aucune relation sexuelle avec sa femme depuis six mois. En revanche, il a eu plusieurs relations extraconjugales lors de ses voyages, parfois avec des prostituées. Il n'a pas toujours utilisé un préservatif. Le dernier rapport non protégé remonte à trois jours. L'interrogatoire confirme un écoulement urétral purulent spontané, tachant le slip du patient. Les mictions sont douloureuses, en particulier la première du matin. Il n'y a pas de pollakiurie. Il n'y a pas de fièvre, pas de douleur des bourses. A l'examen clinique, vous observez que le slip est tâché, il y a un écoulement urétral mucopurulent franc après expression urétrale. Vous observez un érythème méatique et une sensibilité urétrale à la palpation. La palpation des bourses est normale. Il n'y a pas d'adénopathies inguinales, aucune ulcération muqueuse génitale. La bouche, le pharynx et les amygdales ne présentant pas d'anomalies.

Les germes les plus fréquemment responsables des urétrites aiguës sont *Neisseria Gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* voire *Mycoplasma genitalium* (dont le rôle pathogène est encore discuté). Sachant la courte durée d'incubation (rapport à risque il y a trois jours) et le caractère franc de l'écoulement, il s'agit très probablement d'une urétrite aiguë gonococcique. Toutefois l'association d'une infection à *Chlamydia trachomatis* est fréquente (30% des cas) et ne peut pas être écartée cliniquement ici.

Question 5 : Quelle (s) analyse (s) bactériologique (s) prévoyez-vous pour documenter cette urétrite ?

Écouvillonnage urétral
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en culture et recherche de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ▪ Frottis (Gram ou bleu de méthylène) ▪ Antibiogramme
Examen cyto bactériologique d'un prélèvement urétral ou d'un premier jet d'urine
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i> par PCR

Vous recevez en consultation un homme de 30 ans qui se plaint de brûlures mictionnelles avec un écoulement urétral persistant depuis 48 heures. L'hypothèse d'une urétrite est envisagée. Ce patient n'a jamais été opéré. Il est traité par Symbicort® et Bricanyl® pour un asthme, depuis plusieurs années. Il fume et consomme de l'alcool régulièrement. Il n'a pas d'allergies connues, pas d'antécédent familial notable. Il est marié et père de deux enfants âgés de 5 et 7 ans en bonne santé. Il travaille comme consultant dans le secteur de la finance. Il effectue de fréquents déplacements sur tous les continents, dans le cadre de son travail. Le patient n'a pas d'antécédents d'IST, il vous explique qu'il n'a eu aucune relation sexuelle avec sa femme depuis six mois. En revanche, il a eu plusieurs relations extraconjugales lors de ses voyages, parfois avec des prostituées. Il n'a pas toujours utilisé un préservatif. Le dernier rapport non protégé remonte à trois jours. L'interrogatoire confirme un écoulement urétral purulent spontané, tachant le slip du patient. Les mictions sont douloureuses, en particulier la première du matin. Il n'y a pas de pollakiurie. Il n'y a pas de fièvre, pas de douleur des bourses. A l'examen clinique, vous observez que le slip est tâché, il y a un écoulement urétral mucopurulent franc après expression urétrale. Vous observez un érythème méatique et une sensibilité urétrale à la palpation. La palpation des bourses est normale. Il n'y a pas d'adénopathies inguinales, aucune ulcération muqueuse génitale. La bouche, le pharynx et les amygdales ne présentant pas d'anomalies. Les germes les plus fréquemment responsables des urétrites aiguës sont *Neisseria Gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* voire *Mycoplasma genitalium* (dont le rôle pathogène est encore discuté). Sachant la courte durée d'incubation (rapport à risque il y a trois jours) et le caractère franc de l'écoulement, il s'agit très probablement d'une urétrite aiguë gonococcique. Toutefois l'association d'une infection à *Chlamydia trachomatis* est fréquente (30% des cas) et ne peut pas être écartée cliniquement ici.

Vous avez prescrit au patient la réalisation d'analyses bactériologiques sur un prélèvement urétral et un premier jet d'urine à la recherche de *N. Gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Une PCR a été effectuée pour recherche de *C. trachomatis* mais aussi une mise en culture pour *N. gonorrhoeae*, afin de pouvoir évaluer la sensibilité du germe aux antibiotiques.

Question 6 : Quel traitement proposez vous au terme de cette consultation ?

Traitement anti-gonococcique
▪ Première intention: Ceftriaxone, 250 ou 500 mg en une seule injection IM ou IV
▪ En cas de contre-indication aux bêta-lactamines: Spectinomycine, 2 g en une seule injection IM
▪ Seconde intention : Céfixime, 400 mg en une prise orale unique
Traitement anti-chlamydia
▪ Azithromycine: 1 g en mono dose
▪ Ou doxycycline : 200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant 7 jours

Vous recevez en consultation un homme de 30 ans qui se plaint de brûlures mictionnelles avec un écoulement urétral persistant depuis 48 heures. L'hypothèse d'une urétrite est envisagée. Ce patient n'a jamais été opéré. Il est traité par Symbicort® et Bricanyl® pour un asthme, depuis plusieurs années. Il fume et consomme de l'alcool régulièrement. Il n'a pas d'allergies connues, pas d'antécédent familial notable. Il est marié et père de deux enfants âgés de 5 et 7 ans en bonne santé. Il travaille comme consultant dans le secteur de la finance. Il effectue de fréquents déplacements sur tous les continents, dans le cadre de son travail. Le patient n'a pas d'antécédents d'IST, il vous explique qu'il n'a eu aucune relation sexuelle avec sa femme depuis six mois. En revanche, il a eu plusieurs relations extraconjugales lors de ses voyages, parfois avec des prostituées. Il n'a pas toujours utilisé un préservatif. Le dernier rapport non protégé remonte à trois jours. L'interrogatoire confirme un écoulement urétral purulent spontané, tachant le slip du patient. Les mictions sont douloureuses, en particulier la première du matin. Il n'y a pas de pollakiurie. Il n'y a pas de fièvre, pas de douleur des bourses. A l'examen clinique, vous observez que le slip est tâché, il y a un écoulement urétral mucopurulent franc après expression urétrale. Vous observez un érythème méatique et une sensibilité urétrale à la palpation. La palpation des bourses est normale. Il n'y a pas d'adénopathies inguinales, aucune ulcération muqueuse génitale. La bouche, le pharynx et les amygdales ne présentant pas d'anomalies. Les germes les plus fréquemment responsables des urétrites aiguës sont *Neisseria Gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* voire *Mycoplasma genitalium* (dont le rôle pathogène est encore discuté). Sachant la courte durée d'incubation (rapport à risque il y a trois jours) et le caractère franc de l'écoulement, il s'agit très probablement d'une urétrite aiguë gonococcique. Toutefois l'association d'une infection à *Chlamydia trachomatis* est fréquente (30% des cas) et ne peut pas être écartée cliniquement ici. Vous avez prescrit au patient la réalisation d'analyses bactériologiques sur un prélèvement urétral et un premier jet d'urine à la recherche de *N. Gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Une PCR a été effectuée pour recherche de *C. trachomatis* mais aussi une mise en culture pour *N. gonorrhoeae*, afin de pouvoir évaluer la sensibilité du germe aux antibiotiques.

Le patient reçoit une ordonnance de ceftriaxone (500 mg en une seule injection IM) pour le traitement probabiliste d'une infection à gonocoque d'une part, et d'azithromycine (1 g en monodose) pour le traitement probabiliste d'une infection à *Chlamydia trachomatis* d'autre part.

Question 7 : Quelle(s) mesure(s) envisagez vous auprès du (des) partenaire(s) de ce patient ?

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demander au patient de revenir en consultation avec son (ses) partenaire(s), pour le(s) prendre en charge
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le patient et son (ses) partenaire(s) doivent s'abstenir d'avoir des rapports sexuels non protégés jusqu'à la fin du traitement (ou 7 jours après un traitement à dose unique) et jusqu'à ce que le patient et ses partenaires n'ai plus de symptômes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demander au patient de contacter tous ses partenaires sexuels des 60 jours avant le diagnostic ou l'apparition des symptômes, afin de leur recommander de consulter un médecin (pour un dépistage et un traitement). Si le dernier rapport sexuel date de plus de 60 jours, le partenaire sexuel le plus récent doit être traité

Vous recevez en consultation un homme de 30 ans qui se plaint de brûlures mictionnelles avec un écoulement urétral persistant depuis 48 heures. L'hypothèse d'une urétrite est envisagée. Ce patient n'a jamais été opéré. Il est traité par Symbicort® et Bricanyl® pour un asthme, depuis plusieurs années. Il fume et consomme de l'alcool régulièrement. Il n'a pas d'allergies connues, pas d'antécédent familial notable. Il est marié et père de deux enfants âgés de 5 et 7 ans en bonne santé. Il travaille comme consultant dans le secteur de la finance. Il effectue de fréquents déplacements sur tous les continents, dans le cadre de son travail. Le patient n'a pas d'antécédents d'IST, il vous explique qu'il n'a eu aucune relation sexuelle avec sa femme depuis six mois. En revanche, il a eu plusieurs relations extraconjugales lors de ses voyages, parfois avec des prostituées. Il n'a pas toujours utilisé un préservatif. Le dernier rapport non protégé remonte à trois jours. L'interrogatoire confirme un écoulement urétral purulent spontané, tachant le slip du patient. Les mictions sont douloureuses, en particulier la première du matin. Il n'y a pas de pollakiurie. Il n'y a pas de fièvre, pas de douleur des bourses. A l'examen clinique, vous observez que le slip est tâché, il y a un écoulement urétral mucopurulent franc après expression urétrale. Vous observez un érythème méatique et une sensibilité urétrale à la palpation. La palpation des bourses est normale. Il n'y a pas d'adénopathies inguinales, aucune ulcération muqueuse génitale. La bouche, le pharynx et les amygdales ne présentant pas d'anomalies. Les germes les plus fréquemment responsables des urétrites aiguës sont *Neisseria Gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* voire *Mycoplasma genitalium* (dont le rôle pathogène est encore discuté). Sachant la courte durée d'incubation (rapport à risque il y a trois jours) et le caractère franc de l'écoulement, il s'agit très probablement d'une urétrite aiguë gonococcique. Toutefois l'association d'une infection à *Chlamydia trachomatis* est fréquente (30% des cas) et ne peut pas être écartée cliniquement ici. Vous avez prescrit au patient la réalisation d'analyses bactériologiques sur un prélèvement urétral et un premier jet d'urine à la recherche de *N. Gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Une PCR a été effectuée pour recherche de *C. trachomatis* mais aussi une mise en culture pour *N. gonorrhoeae*, afin de pouvoir évaluer la sensibilité du germe aux antibiotiques. Le patient reçoit une ordonnance de ceftriaxone (500 mg en une seule injection IM) pour le traitement probabiliste d'une infection à gonocoque d'une part, et d'azithromycine (1 g en monodose) pour le traitement probabiliste d'une infection à *Chlamydia trachomatis* d'autre part.

Vous avez expliqué au patient qu'il devait contacter ses partenaires sexuels des 60 derniers jours pour leur demander de consulter rapidement un médecin. Le patient et ses partenaires doivent s'abstenir d'avoir des rapports sexuels non protégés pendant 7 jours après l'initiation du traitement et jusqu'à ce que le patient et ses partenaires n'aient plus des symptômes.

Question 8 : Une fois que les problèmes du diagnostic et du traitement de cette urétrite ont été réglés, quelle(s) autre(s) mesure(s) mettez-vous en œuvre pour la prise en charge de ce patient qui présente une IST ?

Pratiquer les sérologies suivantes :
<ul style="list-style-type: none">• VIH ; Syphilis Hépatite B Hépatite C
Autre:
<ul style="list-style-type: none">▪ Planifier une consultation de suivi pour vérifier la guérison, rendre les résultats des prélèvements, et prévoir les sérologies de contrôle (3 mois)
<ul style="list-style-type: none">▪ Préconiser des rapports protégés (utilisation de préservatifs) avec les partenaires occasionnels, inconnus
<ul style="list-style-type: none">▪ Refaire ces sérologies en tenant compte des délais de séroconversion
<ul style="list-style-type: none">▪ Proposer la vaccination contre l'hépatite B à tout patient non immunisé