

Epididymite, M. S. T. et Fertilité

Jean-Claude TARDIEU, François VIGNON, Gérard CHABRIER

Groupe de recherche en Andrologie, Faculté de Médecine, Strasbourg

RESUME

Avant l'ère des antibiotiques les cliniciens ont démontré la relation entre épididymite et infertilité.

Actuellement les M. S. T. représentent la principale cause d'épididymite de l'homme jeune.

Le diagnostic précoce de l'atteinte urétrale, aiguë ou non, associée à une antibiothérapie adaptée doit permettre de préserver la fertilité.

Mots-clés : Epididymite, Epididyme, M.S. T., Fertilité.

Les maladies sexuellement transmissibles retentissent sur la fertilité humaine par le biais de l'atteinte de la partie haute du tractus génital. Il est admis de nos jours que, chez la femme, les séquelles d'infection génitales peuvent affecter la fécondité. Si l'on admet que chez la femme les bactéries sont capables d'atteindre l'endomètre et les trompes en partant du col utérin, on peut envisager chez l'homme un mécanisme étiopathogénique identique qui, à partir d'une infection urétrale, atteindrait l'épididyme, via la prostate et les canaux déférents.

Outre l'épididymite aiguë rarement retrouvée dans les antécédents des patients infertiles, il faut envisager la possibilité d'atteintes subaiguës voire muettes de l'épididyme, vraisemblablement plus fréquentes.

Les auteurs cités dans ce texte sont en grande partie tirés de l'article de BERGER paru dans *Sexuality Transmitted Diseases* (1990).

PATHOLOGIE

L'atteinte épididymaire débute dans la queue de l'épididyme et gagne le reste de l'épididyme et éventuellement le testicule.

Au début de l'infection il y a un afflux de leucocytes puis une destruction de l'épithélium épididymaire avec formation de microabcès dans la paroi de l'épididyme en 48 h. (CUNNINGHAM 1920) (WOLIN 1971) ainsi qu'un infiltrat péri vasculaire de cellules mononuclées en particulier en cas d'infection à *C. Trachomatis* (KIVIAT 1987).

L'atteinte épididymaire peut s'accompagner d'une atteinte testiculaire. C'est ainsi que WOLIN (1971) a pratiqué des biopsies testiculaires chez des patients atteints d'épididymite aiguë et a constaté dans 70 % des cas une diminution de la spermatogénèse et dans 30 % des cas une inflammation du testicule.

Éléments en faveur d'une relation épididymite-infertilité

En 1928 CAMPBELL note que 40 % des patients atteints d'épididymite gonococcique bilatérale sont stériles.

En 1941 PELOUZE rapporte qu'après un seul épisode gonococcique, 10 % des patients ont une infertilité : ce pourcentage atteint 23 %

après une *épididymite unilatérale* et 42 % après une atteinte *épididymaire bilatérale*.

En 1961 GARTMAN note que chez 18 patients azoospermiques (dont la biopsie testiculaire est normale), 4 seulement ont des antécédents d'épididymite bilatérale mais tous ont des cicatrices épидидymaires à l'exploration chirurgicale. Ce qui semble confirmer l'existence d'épididymites muettes évoquées plus haut, et peut justifier l'exploration chirurgicale. Il est vraisemblable que, même en l'absence d'occlusion de l'épididyme, des lésions inflammatoires puissent entraîner une baisse de la fertilité.

L'occlusion épидидymaire peut également être réversible. Ceci a été noté par PELOUZE (1941) chez un patient. Il existe également une atteinte testiculaire simultanée décrite par WOLIN (1971) et par NILSSON (1968). Ce dernier a fait des biopsies testiculaires chez 22 patients atteints d'épididymite et a trouvé des cellules inflammatoires chez 73 % d'entre eux. Un suivi sur 2 à 3 ans chez 9 patients a montré une absence ou une diminution de la spermatogénèse chez 5 d'entre eux.

TOZZO (1968) et BERGER (1979) ont trouvé une *oligospermie* chez des patients atteints d'épididymite aiguë.

LUDWIG (1977) a suivi, pendant un an, 46 patients atteints d'épididymite unilatérale. Les 2/3 de ces patients avaient au début une *oligospermie* qui s'est atténuée avec le temps. 20 % ont gardé des troubles de la fertilité et un seul patient était porteur d'*anticorps antispermatozoïdes* après un an.

BANDHAUER (1966) a mis en évidence des anticorps antispermatozoïdes chez 9 patients sur 48 atteints d'épididymite unilatérale.

INGERSLEV (1986) note que 27 % des patients atteints d'épididymite développent des anticorps antispermatozoïdes. CLOSE (1987) trouve que chez des patients sans notion clinique d'épididymite mais avec une sérologie de *C. trachomatis* évocatrice d'une

infection ancienne, le risque de développer des anticorps anti-spermatozoïdes est trois fois plus élevé que dans une population non exposée à *C. Trachomatis*.

ETIOLOGIE

- Si chez le garçon prépubère, en particulier chez le petit enfant, l'infection urinaire est fréquente, elle est le plus souvent liée à la présence de germes coliformes et semble influencée par la présence d'un prépuce occlusif (WISWEIL 1993).
- Chez l'adulte par contre la responsabilité de germes coliformes dans la survenue d'épididymite si elle est fréquente chez l'homosexuel, du fait de pratiques anales, est plus rare chez l'hétérosexuel.

DRACH (1976) a noté la corrélation entre pratique sexuelle anale et prostatite bactérienne. BARNES (1986) a remarqué que la bactériurie était plus fréquente chez les hommes homosexuels que chez les hétérosexuels.

- Chez l'homme âgé, l'infection de la partie haute du tractus génital est souvent le fait de germes fécaux, peut être du fait d'anomalies du tractus urinaire.
- Chez l'adulte jeune les MST représentent la cause la plus fréquente des épидидymites.

Avant l'ère des antibiotiques PELOUZE (1941) notait que 10 à 30 % des adultes atteints de gonococcie développaient une épидидymite.

WATSON en 1979 note que 16 % des jeunes soldats atteints d'épididymite avaient une gonococcie ! Il note également que la moitié seulement des patients atteints de gonococcie avaient un écoulement urétral !

BERGER (1990) plus récemment note que les 2/3 des épидидymites aiguës constatées chez 42 adultes jeunes étaient dues soit à *N. gonorrhoeae*, soit à *C. Trachomatis*, soit aux deux germes. Des ponctions épидидymaires ont été faites chez 6 patients atteints d'épi-

didymite : *C. trachomatis* a été retrouvé chez 5 d'entre eux !

Pour MELEKOS 1987 plus de la moitié des patients atteints d'épididymites étaient infectés par *C. Trachomatis*.

Pour d'autres auteurs les chiffres varient de 33 % (COLLEEN 1982) à 65 % (MULCAHY 1987).

Une étude récente de HAASEN et coll (1993) en Afrique du Sud révèle que 78 % des patients atteints d'épididymite aiguë étaient porteurs de *N. Gonorrhoeae* et/ou de *C. Trachomatis*. Dans la moitié des cas l'urétrite n'était signalée que par la présence de leucocytes polynucléaires dans la sécrétion urétrale en l'absence de tout écoulement urétral.

CLINIQUE

De façon caricaturale le patient atteint d'épididymite transmise par voie sexuelle est jeune (moins de 35 ans), sexuellement actif et peut avoir de multiples partenaires. A noter que les signes d'urétrites peuvent être présents ou discrets, mais même en l'absence de signe d'urétrite, l'examen de la sécrétion urétrale (2 à 4 heures après une miction) doit être entrepris. C'est la présence de leucocytes polynucléaires > 5/champs (à un grossissement de 1000 x) qui révèle l'urétrite (BOWIE 1990).

L'atteinte épiddymaire peut survenir brutalement (dans 1/3 des cas) ou progressivement.

Le patient se plaint de douleurs scrotales vives ou modérées, majorées par la palpation avec une irradiation le long du cordon spermatique et parfois le pli inguinal homolatéral.

A l'examen on peut trouver un érythème du scrotum accompagné d'un œdème ou d'un empatement de l'épididyme, généralement très douloureux (l'atteinte se faisant d'abord au niveau de la queue de l'épididyme puis touchant le corps et enfin la tête).

Il est parfois difficile de faire la différence entre une épiddymite aiguë et une torsion du testicule (WILBERT et col. 1993).

En présence d'une épiddymite il est nécessaire de rechercher des signes d'urétrite.

- prélèvement de la sécrétion urétrale
 - examen direct pour apprécier la réaction leucocytaire, mettre en évidence des *Trichomonas*.
 - coloration de Gram qui confirmera le diagnostic d'urétrite et permettra de mettre en évidence le gonocoque
- Culture
 - sur gélose : germes banals
 - sur milieu de Thayer et Martin : *N. Gonorrhoeae*
 - sur milieu de transport pour *Mycoplasmes* et *C. Trachomatis*
 - méthode immuno-enzymatique pour *C. Trachomatis*
- La spermoculture est indiquée en l'absence de sécrétion urétrale.

Elle sera surtout utile pour mettre en évidence :

- Germes banals
- *N. Gonorrhoeae*
- *Mycoplasmes*
- *C. Trachomatis* doit être recherché par PCR plutôt que par culture ou par méthode immuno-enzymatique.
- on recherchera également la présence de germes anaérobies.
- Le séro diagnostique de *C. trachomatis* en cas d'épididymite révèle des taux élevés souvent supérieurs à 1/128.

TRAITEMENT

Le traitement associe repos et antibiotiques. Les cyclines (doxycycline) sont les antibiotiques les plus utilisés dans l'épidi-

dymite à *C. Trachomatis*. En cas d'association à *N. Gonorrhoeae* on utilisera soit des aminosides : Spectinomycine IM ou des céphalosporines : Ceftriaxone IM.

En présence de germes fécaux des quinolones seront indiquées : Ofloxacines, Ciprofloxacin, Norfloxacin.

La prescription conjointe d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est préconisée afin de lutter contre la douleur et de permettre une guérison rapide.

Le traitement d'une épидидymite n'est pas complet sans celui de la ou des personnes ayant des contacts sexuels avec le patient.

Enfin un contrôle du spermogramme dans les mois qui suivent l'atteinte épидидymaire paraît conseillé pour évaluer le retentissement éventuel sur la fertilité.

REFERENCES

1. BERGER R.E. : Acute epididymitis. In "Sexually Transmitted Diseases" (Mac Geaw Hill ; New-York.) : 1990 : 641-651.
2. BOWIE W. R. : Urethritis in males. In "Sexually Transmitted Diseases" (Mac Geaw Hill ; New-York. 1990 : 627-639.

3. HAASEN AA. O'FARRELL N. VAN DEN ENDE J. : Microbiology of acute epididymitis in a developing community Genitourin Med : 1993 : 69 : 361 - 363.
4. WILBERT DM. SCHAERLE CW. STERN WD. STROHMAIER WL. BICHLER KH. : Evaluation of the acute scrotum by color-coded Doppler ultrasonography. J Urol : 1993 : 149 : 1475 - 1477.
5. WISWELL TE : Circumcision and urinary tract infection. Current Opinion in Urologie : 1994 : 4 : 50-53.

ABSTRACT

Epididymitis, S. T. D and Fertility

J.C. TARDIEU, F. VIGNON, G. CHABRIER

Before the antibiotic's era, the clinicians have shown the relation between epididymitis and Infertility.

At the moment, venereal diseases are the principal cause of Epididymitis by the young man.

The early diagnosis of the urethral infection (acute or not) associated with a suitable antibiotherapy will allow to protect the fertility.

Key-Words : Epididymis, Epididymitis, S. T. D., Fertility.