

**? Quelle investigation initiale doit-on effectuer et quelle approche clinique doit-on adopter lorsqu'un patient présente de l'hémospermie?**

— Question posée par  
Dre France Pinault, Sainte-Foy

**Avez-vous une question?**

Grâce à la formule de la rubrique *Experts-conseils*, les médecins ont maintenant l'occasion d'interroger leurs collègues spécialistes au sujet de diverses questions relatives à leur pratique quotidienne. Envoyez-nous vos questions à l'aide de la feuille que vous trouverez à côté du *Médi-test* ou écrivez-nous à l'adresse électronique suivante :

**clinicien@sta.ca**

Une tasse *Le Clinicien* sera envoyée aux médecins dont la question sera publiée.

**Dr Fred Saad a répondu :**

L'hémospermie représente un motif de consultation relativement fréquent en urologie. Malgré la grande inquiétude qu'elle provoque, elle est rarement associée à une maladie grave. L'hémospermie survient généralement à la suite d'une activité sexuelle intense et elle est due à une inflammation non spécifique de la prostate et/ou des vésicules séminales. Elle peut également être iatrogénique, par exemple après une biopsie de la prostate. Elle peut alors durer plusieurs semaines, mais elle est sans conséquence.

En présence d'hémospermie, il faut rechercher l'hématurie macroscopique ou microscopique et la présence de symptômes urinaires bas (dysurie, brûlements mictionnels, orchialgie, douleurs lors de l'éjaculation, etc.) pouvant être associés à une infection. Il est également important de procéder à une investigation de ces signes et de ces symptômes s'ils sont présents. L'évaluation doit aussi inclure un toucher rectal et un dosage d'antigènes prostatiques spécifiques pour s'assurer que l'hémospermie n'est pas due à un cancer de la prostate (cela se produit rarement, mais il s'agit d'une situation possible). Il n'est généralement pas nécessaire de poursuivre une investigation si les éléments mentionnés précédemment sont absents et si l'hémospermie est survenue seulement durant une courte période. Finalement, il est important de rassurer le patient et sa conjointe en les informant que cette inflammation n'est pas tellement grave.

*Dr Fred Saad est urologue-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.*

## ? **Quel traitement est recommandé dans le cas d'un patient qui présente un écoulement purulent d'une oreille, avec ou sans la présence d'un tube transtympanique?**

— Question posée par  
Dre Odile Trudel, Laval

### **Dr Yanick Larivée a répondu :**

Cette question est fréquemment posée lors de conférences qui traitent de l'otite pédiatrique. En présence d'une otorrhée, il est d'abord important de poser le bon diagnostic. S'agit-il d'une otite externe simple, d'une otite moyenne aiguë avec perforation ou d'une otorrhée tubulaire? Ensuite, le médecin doit nettoyer le conduit auditif externe et prescrire des gouttes antibiotiques au patient.

Cette inflammation ne représente pas un problème pour un oto-rhino-laryngologiste (ORL), car celui-ci possède un équipement complet pour diagnostiquer et traiter les écoulements purulents, avec présence ou non d'un tube transtympanique : un microscope et une succion font toute la différence. Par contre, cet équipement n'est généralement pas disponible pour l'omnipraticien.

Avec un peu d'expérience et quelques petits « trucs » partagés avec ses confrères, l'omnipraticien peut toutefois parvenir à traiter efficacement la plupart des problèmes d'otorrhée purulente (avec ou sans tube transtympanique).

L'otite externe est une inflammation différente qui ne sera pas discutée dans cette rubrique. Il est plutôt question d'otorrhée en présence d'otite moyenne aiguë ou de tube transtympanique.

Dans le cas d'otite moyenne aiguë, avec laquelle il y a perforation du tympan, un nettoyage doux effectué à l'aide d'une seringue (le plus simple : gelco numéro 16 avec seringue 10 ou 20 cc) avec de l'eau à la température de la pièce (avec ou sans une petite quantité de peroxyde) est recommandé, car on retire ainsi la majeure partie de la matière purulente présente dans l'oreille. Des gouttes antibiotiques topiques doivent ensuite être prescrites pour une durée de cinq à sept jours afin de stériliser le conduit auditif. Plusieurs antibiotiques sont disponibles pour ce traitement : Garasone [bétaméthasone] ou Sofracort [dexaméthasone/framycétine] à raison de trois gouttes, trois fois par jour, ou Cipro-HC [pour les enfants âgés de deux ans et plus], à raison de trois gouttes, deux fois par jour. L'utilisation de préparations contenant des stéroïdes topiques possède une efficacité plus rapide pour traiter plusieurs symptômes, selon certains experts. La ciprofloxacine représente l'antibiotique le plus sécuritaire, mais les ORL rencontrent rarement des complications ototoxiques avec les autres antibiotiques, lorsqu'ils sont bien

utilisés. Nonobstant le manque de consensus à ce sujet, un traitement aux antibiotiques administrés par voie orale est souvent ajouté si les symptômes de l'otite moyenne aiguë sont modérés ou graves. En l'absence de réponse clinique après trois ou quatre jours de traitement, le patient devra être référé en ORL pour entreprendre un nettoyage complet du conduit avec culture et antibiogramme. Il est important de mentionner quelles gouttes auront alors été utilisées.

Dans le cas d'otorrhée sur tube transtympanique, la même procédure de traitement doit être appliquée. Les gouttes seules, sans traitement systémique, s'avèrent souvent efficaces. S'il apparaît une douleur plutôt importante lors du nettoyage, il est recommandé de cesser tout afin d'éviter de déplacer le tube. En l'absence de réponse clinique après trois ou quatre jours de traitement ou si un doute existe quant au mauvais positionnement du tube, un rendez-vous en ORL pour effectuer un nettoyage du conduit, une culture, un antibiogramme et une vérification de la fonction du tube est à considérer. *Clin*

*Dr Yanick Larivée est spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgien de la tête et du cou, Centre Hospitalier de Granby.*