

VII. INFECTIONS URINAIRES MASCULINES

1. Diagnostic

1.1. Diagnostic clinique

Les IU masculines sont très hétérogènes, des formes peu symptomatiques sans fièvre jusqu'au choc septique. Cette diversité justifie de moduler la prise en charge initiale en fonction des signes cliniques.

Cependant, aucun test diagnostique non invasif ne permet d'écarter une infection prostatique, qui doit donc être prise en compte dans la prise en charge ultérieure (choix des antibiotiques, durée de traitement, bilan urologique).

1.2. Diagnostic biologique

BU et ECBU

La BU est conseillée à la phase initiale de la prise en charge [Accord professionnel].

Au cours des IU masculines, la détection de leucocytes et/ou de nitrites urinaires a une forte valeur prédictive positive (>85%) et conforte le diagnostic en présence de signes cliniques évocateurs (II-B).

L'ECBU, prélevé avant toute antibiothérapie, doit systématiquement être réalisé : pour écarter formellement le diagnostic lorsque la BU ne détecte ni leucocytes ni nitrites; pour documenter l'infection lorsque la BU est positive (IV-C).

Le seuil de bactériurie dans les IU masculines est fixé à 10^3 UFC/ml (IV-C).

Hémocultures

La réalisation d'hémocultures, prélevées avant toute antibiothérapie, n'est recommandée qu'en cas de fièvre (IV-C).

PSA

Le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) n'est pas recommandé pour le diagnostic initial (IV-C).

1.3. Imagerie initiale

Une échographie des voies urinaires par voie sus-pubienne est recommandée en urgence (< 24h) en cas de douleur lombaire, lorsqu'une rétention aiguë d'urine est suspectée, ou dans des contextes particuliers (antécédent de lithiase des voies urinaires, sepsis grave...) [Accord professionnel]. L'échographie par voie endorectale est contre indiquée à la phase aigüe en raison de son caractère très douloureux.

Lorsque l'évolution est défavorable après 72h de traitement antibiotique, (persistance de la fièvre sans amélioration clinique, apparition de signes de gravité), une imagerie est recommandée pour rechercher une complication (notamment abcès prostatique ou extension périprostatique), soit par IRM de la prostate soit par échographie par voie endo-rectale si elle possible [Accord professionnel].

Le scanner est un examen moins performant par rapport à l'IRM pour l'examen de la prostate, mais présente un intérêt pour l'exploration du reste de l'appareil urinaire.

2. Traitement (Algorithme 1)

2.1. Hospitalisation ou traitement ambulatoire ?

Une prise en charge hospitalière initiale est recommandée en cas de signes de gravité (sepsis grave ou choc septique, indication de drainage chirurgical ou interventionnel), de rétention aiguë d'urines, ou d'immunodépression grave. Elle peut parfois être indiquée au cas par cas s'il existe des facteurs de risque de

complication surajoutés (âge avancé, uropathie, déficit immunitaire non grave, insuffisance rénale grave avec clairance <30 ml/min).

Comme pour les PNA, certaines situations requièrent également une hospitalisation :

- forme hyperalgique,
- doute diagnostique,
- vomissements rendant impossible un traitement par voie orale,
- conditions socio-économiques défavorables,
- doutes concernant l'observance du traitement
- traitement par antibiotiques à prescription hospitalière (infection à EBLSE, polyallergie...).

Dans les autres situations, une prise en charge ambulatoire est possible (IV-C).

2.2. Traitement antibiotique

S'agissant d'une IU à risque de complication, avec des taux de résistance accrus, il est proposé dans les formes pauci-symptomatiques d'attendre le résultat de l'ECBU pour débiter l'antibiothérapie, afin de traiter une infection documentée d'emblée (IV-C).

Dans les autres situations, une antibiothérapie probabiliste doit être instaurée dès les prélèvements bactériologiques réalisés (Algorithme 1).

• Traitement probabiliste

IU masculine fébrile, ou rétention aiguë d'urine, ou terrain d'immunodépression grave

En raison du caractère très symptomatique, ou d'un terrain à risque accru de complication, l'antibiothérapie probabiliste doit être débutée sitôt les prélèvements bactériologiques réalisés.

L'antibiothérapie probabiliste recommandée est **similaire à celle des PNA** (IV-C) :

- dans la majorité des cas, identique aux PNA à risque de complication
- en cas de sepsis grave, choc septique, indication de drainage urologique ou interventionnel : identique aux PNA graves.

IU masculine sans fièvre ni rétention aiguë d'urine, ni immunodépression grave

Le traitement antibiotique est à différer autant que possible jusqu'au résultat de l'ECBU, pour un traitement documenté d'emblée [Accord professionnel].

Lorsque le traitement antibiotique ne peut être différé, en raison par exemple d'une mauvaise tolérance des signes fonctionnels urinaires, **l'antibiothérapie peut être probabiliste**, débutée sitôt l'ECBU réalisé. Les modalités sont similaires à celles des PNA à risque de complication sans signe de gravité (IV-C).

• Traitement documenté

Fluoroquinolones

La ciprofloxacine, la lévofloxacine et l'ofloxacine (par ordre alphabétique) sont les molécules de référence pour le traitement des IU masculines (II-B) : **leur diffusion prostatique est excellente, et leur efficacité sur souche sensible bien démontrée.**

A la différence des IU de la femme, **les fluoroquinolones sont à privilégier pour le traitement des IU masculines documentées à bactérie sensible**, même lorsque d'autres molécules à spectre plus étroit sont disponibles, en raison de l'importance de la diffusion prostatique.

Triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMX)

Le TMP-SMX est une alternative aux fluoroquinolones pour le traitement des IU masculines **dues à une bactérie sensible** (IV-C) : sa diffusion prostatique est très bonne, mais les données cliniques d'efficacité sont moins nombreuses.

Autres molécules / Infection documentée à EBLSE

Lorsque les fluoroquinolones ou le TMP-SMX ne peuvent être utilisés (contre-indication, résistance), le choix est guidé par l'antibiogramme et les données de diffusion prostatique [Accord professionnel].

Le céfixime, l'amoxicilline – acide clavulanique, la fosfomycine-trométamol, la nitrofurantoïne n'ont pas de place dans le traitement des IU masculines en relais ou en traitement probabiliste, en raison d'une diffusion prostatique insuffisante. La témocilline peut être proposée en l'absence d'alternative.

- Durée de traitement

L'échec thérapeutique peut être favorisé par une durée du traitement insuffisante, ou par l'absence de correction d'un trouble urologique sous-jacent (*IV-C*).

Aucune donnée ne permet à ce jour de moduler la durée de traitement en fonction de la présentation clinique initiale.

Une durée de traitement minimale de 14 jours est recommandée pour les infections traitées par fluoroquinolones ou TMP-SMX, même chez les patients pauci-symptomatiques (*IV-C*).

Une durée de traitement d'au moins 21 jours doit être discutée [Accord professionnel]:

- en cas de trouble urinaire sous-jacent préexistant ou ne régressant pas sous traitement antibiotique.
- lorsque d'autres facteurs de risque de complication sont associés (lithiase des voies urinaires, immunodépression...)
- lorsque le traitement fait appel à d'autres molécules que les fluoroquinolones ou le TMP-SMX.

2.3. Traitement urologique

En présence d'une rétention aiguë d'urine, le drainage des urines est impératif. Il peut être réalisé par cathétérisme sus-pubien ou par voie urétrale (*IV-C*).

En présence d'un abcès prostatique, le traitement antibiotique est à lui seul le plus souvent efficace. Le drainage chirurgical est à discuter en cas d'évolution défavorable malgré une antibiothérapie adaptée.

2.4. Bilan ultérieur

En cas d'évolution favorable, il est recommandé de ne pas prévoir d'ECBU de contrôle systématique, ni sous traitement, ni à distance de la fin du traitement, puisqu'une colonisation persistante ne serait pas traitée [Accord professionnel].

Un ECBU sous traitement antibiotique est recommandé en cas d'évolution défavorable (en particulier, persistance de la fièvre au-delà de 72 h malgré une antibiothérapie adaptée) [Accord professionnel].

Lors d'un premier épisode d'IU masculine aiguë, l'interrogatoire et l'examen clinique doivent être détaillés pour rechercher une anomalie anatomique et/ou fonctionnelle des voies urinaires (notamment vésico-prostatique): pollakiurie, miction impérieuse, diminution de la force du jet, nycturie, dysurie, ou anomalie au toucher rectal (*IV-C*).

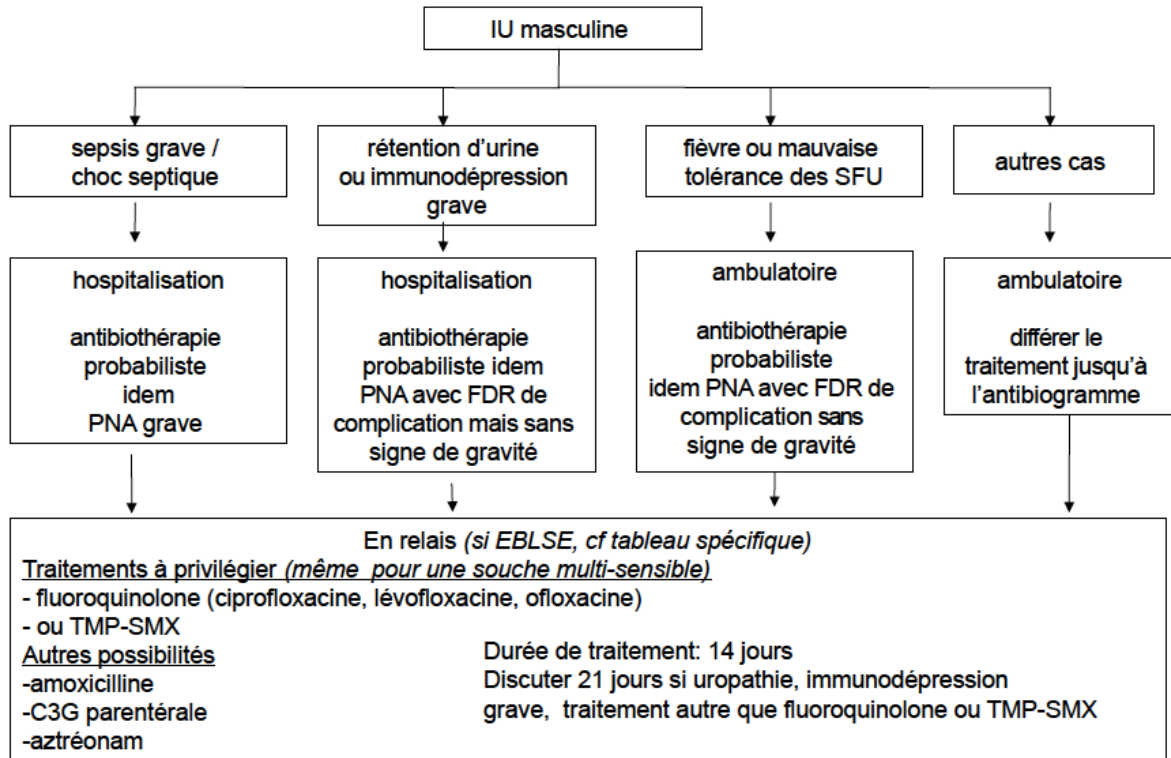
Dès le deuxième épisode, ou si une anomalie des voies urinaires est suspectée (et notamment après 50 ans), une échographie des voies urinaires avec quantification du résidu post-mictionnel, une consultation d'urologie, et selon les cas une débimétrie urinaire sont recommandées [Accord professionnel].

Ce qui est nouveau :

- la place de la bandelette urinaire dans le diagnostic
- le traitement différé des IU masculines pauci-symptomatiques
- la précision des critères d'hospitalisation
- les recommandations spécifiques de traitement en cas d'IU masculine à EBLSE
- l'absence d'ECBU de contrôle systématique
- les recommandations d'explorations urologiques complémentaires

3. Algorithmes

Algorithme 1: Prise en charge d'une infection urinaire masculine



IU MASCULINE SANS SIGNE DE GRAVITE : Traitement probabiliste

β-lactamines – céphalosporines	Céfotaxime	Voie injectable (IM ou IV) : 1 g x 3/jour, voire 2 g x 3/jour	21 jours (si poursuivi après antibiogramme)
	Ceftriaxone	Voie injectable (IM ou IV ou SC) : 1 g x1/jour, voire 2 g x1/jour	
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 mg PO x 2/jour, si IV : 400 mg x 2 /jour	14 jours 21 jours si troubles urinaires vésico- prostatique ou autre facteur de complication associée
	Lévofloxacine	500 mg PO x1/jour, si IV même posologie	
	Ofloxacine	200 mg PO x2 /jour, si IV : même posologie Patient obèse : 600-800 mg/jour	
Monobactams	Aztréonam	Voie injectable (IV ou IM) : 2 g x 3/jour	21 jours
Aminosides (monothérapie)	Amikacine	Voie injectable (IV ou IM) : 15 mg/kg X1/jour	
	Gentamicine	Voie injectable (IV ou IM) : 3 mg/kg x 1/jour	
	Tobramycine	Voie injectable (IV ou IM) : 3 mg/kg x 1/jour	
Aminosides (si allergie ou intolérance aux autres molécules)	Gentamicine	Voie injectable (IV ou IM) : 3 mg/kg x 1/jour	Jusqu'à 5-7 jours en monothérapie avant relais par une autre molécule selon antibiogramme, durée totale 21 jours
	Tobramycine	Voie injectable (IV ou IM) : 3 mg/kg x 1/jour	
	Amikacine	Voie injectable (IV ou IM) : 15 mg/kg x 1/jour	

IU MASCULINE AVEC SIGNES DE GRAVITE : Traitement probabiliste

Idem + Aminosides	Amikacine	Voie injectable (IV ou IM) : 30 mg/kg x 1/jour	1-3 jours en bithérapie avant relais par une autre molécule selon antibiogramme, durée totale 14 jours si fluoroquinolone ou TMP-SMX, 21 jours si autre molécule, ou trouble urinaire vésico-prostatique ou autre facteur de complication associé
-------------------	-----------	---	---

IU MASCULINE RELAIS : à privilégier après obtention de l'antibiogramme

Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 mg PO x 2/jour, si IV : 400 mg x 2 /jour	14 jours ; 21 jours si trouble urinaire vésico-prostatique ou autre facteur de complication associé
	Lévofloxacine	500 mg PO x1/jour, si IV même posologie	
	Ofloxacine	200 mg PO x2 /jour, si IV : même posologie Patient obèse : 600-800 mg/jour	
Triméthoprim + sulfamide	Triméthoprim- sulfaméthoxazole	Dosage « forte » (TMP 160 mg + SMX 800 mg): 1 cp PO x 2/jour	