

# INFECTIONS URINAIRES MASCULINES

## Nouvelles définitions

Le terme d'IU masculine a remplacé celui de prostatite, trop réducteur. Les IU masculines sont cliniquement très hétérogènes, de formes paucisymptomatiques sans fièvre (dites « cystite like » par les anglo-saxons) jusqu'à des formes avec atteinte parenchymateuse évidente pouvant aller jusqu'au choc septique. Dans certains cas l'atteinte prostatique est cliniquement évidente ; ces tableaux peuvent évidemment être qualifiés de prostatite. Dans d'autres cas, les signes dominants sont ceux d'une pyélonéphrite aiguë. Parfois, tout se résume à des signes fonctionnels urinaires sans manifestation systémique.

## Diagnostic clinique :

Une grande variabilité est observée dans la présentation clinique des IU masculines, de formes peu symptomatiques sans fièvre au sepsis avec signes de gravité.

### Le tableau clinique typique associe :

- des signes fonctionnels urinaires : brûlures mictionnelles, impériosité, pollakiurie, dysurie, rétention d'urine, urines troubles,
- des douleurs pelviennes indépendantes de la miction (sus-pubiennes, périnéales, urétrales)
- des signes généraux (fièvre, frissons, malaise). Ces derniers sont parfois très importants .

Parfois tableau clinique pauci-symptomatique (ni fièvre, ni rétention d'urine, ni douleur lombaire) l'atteinte prostatique au cours de ces formes pauci-symptomatiques est incertaine, si bien que certains référentiels, et notamment les recommandations thérapeutiques européennes d'urologie évoquent le diagnostic d'«infection urinaire non compliquée»

**Toucher rectal** : La glande prostatique peut apparaître augmentée de volume, plus ou moins tendue, très douloureuse il peut aussi être normal.

*Les prostatites aiguës peuvent être graves par leur terrain de survenue ou l'importance de leurs manifestations: sepsis grave, choc septique, rétention aiguë d'urine.*

Lors d'un 1er épisode d'IU masculine, interrogatoire et examen clinique doivent être détaillés pour dépister 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.

Dès le 2ème 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 débitmétrie urinaire sont recommandées.

## Diagnostic biologique

**Bandelette urinaire:** en présence de signes fonctionnels urinaires chez un homme, une **BU négative ne permet pas d'écarter le diagnostic d'IU** (faible valeur prédictive négative), tandis qu'une **BU positive conforte la suspicion diagnostique** (forte valeur prédictive positive)ECBU systématique

**ECBU systématique elle documente l'infection et guide le traitement.**

**La BU est conseillée et l'ECBU indispensable.**

L'hémoculture est indiquée en cas de fièvre.

**Ne pas faire de dosage de l'antigène spécifique de prostate (PSA) à la phase aiguë de l'infection** : négatif, il n'exclut pas une infection prostatique ; positif, il ne fait pas la part avant plusieurs mois entre prostatite, hyperplasie ou cancer sous-jacent (normalisation jusqu'à 6 mois après l'infection).

## Examens d'imagerie :

**- Echographie des voies urinaires par voie sus-pubienne en urgence (< 24 h) : en cas de sepsis grave, de suspicion de rétention aiguë d'urines ou de lithiase.** Echographie par voie endorectale déconseillée à la phase aiguë car très douloureuse. A discuter à la phase initiale en cas de suspicion d'abcès prostatique (douleur exquise, évolution défavorable) et alors en alternative à l'IRM, puis à distance à la recherche d'un facteur favorisant à l'IU (adénome, cancer parfois ainsi révélé. . .).

**- IRM de la prostate en première intention** : patient dont l'évolution n'est pas favorable après 72 heures (persistance de la fièvre sans amélioration clinique, apparition de signes de gravité, ... ). Si IRM non réalisable (contre-indication, appareil non disponible, ... ), échographie prostatique par voie sus pubienne, voire un scanner de la prostate.

**Si rétention aiguë d'urine**, le drainage des urines est impératif, pouvant être réalisé par voie urétrale ou par cathétérisme sus-pubien.

**En cas d'abcès prostatique**, le traitement antibiotique est à lui seul le plus souvent efficace ; un drainage instrumental ou chirurgical peut être nécessaire en cas d'évolution défavorable malgré une antibiothérapie adaptée.

### IU sans signe de gravité (Quick-SOFA < 2).

Les IU masculines paucisymptomatiques peuvent relever d'une stratégie d'antibiothérapie différée jusqu'aux résultats de l'antibiogramme, dans l'optique de proposer d'emblée le traitement le mieux adapté ; **en cas de fièvre ou de mauvaise tolérance de la symptomatologie urinaire, une antibiothérapie probabiliste est indiquée.**

#### Si mal toléré OU fièvre OU rétention aiguë d'urines OU autres Facteur de risque de complications:

**Le traitement probabiliste recommandé est :**

**fluoroquinolone per os ou voie injectable si per os impossible :**

- Ciprofloxacine 500 à 750 mg PO x 2/jour, si IV : 400 mg x 2 à 3/jour.
- Lévofloxacine 500 mg PO x1/jour, si IV : 500 mg x1/jour.
- Ofloxacine 200 mg PO x2 à 3/jour, lorsque la souche est documentée sensible.

leur diffusion prostatique est excellente, et leur efficacité sur souche sensible bien démontrée (**sauf si FQ dans les 6 mois**)

**OU**

**Céphalosporine de 3ème génération par voie parentérale (à privilégier si hospitalisation) :**

- Céfotaxime Voie injectable (IM ou IV) : 1 g x 3/jour, voire 2 g x 3/jour
- Ceftriaxone Voie injectable (IM ou IV ou SC) : 1 g x1/jour, voire 2 g x1/jour

Si contre indications : aminoside (amikacine, gentamicine ou tobramycine) ou aztréonam

**Durée de traitement :**

- **14 j si ciprofloxacine, lévofloxacine, cotrimoxazole, β-lactamines injectables.**
- **21 j pour les autres molécules OU si uropathie sous jacente non corrigée.**

### Traitement des infections urinaires masculines documentées.

	Entérobactéries non BLSE	Entérobactéries BLSE
1er choix	ciprofloxacine, lévofloxacine ou ofloxacine	ciprofloxacine, lévofloxacine ou ofloxacine
2ème choix	cotrimoxazole (TMP-SMX)	cotrimoxazole (TMP-SMX)
3ème choix	céfotaxime ou ceftriaxone	Céfoxitine Ou Pipéracilline-tazobactam Ou Témocilline
4ème choix		Imipénème Méropénème Ertapénème (si ≥ 80 kg : 1 g x 2)

### IU Avec signes de gravité (quick-SOFA ≥ 2) OU geste urologique urgent

**Le traitement probabiliste recommandé est :**

- **Pas de choc septique :**

→ **Bithérapie βlactamine +aminoside**

**Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine** (seule l'amikacine est désormais ici préconisée afin de mieux couvrir l'éventualité d'une E-BLSE)

→ Si allergie : **Aztréonam + amikacine**

Aztréonam Voie injectable (IV ou IM) : 1 g x 2/jour, voire 1 g x 3/jour

→ **Si antécédents d'IU/colonisation urinaire à EBLSE < 6 mois, choix selon la documentation microbiologique antérieure :**

- **pipéracilline-tazobactam** en cas d'antécédent de E-BLSE documentée comme sensible à cet antibiotique).

- À défaut, le choix probabiliste reposera sur un carbapénème (**imipénème ou méropénème**) **associé à l'amikacine** ; les carbapénèmes restent le traitement de référence des infections les plus graves à E-BLSE.

- **Présence choc septique**

→ **Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine**

→ Si allergie : **aztréonam + amikacine**

→ **Si antécédents d'IU ou une colonisation urinaire à E-BLSE au cours des 6 mois précédents, mais également la prise d'amoxicilline-acide clavulanique, de C2G, de C3G ou de fluoroquinolone dans les 6 mois, ainsi qu'un voyage en zone d'endémie d'E-BLSE ou hébergement en long séjour doivent faire modifier le schéma d'antibiothérapie probabiliste pour une association **carbapénème + amikacine** Au regard de l'extrême gravité du choc septique, il est recommandé ici d'avoir recours aux carbapénèmes.**

### Traitement ambulatoire ou hospitalier?

Dans la plupart des cas, le traitement est ambulatoire.

**Certaines situations requièrent une hospitalisation :**

- Signe de gravité.
- Forme hyperalgique
- Incertitude diagnostique
- Vomissements rendant le traitement oral impossible.
- Doute concernant l'observance ou la possibilité de surveillance (situation d'isolement).
- Traitement antibiotique à prescription hospitalière (rares situations de polyallergie ou de multirésistance)
- Décompensation d'une comorbidité.

En cas d'évolution favorable, ECBU non nécessaire, ni sous traitement, ni à distance de la fin du traitement.