

Infections urinaires masculines

Recommandations SPILF 2025

Dr Emmanuel Forestier
Maladies infectieuses



- **Le cadre de cette recommandation est le suivant :**
 - **Infections urinaires communautaires de l'homme adulte.**
- **Les infections urinaires dans les situations suivantes ne sont pas traitées :**
 - **Enfant;**
 - **Immunodépression;**
 - **Sonde urinaire (vésicale, urétérale ou néphrostomie);**
 - **Vessie neurologique;**
 - **Infections urinaires nosocomiales;**
 - **Infections urinaires récidivantes.**



C'est parti !



Monsieur Sabrule, 66 ans, vient vous consulter car depuis maintenant 6 jours, il présente de nouveaux symptômes urologiques. En effet, il ressent des **brûlures à la miction**. Il est également gêné par l'apparition d'une **incontinence inhabituelle**.

Ses **antécédents**: HTA, diabète type 2, myélodyplasie.

A l'**examen clinique**, il est apyrétique, l'état général est conservé, il n'y a aucune anomalie notable.



Quel est le diagnostic le plus probable ?



- A. Cystite aigue
- B. Prostatite aigue
- C. Pyélonéphrite aigue
- D. Hypertrophie bénigne de prostate aigue
- E. Cancer de prostate aigue

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ?



- A. Bandelette urinaire**
- B. ECBU**
- C. Hémocultures**
- D. PSA**
- E. CRP**

- **La cystite aigue chez l'homme existe**
- Le diagnostic de cystite bactérienne chez l'homme repose sur:
 - Présence de signes cliniques locaux d'apparition aigüe (brûlures urétrales permictionnelles, pollakiurie, urgenturie, dysurie, nycturie, douleur de l'hypogastre); l'association à ces signes cliniques d'une hématurie macroscopique est possible;
 - Et absence de fièvre ;
 - ET ECBU positif.
- **L'ECBU est le seul examen complémentaire recommandé. La réalisation d'une bandelette urinaire est proscrite.**



Les symptômes sont vraiment pénibles, vous décidez de débuter un traitement antibiotique probabiliste une fois l'ECBU prélevé. Quel(s) traitement(s) peu(ven)t être utilisé(s) en première intention?

- A. Canneberge**
- B. Fosfomycine trometamol**
- C. Pivmecillinam**
- D. Nitrofurantoine**
- E. Cotrimoxazole**

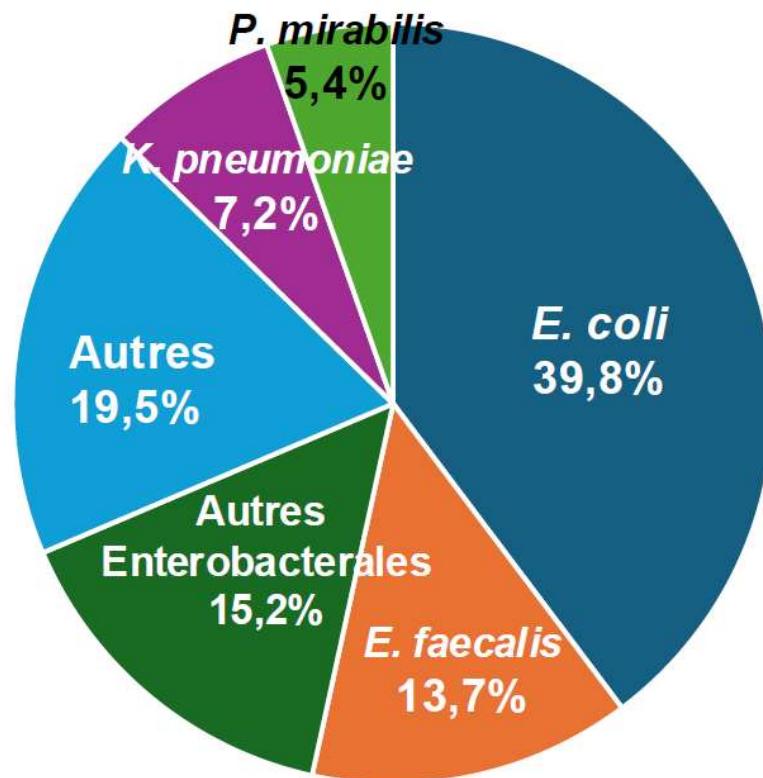
- Traitement probabiliste de la cystite aigue:
 - Par ordre alphabétique: **fosfomycine-trométamol, nitrofurantoïne, pivmécillinam**
- En cas de **bonne tolérance** des signes de cystite ou de diagnostic douteux, il est recommandé de **ne pas prescrire d'antibiothérapie probabiliste**.
- Traitement documenté de la cystite aigue:
 - Par ordre alphabétique: **Amoxicilline, fosfomycine-trométamol, nitrofurantoïne, pivmécillinam, triméthoprime**
 - L'antibiotique débuté en probabiliste doit être poursuivi si l'europathogène y est sensible (y compris en cas d'EB-BLSE) et que la tolérance est bonne.
- Durée: **7 jours** (sauf FT J1-J3-J5)



Recommandations SPILF 2025



Bactéries responsables d'IUM en France



Recommandations SPILF 2025



Espèce bactérienne	Pourcentage de souches résistantes par antibiotique ou classe d'antibiotique (%)											
	AMX	AMC	MEC	PTZ	FOX	C3G	TEM	FQ	AMI	FOS	SXT	FT
<i>E. coli</i>	47,0-53,5	24,0-35,7	6,8-8,9	5,9-6,8	2,2-2,5	4,7-9,3	7,3	16,3-20,2	0,4-0,7	1,4-1,5	25,4-31,5	0,4-0,7
<i>E. coli</i> BLSE	100,0	55,3	14,7	11,5	5,1	100	15,4	78,8	3,6	4,3	61,6	3,0
<i>K. pneumoniae</i>	100,0	20,1-33,0	*	13,4-17,3	**	10,8-24,5	9,2	15,3-27,1	0,9-1,8	*	20,3-26,8	15,6-53,2
<i>P. mirabilis</i>	39,7-42,3	10,4-14,4	*	0,5-0,8	**	1,3-1,5	1,7	13,9-16,6	0,7-0,8	*	29,5-33,5	100

AMX : amoxicilline, AMC : amoxicilline-acide clavulanique, MEC : mécillinam, PTZ : pipéracilline-tazobactam, FOX : céfoxitine, C3G : céphalosporines de 3ème génération, TEM : témocilline, FQ : fluoroquinolones, AMI : amikacine, FOS : fosfomycine, SXT : triméthoprime-sulfaméthoxazole, FT : nitrofurantoïne, BLSE : β-lactamase à spectre étendu.



Pas si simple que ça de traiter une cystite masculine



Vous avez prescrit du MONURIL® à Mr Sabrule. Une heure après votre consultation, vous recevez un coup de téléphone de son pharmacien car il y a plusieurs problèmes:

- A. Vous auriez du informer le patient que le MONURIL® est hors AMM chez l'homme
- B. Vous auriez du le noter sur l'ordonnance
- C. Le MONURIL® n'est pas remboursé chez l'homme
- D. Le pharmacien veut bien le délivrer mais Mr S va donc devoir le payer (4 euros le sachet)
- E. Il aurait mieux valu prescrire du pivmecillinam pour éviter ce problème



Recommandations SPILF 2025



- La plupart des antibiotiques recommandés pour le traitement des cystites masculines n'ont **pas d'AMM** pour cette indication.
- Cela implique que l'Assurance Maladie **ne les remboursera pas** toujours, même si leur intérêt dans cette indication n'est pas remis en cause, et le coût de traitement est minime.
- Il est dès lors indispensable d'en **informer les patients** en cas de prescription et de faire apparaître la **mention « hors AMM, mais prescription selon les recommandations nationales»** sur l'ordonnance.



Aie, ça tourne mal...



L'ECBU revient positif à *Escherichia coli*. L'antibiogramme n'est pas encore disponible, mais vous rappelez Mr Sabrule pour prendre de ses nouvelles. Il vous dit qu'il a de la fièvre à 38.5°C depuis la veille. Vous le voyez donc en urgence, avec un examen heureusement très rassurant.

Que lui proposez-vous?

- A. Un toucher rectal
- B. Un bilan sanguin avec une CRP et des hémocultures
- C. Un bilan sanguin avec le PSA
- D. Une antibiothérapie probabiliste par ceftriaxone IV, IM ou SC
- E. Une échographie abdomino-pelvienne dans les 24 heures
- F. Une hospitalisation en urgence



- La réalisation d'un **toucher rectal** n'est recommandée **qu'en cas de doute diagnostique** entre cystite et prostatite et entre pyélonéphrite et prostatite.
- Le **dosage du PSA** n'est **pas recommandé** pour le diagnostic de prostatite aigue.
- Le dosage des marqueurs inflammatoires, les hémocultures et l'évaluation de la fonction rénale ne sont pas recommandés en cas de prostatite aiguë prise en charge en ville et en l'absence de facteurs de risque d'insuffisance rénale aiguë.
- Une imagerie est recommandée:
 - **En urgence, en cas de sepsis ou choc septique et/ou de suspicion de rétention aigue d'urine**
 - **Dans les 72 heures en cas d'évolution défavorable malgré une antibiothérapie adaptée**

- **Critères d'hospitalisation en urgence**

- **Risque d'évolution vers un sepsis ou choc septiques (au moins 3 critères parmi âge > 65 ans, température > 38°C, PAS ≤ 110 mmHg, FC > 110/min, SaO2 ≤ 95%, troubles récents des fonctions supérieures)**

- **Obstruction urinaire suspectée ou confirmée**

- **Obstruction urinaire suspectée ou confirmée**
 - ➔ A suspecter particulièrement si: antécédent d'uropathie (congénitale ou acquise), antécédent de maladie lithiasique urinaire, douleur intense et/ou persistante malgré la prise d'antalgiques usuels;

- **Autres critères à prendre en compte**

- **Autres critères à prendre en compte**
 - ➔ Prise orale impossible avec risque de non-observance et de déshydratation (troubles de la déglutition, nausées, vomissements, confusion, agitation, contexte social, isolement)
 - ➔ Déclin fonctionnel induit par l'infection ne permettant pas le maintien à domicile
 - ➔ Décompensation de comorbidité nécessitant une hospitalisation (diabète déséquilibré, insuffisance rénale aigüe, déshydratation, décompensation cardiaque...)
 - ➔ Douleur non contrôlée



- **Antibiothérapie probabiliste des prostatites aigues et des pyélonéphrites aigues chez l'homme:**

- **Absence de signe de gravité: céfotaxime ou ceftriaxone**

- ➔ En cas de traitement initié en ambulatoire: ceftriaxone IV, IM ou SC ou levofloxacine ou ciprofloxacine PO (si pas de prise de FQ dans les 6 mois et prise orale possible)

- **Présence de sepsis: céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine 1 dose**

- **Présence de choc septique:**

- ➔ Pas de facteurs de risque d'infection à Enterobacteriales résistantes aux céphalosporines de 3ème génération (C3G) * : céfotaxime ou ceftriaxone et amikacine 1 dose unique
 - ➔ Au moins 1 facteur de risque d'infection à Enterobacteriales résistantes aux C3G*: imipénème ou méropénème et amikacine 1 dose unique

*- Patient vivant dans un EHPAD

- Infection et/ou colonisation à Enterobacteriales résistant aux C3G dans les 3 derniers mois
- Voyage à l'étranger dans les 3 derniers mois
- Prise de fluoroquinolones, amoxicilline-acide clavulanique ou C3G dans les 3 derniers mois



Ca ne s'améliore toujours pas...

Molécules	S/I/R
Amoxicilline	R
AMX / Ac clavulanique	R
Ticarcilline	R
Pipéracilline / Tazobactam	R
Céfoxitine	S
Céfotaxime	R
Ceftazidime	R
Imipénème	S
Ertapénème	S
Amikacine	S
Gentamycine	S
Ofloxacine	R
Ciprofloxacine	R
Trimétho-sulfate	R
Triméthoprime	Ŕ
Nitrofurantoine	R
Fosfomycine	S
Pivmecillinam	R

Vous recevez les résultats de l'antibiogramme. Heureusement, la situation clinique de Mr Sabrule reste bien stable et préfère rester à domicile. Quel traitement antibiotique va sans doute vous proposer votre infectiologue d'avis préféré ?

- A. Céfoxitine IV**
- B. Témocilline IV**
- C. Méropénem IV**
- D. Ertapénem SC**
- E. Fosfomycine trometamol PO**



- Antibiothérapie des prostatites documentées à EB-BLSE
 - Traitement par voie orale possible: par ordre préférentiel : **SXT, ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine**
 - Traitement par voie orale impossible (uropathogène résistant ou contre-indication): traitement par ordre préférentiel : **témocilline, céfoxitine (seulement si E. coli ou Proteus), pipéracilline/tazobactam, imipénème, méropénème, ertapénème**



Ca va enfin beaucoup mieux!



Vous rappelez Mr Sabrule au bout de 5 jours de traitement. Il n'a plus de fièvre depuis 3 jours et se sent « presque guéri ». Comment gérez vous la suite du traitement ?

- A. Ertapénem SC à poursuivre pour une durée totale de 7 jours**
- B. Ertapénem SC à poursuivre pour une durée totale de 14 jours**
- C. Fosfomycine trometamol PO 1/j pour une durée totale de 7 jours**
- D. Fosfomycine trometamol PO 1/j pour une durée totale de 14 jours**
- E. Fosfomycine trometamol PO 1/j 1j/2 pour une durée totale de 14 jours**



- **Antibiothérapie orale des prostatites aigues**
 - **Entérobactéries: Par ordre préférentiel : SXT, FQ (ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine).**
 - ➔ Si résistance ou contre-indication à SXT et FQ et **après retour à l'apyrexie sous antibiothérapie parentérale** : Par ordre préférentiel : fosfomycine-trométamol, amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique.
 - **Entérocoques AMX S: Amoxicilline 1gx3/j**
- **Durée totale d'antibiothérapie**
 - **14 jours**
 - **Sauf si abcès prostatique non drainé (recommandé si $\geq 3\text{cm}$): 21 jours**



Plus jamais ça !

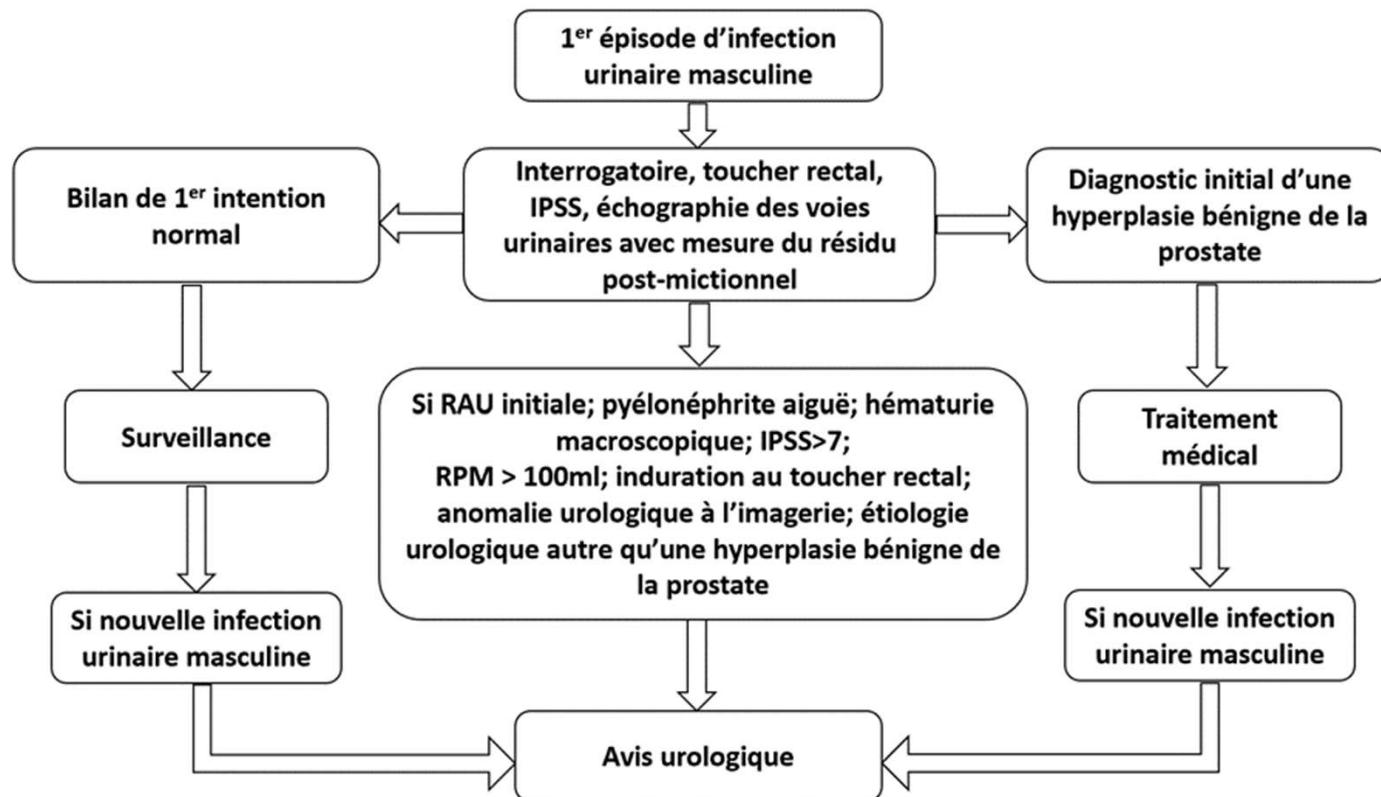


Vous revoyez Mr Sabrule 1 mois après la fin de son traitement antibiotique. Il est en pleine forme et a repris le ski de randonnée. Quel bilan clinique et paraclinique réalisez-vous pour rechercher une pathologie sous-jacente qui aurait pu expliquer cette prostatite aigue?

- A. Aucun
- B. Un interrogatoire pour rechercher une hématurie et des symptômes du bas appareil urinaire
- C. Un score IPSS et un calendrier mictionnel
- D. Un toucher rectal
- E. Un dosage du PSA
- F. Une échographie des voies urinaires avec mesure du résidu post-mictionnel



Recommandations SPILF 2025



- **Pyélonéphrite aigue**
 - **Rare chez l'homme**
 - **Diagnostic: douleur lombaire spontanée ou à l'ébranlement + fièvre**
 - **En systématique: scanner abdomino-pelvien en urgence et bilan urologique à distance**
 - **Antibiothérapie (nature et durée) identique à celle recommandée chez la femme**
- **Epididymite et orchite**
 - **Diagnostic clinique**
 - **Echographie uniquement si doute diagnostique, sur la présence d'un abcès, ou évolution défavorable sous antibiothérapie**
 - **Bilan d'IST systématique chez l'homme sexuellement actif**
 - **Antibiothérapie identique aux pyélonéphrites**
 - **Durée 10 jours**



Messages à ramener chez vous



- La **cystite existe aussi chez l'homme.**
- Le **traitement recommandé est le même que les cystites à risque de comp** de la femme.
- Les **contraintes réglementaires de prescription** des antibiotiques dans ce contexte sont à connaître.
- La **durée d'antibiothérapie d'une prostatite aigue** reste de **14 jours**.
- La place des **βlactamines** et de la **fosfomycine trométamol** en relais oral est élargie.
- Un **bilan clinique et échographique minimal** est indispensable devant toute IUM pour rechercher un **facteur favorisant** sous-jacent.



Merci



Matthieu Lafaurie

SMIT Saint-Louis/Lariboisière



Groupe de recommandations de la SPILF

F. Bruyère, W. Boutfol, Y. Caspar, V. Cattoir, A. Dinh, M. Etienne, E. Forestier, A. Hamon, M. Jonchier, V. Jullien, M. Lafaurie, A. Lefort, P. Lesprit, F. Lemaitre, H. Milacic, V. Orcel, A. Putot, C. Roubaud, B. Soudais, M. Vallée.