

**OBSERVATOIRE DES MÉDICAMENTS, DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DES INNOVATIONS
THÉRAPEUTIQUES – RÉGION CENTRE
- OMÉDIT -**

COMMISSION ANTI-INFECTIEUX	FICHE BON USAGE Traitement des infections urinaires chez l'homme (Prostatites aiguës)	Date de rédaction Octobre 2008 Date de validation au comité stratégique : 09 juin 2009
-------------------------------	--	--

GENERALITES

DÉFINITION

Toute infection urinaire, **hors sondage urinaire**, survenant chez un homme, hors sondage, doit être considérée et traitée comme une **prostatite aiguë** (sauf cas exceptionnel). Elle doit donc être explorée et traitée en conséquence.

Les bactéries sont par ordre de fréquence *E. coli*, *Klebsiella*, entérocoques.

L'antibio résistance étant croissante, les AMINOPÉNICILLINES SEULES, AMOXICILLINE ou le COTRIMOXAZOLE ne doivent plus être utilisés dans cette indication, en traitement probabiliste.

DIAGNOSTIC

- Syndrome fébrile marqué avec frissons, signes fonctionnels urinaires et souvent prostate douloureuse et tendue au toucher rectal (inconstant)
- Bandelette urinaire : valeur d'orientation. Si négative : rechercher une autre étiologie
- ECBU : seuil de bactériurie $\geq 10^4$ CFU/ml mais un ECBU négatif n'élimine pas le diagnostic
- Hémoculture en urgence dans les formes sévères
- Échographie des voies urinaires par voie suspubienne à la recherche d'obstacle
- Si évolution défavorable : IRM prostatique à défaut échographie prostatique (recherche d'abcès) par voie suspubienne ou scanner

REMARQUE : PSA et échographie endorectale sont inutiles

HOSPITALISATION pour les formes sévères

TRAITEMENT DES PROSTATITES AIGÜES NON COMPLIQUÉES

PROTOCOLE : Antibiothérapie en urgence

- CIPROFLOXACINE 500 mg à 750 mg PO 2/jour
- ou OFLOXACINE 200 mg PO 2 à 3/jour (CMI moins basse sur les bacilles Gram négatif)
- Relais adapté à l'antibiogramme : préférentiellement une fluoroquinolone ou du COTRIMOXAZOLE forte 2 cps /j

DURÉE TOTALE DE TRAITEMENT : 3 semaines

SURVEILLANCE

- ECBU de contrôle 4 semaines après l'arrêt du traitement
- Consultation urologique.



TRAITEMENT DES PROSTATITES COMPLIQUÉES

La prostatite peut se compliquer :

- d'une bactériémie
- d'une rétention aiguë d'urines ; le drainage des urines par cathéter sus pubien est classiquement recommandé mais un sondage vésical est possible si pratiqué dans les règles
- d'un abcès de prostate à évoquer devant une symptomatologie persistante malgré une antibiothérapie appropriée avec le plus souvent une zone exquisément douloureuse en toucher rectal, le micro abcès peut répondre au traitement médical. Sinon un drainage par ponction écho guidée ou chirurgical peut être nécessaire en cas d'échec
- d'une épидидymite ou orché-épididymite

PRISE EN CHARGE

Les formes sévères de prostatites aiguës justifient une HOSPITALISATION

PROTOCOLE

Bithérapie initiale, voie parentérale pendant 24 à 72 h

- CEFTRIAXONE : 1g IV / IM / SC 1 /j voire 2 g 1/jour jusqu'à relais oral.
- +
- GENTAMICINE : IV 3 mg/kg en 1 injection à adapter selon la fonction rénale (\leq 3 jours)

en cas d'allergie aux bétalactamines :

- CIPROFLOXACINE : 400 mg IV 2 à 3/j pendant 3 semaines + GENTAMICINE IV 3 mg/kg/j en 1 injection à adapter selon la fonction rénale (\leq 3 jours)
- OFLOXACINE 200 mg IV x 2 à 3 /jour pendant 3 semaines + GENTAMICINE IV 3 mg/kg/j (\leq 3 jours)

NB : Pour des raisons de mauvaise diffusion tissulaire, l'amoxicilline ne doit pas être utilisée même si la bactérie est sensible à l'antibiogramme

Relais oral adapté à l'antibiogramme (préférentiellement une fluoroquinolone ou le COTRIMOXAZOLE FORTE 1 cp x 2 fois/ j jusqu'à 3 semaines si souche sensible).

Demander l'avis du référent en antibiothérapie ou de l'urologue en cas de persistance des signes infectieux après 3 jours de traitement.

DURÉE TOTALE DE TRAITEMENT : 21 jours ou plus selon le tableau clinique (abcès, traitement probabiliste initial inactif...)

SUIVI

- ECBU de contrôle si l'évolution est défavorable notamment persistance de fièvre au-delà de 72 h.
- ECBU entre 4 et 6 semaines après la fin du traitement afin de dépister une éventuelle prostatite chronique, une rechute ou une récurrence

Remarque : Chez l'homme de plus de 50 ans, une prostatite aiguë pouvant être le mode de révélation d'un cancer de la prostate, un dépistage de ce cancer doit être effectué (toucher rectal et PSA). Le dosage des PSA ne doit être réalisé qu'à distance de l'épisode infectieux (au minimum 6 mois).

CRITÈRES DE BONNE PRATIQUE DE PRESCRIPTION

- Vérifier systématiquement sur l'antibiogramme : les quinolones de 2^{ème} génération n'étant pas indiquées en cas de sensibilité à l'acide nalidixique
- Prévenir systématiquement le patient des risques de tendinopathie et de photosensibilité si prescription de fluoroquinolone
- Les quinolones de 2^{ème} génération ne sont pas indiquées en cas de récurrence à l'acide nalidixique où si l'antibiogramme les rend sensibles

Bibliographie

- Recommandations bonne pratique AFSSAPS : diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte – juin 2008