

TRAITEMENT DES INFECTIONS URINAIRES CHEZ L'HOMME (PROSTATITES AIGUËS)

GENERALITES

DEFINITIONS

Prostatite simple : prostatite de l'homme de 15 à 75 ans, sans signe de gravité, sans facteur de risque de complication

Prostatite à risque de complications : prostatite associée à au moins un FDR de complication :

- Anomalie organique ou fonctionnelle de l'appareil urinaire
- Sujet de plus de 75 ans
- Sexe masculin
- Immunodépression
- Insuffisance rénale chronique sévère (Cl creat < 30mL/min)

Prostatite grave : prostatite associée à :

- un sepsis grave (au moins une dysfonction d'organe)
- un choc septique
- une indication de drainage chirurgical ou interventionnel

CRITERES D'HOSPITALISATION

- Signes de gravité
- Rétention
- 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 initiale hospitalière (infection à EBLSE)

FACTEURS DE RISQUES DE β -LACTAMASES A SPECTRE ELARGI (BLSE)

- Colonisation urinaire ou IU à Entérobactérie BLSE < 6 mois
- Antibiothérapie par pénicilline + inhibiteur / C2G ou C3G / FQ < 6 mois,
- Voyage récent en zone d'endémie d'EBLSE
- Hospitalisation < 3 mois
- Vie en long séjour

RECOMMANDATIONS

- La prescription d'une fluoroquinolones dans les 6 mois précédents est une limite à leur utilisation (risque de sélection de souches moins sensibles) → activité sur les souches isolées à vérifier (acide nalidixique S)
- Informer le malade du risque de survenue sous traitement par fluoroquinolones de tendinite, de photosensibilisation

Le traitement antibiotique doit être instauré le plus rapidement possible.

PROSTATITE AIGÜE SIMPLE, SANS SIGNE DE GRAVITE

Examens complémentaires :

- BU + ECBU (leucocyturie $>10^4$ /ml, bactériurie $\geq 10^3$ UFC/ml)
- Échographie des voies urinaires dans les 24 heures en cas de douleur lombaire, de rétention aiguë d'urine suspectée, ou dans des contextes particuliers (antécédent de lithiase des voies urinaires, sepsis grave...)

Antibiothérapie : **monothérapie ambulatoire** – à différer si possible jusqu'à l'antibiogramme

Traitement initial probabiliste (à réévaluer au bout de 72 heures de traitement)

- C3G voie injectable:
 - **Ceftriaxone** IV/IM 1 g/jour
 - **Cefotaxime** IV/IM 1 g x 3/jour
- Ou fluoroquinolones par voie orale d'emblée chaque fois que possible :
 - **Ciprofloxacine** PO 500mg x 2/jour – IV 400mg x 2/jour
 - **Levofloxacine** PO/IV 500mg x 1/jour
 - **Ofloxacine** PO/IV 200mg x 2/jour

→ En cas d'allergie : aminoside en monothérapie (**Amikacine** IV/IM 15mg/kg x 1/jour, **Gentamicine** IV/IM 3mg/kg x 1/jour ou **Tobramycine** IV/IM 3mg/kg x 1/jour) ou **Aztréonam** IV/IM 2g x 3/jour

Chaque posologie est à adapter à la fonction rénale du patient.

Traitement relais : réévaluation thérapeutique et désescalade par VOIE ORALE adaptée à l'antibiogramme

Durée totale de traitement :

7 jours pour β -Lactamines injectables, fluoroquinolones et aminosides

10 jours si relais par un antibiotique par voie orale autre que fluoroquinolone

Suivi :

Pas d'ECBU de contrôle systématique

Si évolution défavorable après 72 h : ECBU + antibiogramme +/- IRM ou échographie par voie endo-rectale

PROSTATITE A RISQUE DE COMPLICATIONS, SANS SIGNE DE GRAVITE

Examens complémentaires :

- BU + ECBU avec antibiogramme, bilan biologique recommandé (CRP, urée, créatinine)
- Tomodensitométrie avec injection (uroTDM) en urgence ou échographie rénale si contre-indications à l'uroTDM

Antibiothérapie :

Traitement initial probabiliste (à réévaluer au bout de 72 heures de traitement) : **monothérapie**

- 1e intention : C3G voie injectable :
 - **Ceftriaxone** IV/IM/SC 1 à 2g /jour
 - **Cefotaxime** IV/IM 1 à 2g x 3/jour
- 2e intention:
 - **Ciprofloxacine** PO 400mg x 2 à 3/jour
 - **Levofloxacine** PO/IV 500mg x 1/jour
 - **Ofloxacine** PO/IV 200mg x 2 à 3/jour

➤ En cas d'allergie : aminoside en monothérapie ou **Aztréonam**

Chaque posologie est à adapter à la fonction rénale du patient.

Traitement relais : réévaluation thérapeutique et désescalade par VOIE ORALE adaptée à l'antibiogramme

Durée totale de traitement :

10 jours, 7 jours pour les aminosides, **> 21 jours** selon la situation clinique (abcès rénal par ex.)

Suivi :

Pas d'ECBU de contrôle sous et après traitement (sauf en cas de lithiase)

Si évolution défavorable après 72 h : ECBU + antibiogramme +/- IRM ou échographie par voie endo-rectale

PROSTATITE AIGUË GRAVE

Examens complémentaires :

- ECBU avec antibiogramme, bilan biologique et hémocultures systématiques
- Tomodensitométrie avec injection (uroTDM) ou échographie voies urinaires si contre-indications à l'uroTDM
- En cas d'obstacle : avis spécialisé pour drainage en urgence des urines en amont de l'obstacle

Antibiothérapie

Traitement initial probabiliste (à réévaluer au bout de 72 heures de traitement) : **Bithérapie probabiliste**
Ceftriaxone 2g/j OU Cefotaxime 2g x 3/j + Amikacine 30 mg/kg /j

En cas d'allergie

Aztréonam + Amikacine 30mg/kg

En cas d'antécédent de colonisation urinaire ou
IU à EBLSE < 6 mois

carbapénème (**Imipénème** ou **Meropénème**)
+ **Amikacine 30mg/kg**

En cas de choc septique, avec au moins un facteur
de risque d'IU à EBLSE

carbapénème (**imipénème** ou **Meropénème**)
+ **Amikacine 30mg/kg**

Chaque posologie est à adapter à la fonction rénale du patient.

Traitement relais : réévaluation thérapeutique et désescalade par VOIE ORALE adaptée à l'antibiogramme

Durée totale de traitement :

10 jours, voire **14** ou **21 jours** selon la situation clinique (abcès rénal)

Suivi :

Pas d'ECBU de contrôle sous et après traitement (sauf en cas de lithiase)

Si évolution défavorable après 72h : ECBU + antibiogramme +/- IRM ou échographie par voie endo-rectale

SOURCES DOCUMENTAIRES

¹Traitement des infections urinaires chez l'homme – Fiche COMED CHRU de Tours, Octobre 2017 (F.Bastides – S.Provot)

²Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte - SPILF 2015