

Infections Urinaires Masculines Aiguës Communautaires de l'Adulte (IUMACA)

Diaporama de la SPILF disponible [ici](#)

Messages clés

- Individualisation de l'entité « cystite de l'homme » = signes fonctionnels urinaires isolés (sans fièvre)
→ Traitement identique à la cystite à risque de complication de la femme (les fluoroquinolones ne sont plus indiquées).
- Individualisation de l'entité « pyélonéphrite aiguë »
→ Scanner systématique dans les 72h (uropathie sous-jacente fréquente)
→ Si germe sensible, relayer par l'amoxicilline à la réception de l'antibiogramme
- En cas de prostatite (SFU + fièvre ou sepsis), la durée de traitement est systématiquement de 14 jours
- Proposition d'un bilan étiologique dès le 1^{er} épisode d'IUMACA

Analyses urinaires

- La BU n'est pas recommandée : ECBU d'emblée
- ECBU positif si :
 - un seul germe retrouvé avec un taux $\geq 10^3$ UFC/mL
 - Et leucocyturie $\geq 30 \times 10^3$ /mL
- **La clinique prime** sur les seuils de leucocyturie et de bactériurie
- L'ECBU n'est pas recommandé devant :
 - une hématurie isolée (sans autre signe d'infection urinaire);
 - des signes généraux non spécifiques du sujet âgé (confusion, dépendance aiguë, altération, chute...) lorsqu'il n'y a pas de signes d'infection urinaire associés et pas de signes de gravité → **temporiser** ; le diagnostic d'IU est un diagnostic d'élimination

Bactérie présente sur un ECBU

Le patient n'a pas de symptôme

Quelle que soit la concentration des bactéries et la leucocyturie sur l'ECBU

= Colonisation urinaire
(ou bactériurie asymptomatique)

Pas d'antibiothérapie
Pas de contrôle de l'ECBU

Le patient a des signes généraux non spécifiques
(asthénie, confusion...notamment chez la personne âgée)

Sans symptôme de cystite

= Bactériurie de signification indéterminée

En l'absence de signe de gravité :
Pas d'antibiothérapie, surveillance clinique, pas de contrôle de l'ECBU

Le patient a des symptômes d'infection urinaire

= infection urinaire

Traitement selon recommandations

Cystite aiguë

Clinique



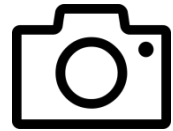
- Signes locaux (brulures per-mictionnelles, pollakiurie, urgenturie, dysurie, nycturie, douleurs de l'hypogastre)
- D'apparition aiguë
- En l'absence de fièvre

Biologie



- ECBU uniquement

Imagerie



- Aucune

Antibiothérapie

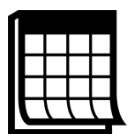


- Antibiothérapie différée à privilégier si possible
- Par ordre préférentiel :
 1. Amoxicilline 1g x3/j
 2. Fosfomycine J1-J3-J5 (*)
 3. Nitrofurantoïne 100mg x3/j (*)
 4. Pivmecillinam 400mg x2/j (*)
 5. Triméthoprim 300mg x1/j

Antibiothérapie probabiliste si symptômes très invalidants

- mêmes molécules que la cystite à risque de complication de la femme :
- Fosfomycine (*) 1 sachet OU Nitrofurantoïne (*) 100mg x3/j OU Pivmecillinam (*) 400mg x2/j

Durée



- 7 jours (sauf fosfomycine)



Ces molécules sont hors AMM - cf. diapo suivante

Molécules hors AMM



- Malgré les recommandations, Fosfomycine, Pivmécillinam et Nitrofurantoïne sont pour le moment hors AMM
- Prévenir le patient qu'il devra payer le traitement en pharmacie.
Pour information, le coût total du traitement s'élève à environ (hors frais de dispensation) :
 - 12€ pour la fosfomycine
 - 6€ pour la nitrofurantoïne
 - 16€ pour le pivmécillinam
- Proposition d'inscription à faire figurer sur l'ordonnance : « Administration hors AMM, validée après information et accord du patient, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques cliniques SPILF 2026 Infections Urinaires Masculines Aiguës Communautaires de l'Adulte »

Prostatite aiguë

Clinique



- Signes cliniques de cystite + fièvre ou manifestations systémiques d'infection
- Toucher rectal : uniquement si doute sur diagnostic entre cystite et prostatite (un TR normal n'élimine pas une prostatite)

Biologie



- ECBU
- Fonction rénale si facteurs de risque d'insuffisance rénale aiguë

Imagerie



- Cas général : aucune imagerie
- Echographie en urgence si suspicion de rétention aiguë d'urines
- En cas de mauvaise évolution clinique à 72h d'antibiothérapie : IRM prostatique ou scanner abdominal injecté

Antibiothérapie



Antibiothérapie probabiliste systématique

- C3G IM ou SC 1g/jour
- OU Ciprofloxacin 500mg x2/j OU Levofloxacin 500mg x1/j (en l'absence de prise de fluoroquinolones dans les 6 derniers mois)

A réception de l'antibiogramme, par ordre préférentiel :

1. Bactrim forte 800/160mg x2/j
2. Ciprofloxacin 500mg x2/j OU Levofloxacin 500mg x1/j OU Ofloxacin 200mg x2/j
3. Fosfomycine 3g/j (*)
4. Amoxicilline 1g x3/j
5. Amox-acide clavulanique 1g x3/j
6. Si relai *per os* impossible : C3G IM ou SC 1g/j

Durée



- 14 jours

Pyélonéphrite aiguë

Clinique



- Douleurs lombaires spontanées ou à l'ébranlement + fièvre ou manifestations systémiques d'infection
- Signes de cystite inconstants

Biologie



- ECBU
- Fonction rénale

Imagerie



- Scanner abdomino-pelvien injecté en urgence si sepsis, douleurs non contrôlées, suspicion d'obstacle des voies urinaires (calcul, tumeur...), présence de matériel endo-urétéral, insuffisance rénale aiguë
- **Scanner abdomino-pelvien injecté systématique dans les 72h** pour éliminer une uropathie (fréquente)

Antibiothérapie



Antibiothérapie probabiliste systématique

- C3G IM ou SC 1g/jour
- OU Ciprofloxacin 500mg x2/j
OU Levofloxacin 500mg x1/j (en l'absence de prise de fluoroquinolones dans les 6 derniers mois)

A réception de l'antibiogramme, par ordre préférentiel :

1. Amoxicilline 1g x3/j
2. Bactrim forte 800/160mg x2/j
3. Amox-acide clavulanique 1g x3/j
4. Ciprofloxacin 500mg x2/j OU Levofloxacin 500mg x1/j
OU Ofloxacin 200mg x2/j
5. Céfixime 400 mgx2/jour
6. Si relai *per os* impossible : C3G IM ou SC 1g/j

Durée



- 7 jours si traitement par bêta-lactamine parentérale et/ou fluoroquinolone et/ou bactrim forte
- 10 jours sinon

Orchi-épididymite aiguë

Clinique



- Tuméfaction, douleur spontanée ou à la palpation de l'épididyme ou du testicule, d'apparition aiguë
- Diagnostic différentiel = torsion du testicule

Biologie



- ECBU
- Recherche *Chlamydia* et gonocoque si homme sexuellement actif, quel que soit l'âge

Imagerie



- Cas général : aucune imagerie
- Echographie scrotale recommandée si doute diagnostic, suspicion d'abcès, persistance de la fièvre ou aggravation des signes locaux après 72h d'une antibiothérapie adaptée

Antibiothérapie



Antibiothérapie probabiliste

- C3G IM ou SC 1g/jour
- OU Ciprofloxacin 500mg x2/j
OU Levofloxacin 500mg x1/j (en l'absence de prise de fluoroquinolones dans les 6 derniers mois)
- Si suspicion IST : cf. Antibioclic®

A réception de l'antibiogramme, par ordre préférentiel :

1. Bactrim forte 800/160mg x2/jour
2. Ciprofloxacin 500mg x2/j OU Levofloxacin 500mg x1/j
OU Ofloxacin 200mg x2/j
3. Amoxicilline 1g x3/j
4. Amox-acide clavulanique 1g x3/j
5. Si relai *per os* impossible : C3G IM ou SC 1g/j

Durée



- 10 jours

Bilan systématique après le 1^{er} épisode d'IUMACA

- Rechercher à l'interrogatoire des symptômes existants avant l'IU :
 - hématurie macroscopique
 - symptômes du bas appareil urinaire (SBAU)
- Calcul du score IPSS (disponible [ici](#))
- Réalisation d'un calendrier mictionnel si SBAU
- Toucher rectal à distance de l'épisode infectieux
- Echographie des voies urinaires avec mesure du résidu post-mictionnel (RPM)



Consultation en urologie recommandée si

- Pyélonéphrite aiguë
- Rétention aiguë d'urine au moment du diagnostic d'IU
- Hématurie macroscopique
- Score IPSS > 7
- Induration au toucher rectal
- RPM > 100 ml et/ou anomalie(s) urologique(s) sur le bilan d'imagerie