

CAS CLINIQUE

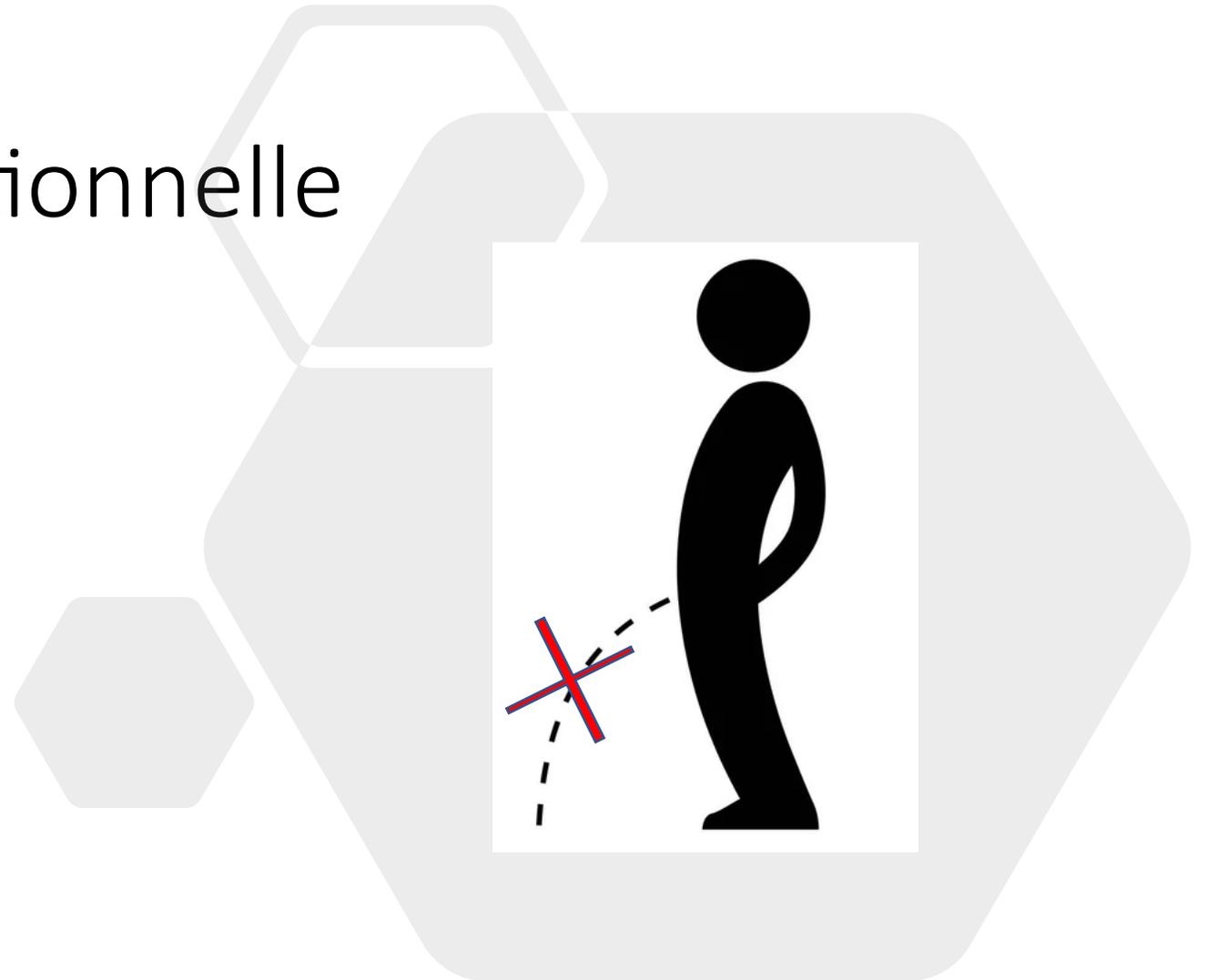
Infection urinaire masculine

Homme de 64ans

Motif : brulure mictionnelle

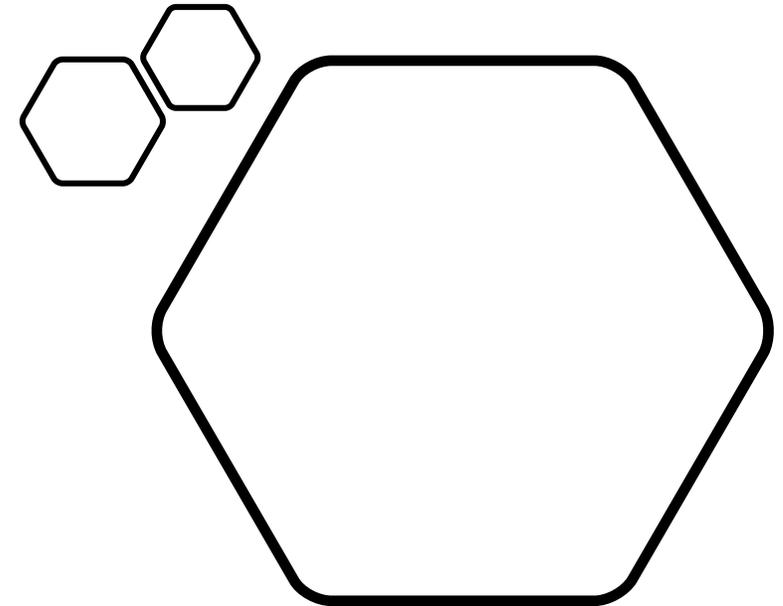
PARAMETRES:

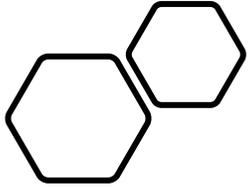
- TA: 157/105
- FC: 120
- SAT: 100%
- TEMPÉRATURE : 36,6 °C



INTERROGATOIRE

- Histoire de la maladie : brûlure mictionnelle depuis 2 jours, miction par regorgement, frissons
- MODE DE VIE : vit à Cayenne , pilote d'hélicoptère
- Pas d'ATCD, pas de traitements



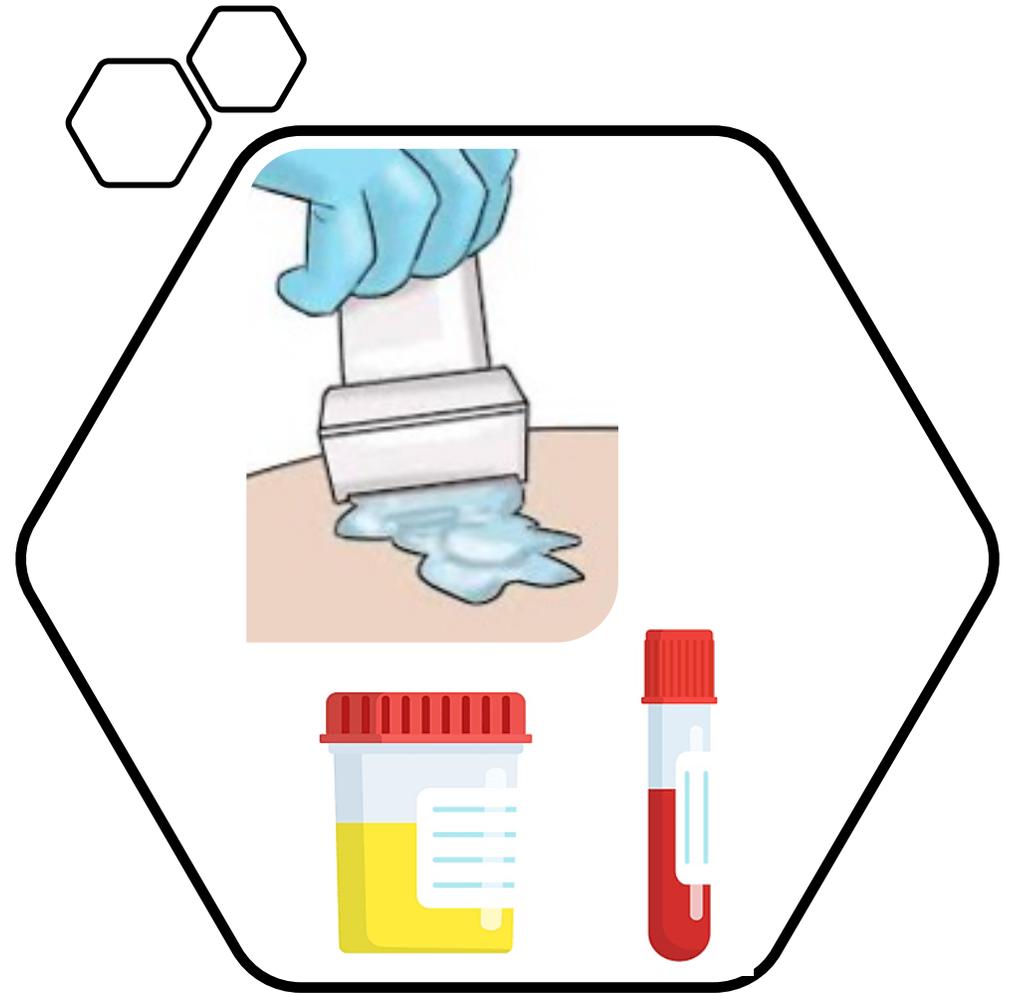


EXAMEN CLINIQUE

- URO/DIG: dysurie à type de brûlure mictionnelle et miction à regorgement. Pas de trouble du transit. Abdomen souple, dépressible, douloureux en hypogastre avec matité sus-pubienne.
- CARDIO : pas de douleur thoracique, BDC régulier, tachycarde sans souffle.
- PULM: pas de toux, eupnéique en AA, MV clair et symétrique.

EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

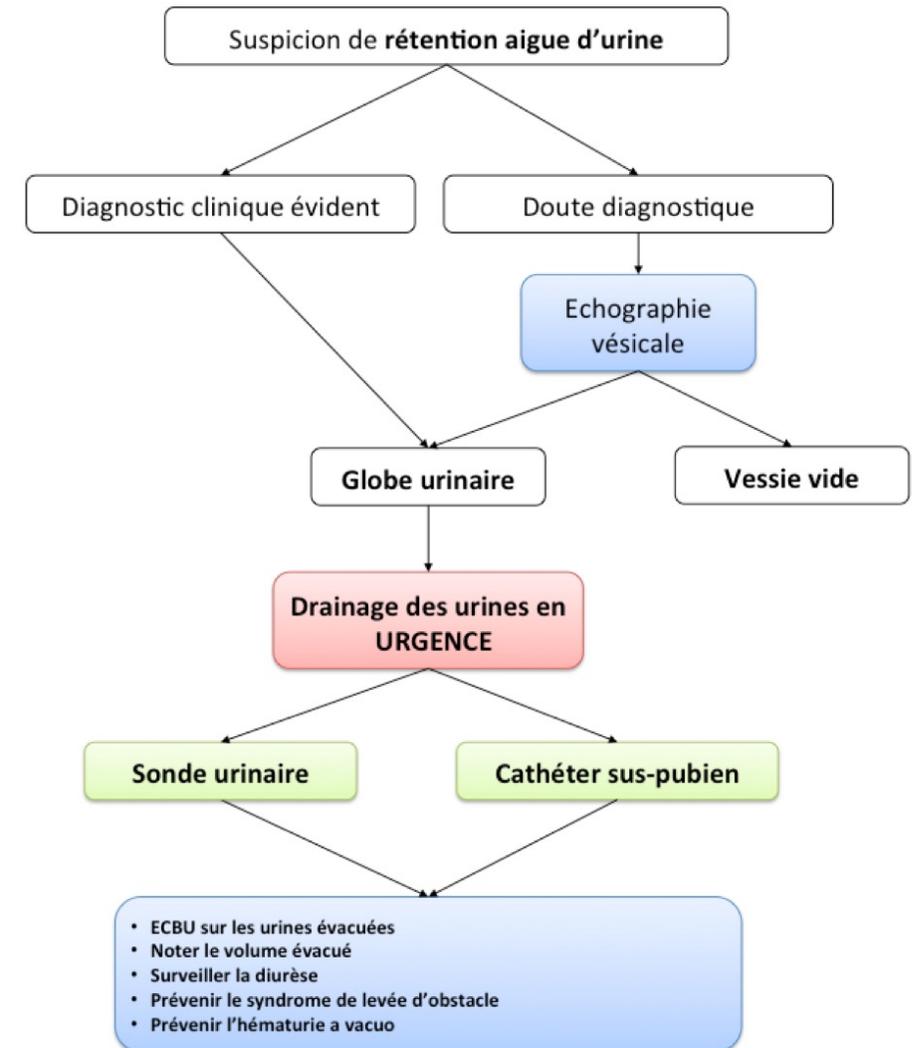
- BU : leuco ++, nitrite +, prot ++, sang ++
- Bladder scan : 800cc
- Biologie



RAPPEL RAU

Définition : L'impossibilité totale et brutale d'uriner malgré la réplétion vésicale.

Prise en charge : Le drainage vésical s'impose en urgence, soit par sondage vésical soit par cathétérisme sus-pubien.



CONTRE INDICATIONS

SONDE URINAIRE

- Sténose urétrale
- Traumatisme de l'urètre
- Rétention fébrile (CI relative)
- Présence d'un sphincter urinaire artificiel

CATHETER SUS PUBIEN

- Absence de globe vésical
- Pontage vasculaire extra-anatomique en région sus-pubienne
- Antécédents de cancer de la vessie
- Hématurie macroscopique
- Troubles de l'hémostase, patients sous anticoagulant
- Cicatrices de laparotomie

BILAN BIOLOGIQUE

Hb : 14,7 g/dL

GB: 15,2 G/L

PNN 14,12 G/L

PN éosinophile: 0,02 G/L

PN basophile: 0,03 G/L

Lymphocytes: 0,58 G/L

Monocytes : 0,46 G/L

Plaquettes: 157 G/L

Na: 127 mmol/L

K: 3,8 mmol/L

Cl: 91 mmol/L

Calcium: 2,32 mmol/L

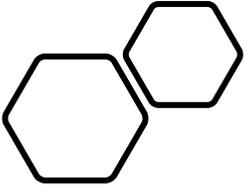
Urée: 3,5 mmol/L

Créat: 59 µmol/L

DFG: 102 mL/min/1,73m²

CRP: 246,7 mg/L





PRISE EN CHARGE

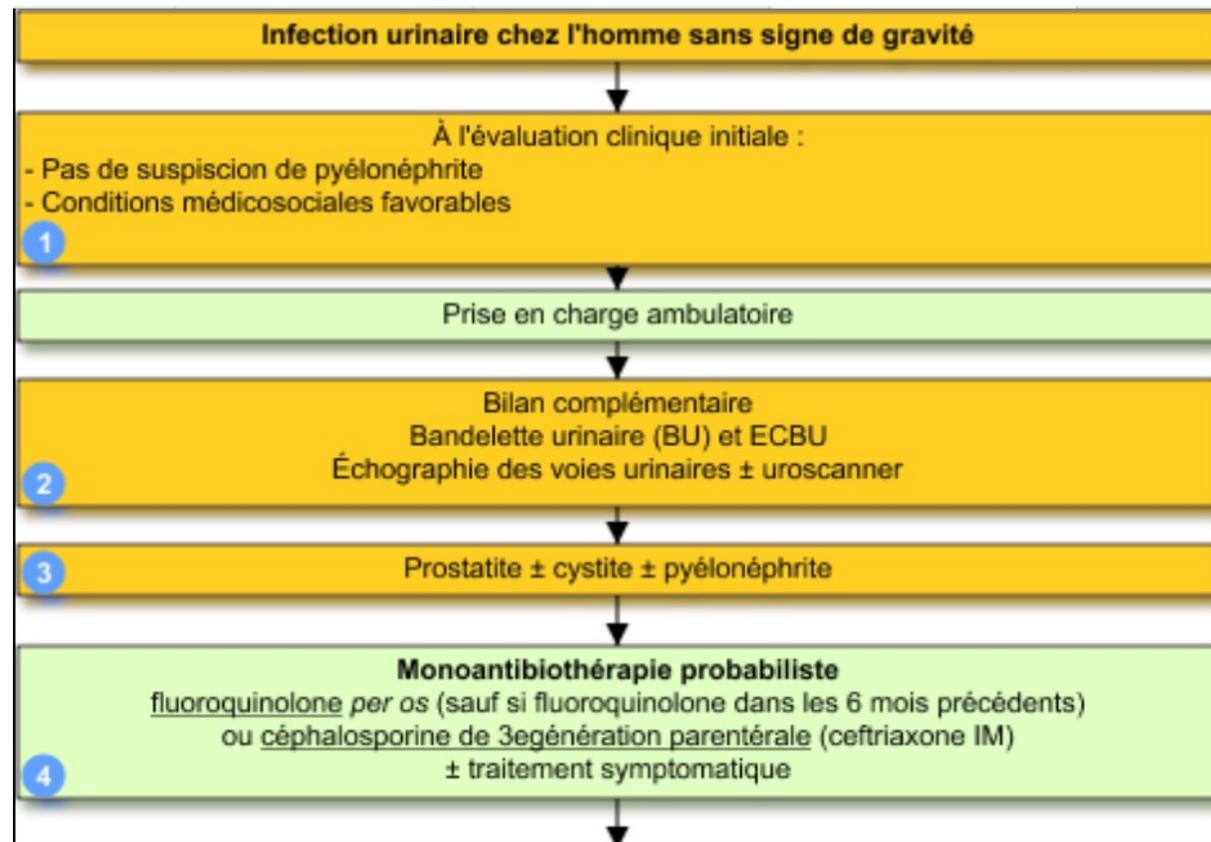
- Antalgique
- Sondage vésical
- Avis urologue :
 - 1g de Céftriaxone en IV
 - RAD avec ciprofloxacine 500mg x2 pendant 3 semaines + tamsulosine LP à 0,4 mg.
 - Retrait sonde urinaire dans une semaine
 - Consultation avec urologue de Kourou dans un mois avec échographie prostatique et dosages PSA



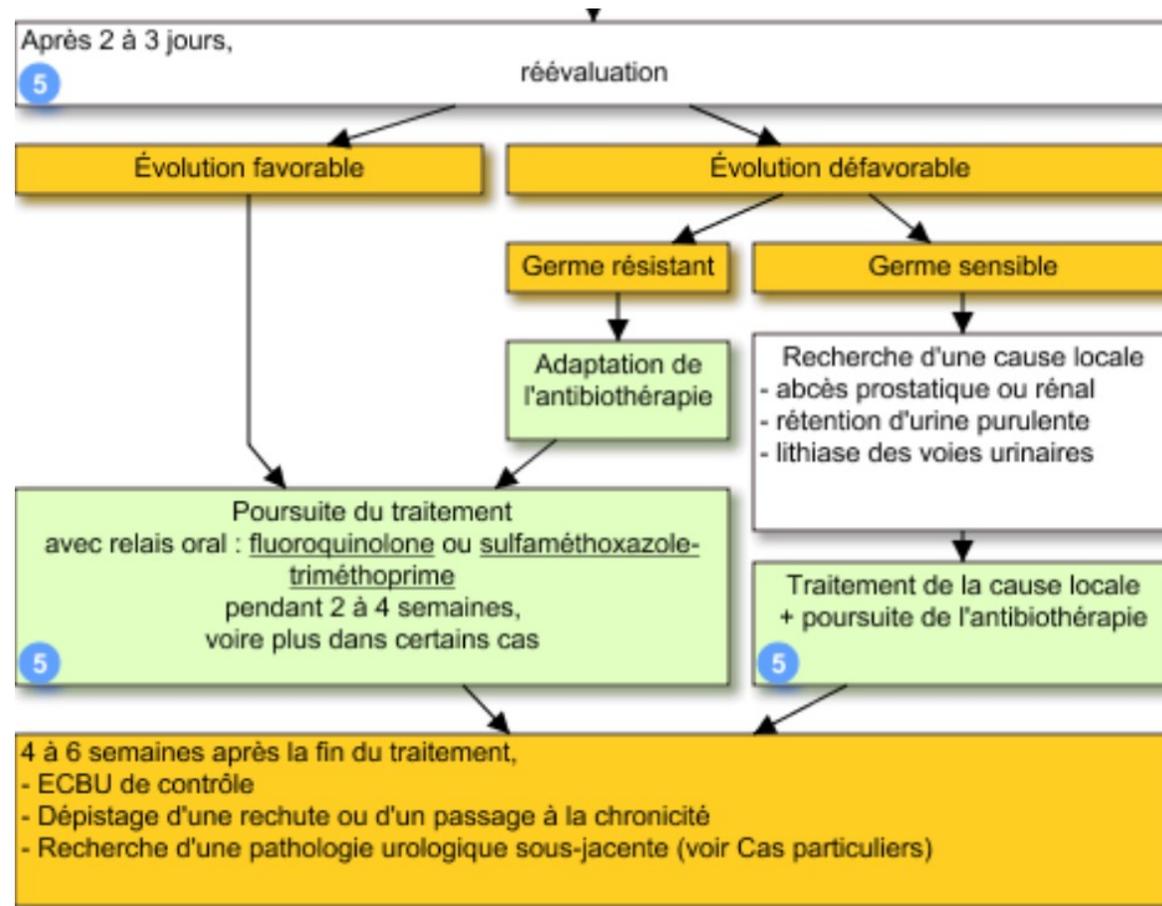
INFECTION URINAIRE MASCULINE

- Prévalence entre 1,5 et 9% de l'ensemble des IU.
- Prédominance des entérobactéries.
- Diagnostic évoqué devant des signes fonctionnels urinaires auxquels peuvent s'ajouter des douleurs pelviennes, une rétention aiguë d'urine et de la fièvre.
- L'atteinte rénale est plus rare que chez la femme.
- La détection de leucocytes et/ou de nitrites urinaires a une forte valeur prédictive positive . (VPP > 90%). La négativité de la BU ne permet pas d'éliminer une infection urinaire.

PROTOCOLE INF URINAIRE MASCULINE



PROTOCOLE INF URINAIRE MASCULINE



RECOMMANDATION SPILF/AFU VS EAU

Tableau 7 Tableau comparatif des recommandations européennes et françaises concernant l'infection urinaire fébrile de l'homme.

Recommandations	SPILF/AFU : IU masculines	EAU : « acute bacterial prostatitis »
BU ECBU Imagerie	Conseillée pour sa VPP > 85 % Systématique Échographie non systématique sauf sepsis grave, RAU, suspicion de lithiase	Conseillée pour sa VPP > 95 % Systématique Échographie non systématique
Lieu de prise en charge	Ambulatoire sauf sepsis grave, drainage, immunodépression grave	Non précisé
Traitement différé	Dans les formes paucisymptomatiques	Systématique
Traitement probabiliste	FQ en 1 ^{re} intention alternative : C3G	C3G ou FQ ± aminoside
Traitement documenté Voie d'administration	Privilégier FQ et TMP-SMX Orale sauf impossibilité	Non précisé Parentérale jusqu'à régression des signes infectieux puis orale
Durée du traitement	14j si FQ ou TMP-SMX ≥21 j si TUBA préexistants, lithiase, abcès, facteur de risque, utilisation d'autres molécules	14 à 28 j
EBLSE	Selon ATBG, sauf céfixime, amox-clav, furanes	Non précisé

ANTIBIOTHÉRAPIE

Tableau 11 : Prise en charge des IUM paucisymptomatiques

Traitement	Molécules	Posologie	Durée de traitement
Adapté	Ciprofloxacine	500 mg x 2 / jour	7 jours*
	Lévofloxacine	500 mg x 1 / jour	
	Ofloxacine	200 mg x 2 / jour	1 jour
	Cotrimoxazole	800/160 mg x 2 / jour	7 jours*
	Céfotaxime	2 g x 1 / jour	
	Ceftriaxone	1 g x 1 / jour	
Adapté <i>En en cas d'infections documentées à EBLSE</i>	Céfoxitine	2 g x 3 / jour	7 jours*
	Pipéracilline / Tazobactam	4 g x 3 à 4 / jour	
	Témocilline	6 g / jour	
	Imipénem ou Méropénem	1 g x 3 / jour	
	Ertapénem	1 g x 1 / jour (si ≥ 80 kg : 1 g x 2 / jour)	

EBLSE = Entérobactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendu

*La durée de traitement des infections urinaires masculines paucisymptomatiques a été réduite à 7 jours lors des recommandations de la SPILF de 2020.

Tableau 12 : Prise en charge des infections urinaires masculines à risque de complication avec qSOFA < 2

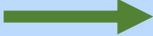
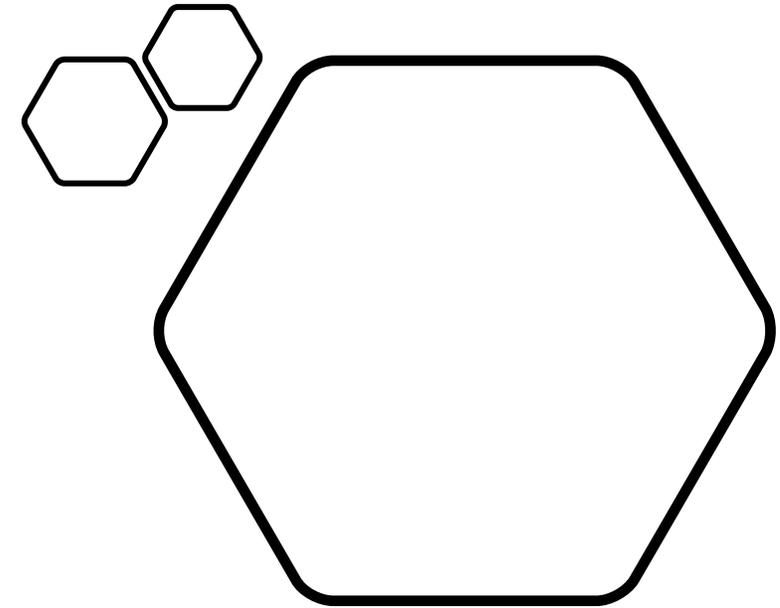
Traitement	Molécules	Posologie	Durée de traitement
Probabiliste  	Ciprofloxacine*	500 mg x 2 / jour	14 jours ou 21 jours si uropathie
	Lévofloxacine*	500 mg x 1 / jour	
	Céfotaxime	2 g x 1 / jour	
	Ceftriaxone	1 g x 1 / jour	
Adapté	Ciprofloxacine	500 mg x 2 / jour	14 jours ou 21 jours si uropathie
	Lévofloxacine	500 mg x 1 / jour	
	Ofloxacine	200 mg x 2 / jour	
	Cotrimoxazole	800/160 mg x 2 / jour	
	Céfotaxime	2 g x 1 / jour	
	Ceftriaxone	1 g x 1 / jour	
Adapté <i>En cas d'infections documentées à EBLSE</i>	Céfoxitine	2 g x 3 / jour	14 jours ou 21 jours si uropathie
	Pipéracilline / Tazobactam	4 g x 3 à 4 / jour	
	Témocilline	6 g / jour	
	Imipénem ou Méropénem	1 g x 3 / jour	
	Ertapénem	1 g x 1 / jour (si ≥ 80 kg : 1 g x 2 / jour)	

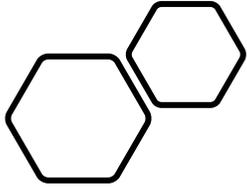
Tableau 13 : Prise en charge des infections urinaires masculines avec qSOFA ≥ 2 sans choc septique

Traitement	Molécules	Posologie	Durée de traitement
Probabiliste	Céfotaxime + Amikacine	2 g x 1 / jour 15-30 mg/kg / jour	Jusqu'à l'adaptation à l'antibiogramme
	Ceftriaxone + Amikacine	1 g x 1 / jour 15-30 mg/kg / jour	
	Aztréonam + Amikacine	1 g x 2 / jour 15-30 mg/kg / jour	
Probabiliste <i>En cas d'antécédent d'infection urinaire / colonisation urinaire à EBLSE < 6 mois</i>	Pipéracilline / Tazobactam + Amikacine	4 g x 3 à 4 / jour 15-30 mg/kg / jour	Jusqu'à l'adaptation à l'antibiogramme
	Imipénem ou Méropénem + Amikacine	1 g x 3 / jour 15-30 mg/kg / jour	
Adapté	Ciprofloxacine	500 mg x 2 / jour	14 jours ou 21 jours si uropathie
	Lévofloxacine	500 mg x 1 / jour	
	Ofloxacine	200 mg x 2 / jour	
	Cotrimoxazole	800/160 mg x 2 / jour	
	Céfotaxime	2 g x 1 / jour	
	Ceftriaxone	1 g x 1 / jour	
Adapté <i>En cas d'infections documentées à EBLSE</i>	Céfoxitine	2 g x 3 / jour	14 jours ou 21 jours si uropathie
	Pipéracilline / Tazobactam	4 g x 3 à 4 / jour	
	Témocilline	6 g / jour	
	Imipénem ou Méropénem	1 g x 3 / jour	
	Ertapénem	1 g x 1 / jour (si ≥ 80 kg : 1 g x 2 / jour)	

RESULTAT ECBU

- Leucocytes 1 128 /mm³
 - Hématies 35/mm³
 - Culture polymicrobienne : 10⁷ UFC/mL
- Enterobacter cloacae



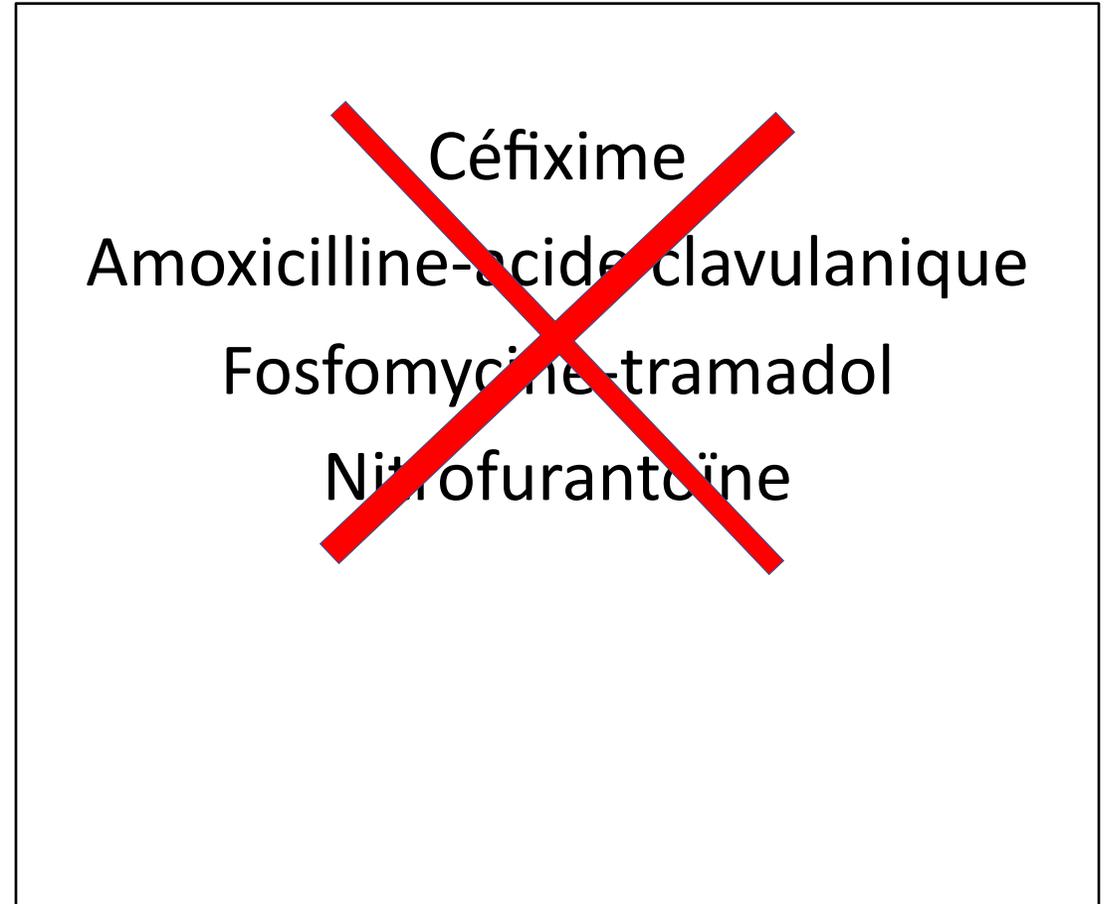


<i>Antibiotiques</i>	<i>Sensibilité</i>	<i>CMI (mg/L)</i>	<i>Commentaire</i>
<u><i>Pénicillines</i></u>			
Ampicilline	Non testé		
Amoxicilline + a.clavulanique	----- Résistant	>16	
Ticarcilline	----- Résistant	>64	
Pipéracilline + tazobactam	----- Résistant	32	
Mécillinam	Non testé		
Témocilline	Sensible	8	
<u><i>Céphalosporines</i></u>			
Céfoxitine	----- Résistant	>32	
Céfixime	----- Résistant	>2	
Céftazidime	----- Résistant	16	
Céftriaxone	----- Résistant	>32	
<u><i>Carbapénèmes</i></u>			
Ertapénème	Sensible	0.25	
<u><i>Aminosides</i></u>			
Amikacine	Sensible	4	
Gentamicine	----- Résistant	8	
<u><i>Fluoroquinolones</i></u>			
Acide nalidixique	----- Résistant	>16	
Ofloxacine	----- Résistant	>4	
<u><i>Divers</i></u>			
Fosfomycine	Non testé		
Nitrofuranes	Sensible à forte dose	64	
Triméthoprim + sulfaméthoxazole	----- Résistant	>160	

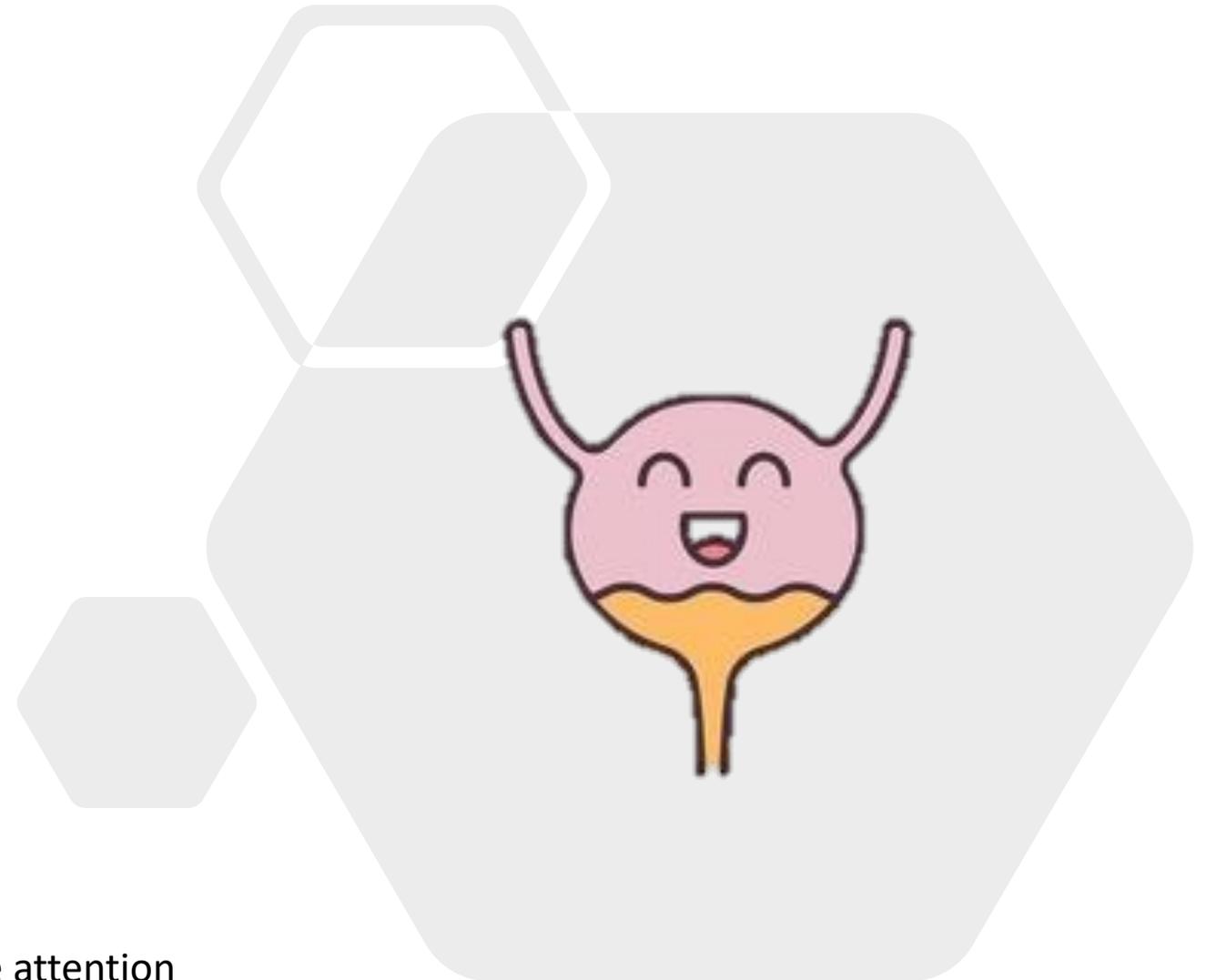
Phénotype : Bétalactamase à spectre étendu (BLSE). Précautions contact.
Résistance croisée aux quinolones

CONCLUSION

- Traitement pouvant être différé :
antibiothérapie d'emblée adaptée à
l'antibiogramme
- Traitement ne pouvant être différé :
antibiothérapie probabiliste puis adaptation à
l'antibiogramme le cas échéant.
- Privilégier les fluoroquinolones ou
cotrimoxazole
- Durée minimum de 14 jours



- Eviter les antibiothérapies abusives.
- Réévaluer à 72h et adapter à l'antibiogramme.
- Ne pas oublier les mesures préventives.



Merci pour votre attention

Bibliographie:

Uro.france.org:

- <https://www.urofrance.org/sites/default/files/fileadmin/documents/data/PU/2020/3247/75321/FR/1374674/main.pdf>
- https://www.urofrance.org/sites/default/files/chapitre_11_item_157_-_ue_6_-_infections.pdf
- <https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2021/11/Item-347-Retention-aigue-durine.pdf>

Audit régionale:

- https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2022/08/20220829_Methodologie-EPP-IU.pdf

Recommandation Vidal:

- <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/infections-urinaires-masculines-3753.html#prise-en-charge>