

# IUMACA

## Infections Urinaires Masculines Aiguës Communautaires de l'Adulte

Mise à jour des recommandations françaises

Staff de médecine polyvalente

28 mai 2026

M. Lafaurie, maladies infectieuses, hôpital Saint-Louis, Paris



# Cadre de la mise à jour IUMACA



## Infections aiguës, communautaires, de l'adulte

Ne sont pas traitées dans cette mise à jour les infections urinaires :

- de l'enfant
- de l'immunodéprimé
- des patients sondés
- des patients neurolésés
- chroniques/récidivantes
- associées aux soins

# Cas clinique

Mr P. 79 ans, brûlures urinaires, urgenturie depuis 5 jours. Pas de fièvre.

ATCD: IDM, hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), traité par alfuzosine.

ECBU: *E. coli* sauvage,  $10^5$  CFU/mL, GB 95000/mL.

**Quelle(s) antibiothérapie(s) est/sont adéquate(s)?**

1. Nitrofurantoïne 7 j
2. Fosfomycine J1-J3-J5
3. Amoxicilline 10 j
4. Ciprofloxacine 21 j
5. TMP-SMX 800 14 j

# Cas clinique

Mr P. 79 ans, brûlures urinaires, urgenturie depuis 5 jours. Pas de fièvre.

ATCD: IDM, hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), traité par alfuzosine.

ECBU: *E. coli* sauvage,  $10^5$  CFU/mL, GB 95000/mL.

Avant de répondre: quelle infection traite t'on?

1. Nitrofurantoïne 7 j
2. Fosfomycine J1-J3-J5
3. Amoxicilline 10 j
4. Ciprofloxacin 21 j
5. TMP-SMX 800 14 j

# Quel est votre diagnostic?

Mr P. 79 ans, brulures urinaires, urgenturie depuis 5 jours. Pas de fièvre.

ECBU: *E. coli*  $10^5$  CFU/mL, sauvage, GB 95000/mL.

ATCD: IDM, hypercholestérolémie, PTH, **Hypertrophie bénigne de prostate (HBP)**

- HBP associée à une bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire)
- Cystite aigue
- Prostatite aigue
- Peur de devenir hystérique en vieillissant
- Urétrite

Mr P. 79 ans, brulures urinaires, urgenturie depuis 5 jours. Pas de fièvre.

ECBU: *E. coli*  $10^5$  CFU/mL, sauvage, GB 95000/mL.

ATCD: IDM, hypercholestérolémie, PTH, **Hypertrophie bénigne de prostate (HBP)**

- HBP associée à une bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire)
- **Cystite aigue**
- Prostatite aigue
- Peur de devenir hystérique en vieillissant
- Urétrite

## Et là?

Mr P. 83 ans, brûlures urinaires, urgenturie depuis 5 jours. Pas de fièvre.

ECBU: *E. coli*  $10^5$  CFU/mL, sauvage, GB 95000/mL.

ATCD: IDM, hypercholestérolémie, PTH, **prostatectomie radicale pour adénocarcinome**

- Vessie hyperactive et bactériurie asymptomatique
- Cystite aigue
- Prostatite aigue
- Hystérie de l'homme au bout de sa vie
- Urétrite

Mr P. 83 ans, brulures urinaires, urgenturie depuis 5 jours. Pas de fièvre.

ECBU: *E. coli*  $10^5$  CFU/mL, sauvage, GB 95000/mL.

ATCD: IDM, hypercholestérolémie, PTH, **prostatectomie radicale pour adénocarcinome**

- Vessie hyperactive et bactériurie asymptomatique
- **Cystite aigue**
- Prostatite aigue
- Hystérie de l'homme au bout de sa vie
- Urétrite

# Cystite

## La cystite aiguë bactérienne existe chez l'homme

- **Diagnostic :**
  - Signes cliniques locaux, diversement associés, d'apparition ou d'aggravation aiguë: brûlures urétrales per-mictionnelles, pollakiurie, urgenturie, dysurie, nycturie, douleur de l'hypogastre. Une hématurie macroscopique associée est possible.
  - Et absence de fièvre
  - Et absence de douleurs lombaires spontanées ou provoquées
  - Et ECBU positif
- L'ECBU est le seul examen complémentaire recommandé pour confirmer le diagnostic de cystite de l'homme.

# Cystite

**Attention, ne sont pas des signes d'infection urinaire quand isolées**

- **Une hématurie macroscopique**
- **Une rétention aiguë d'urine**
- Des urines nauséabondes
- Des urines troubles

# Infections urinaires fébriles de l'homme

## Prostatite aiguë

Association des signes cliniques de cystite, de fièvre et d'un ECBU positif

- **La réalisation d'un toucher rectal n'est pas recommandée** sauf incertitude diagnostique entre cystite et prostatite
- **Le dosage du PSA n'est pas recommandé** pour le diagnostic de prostatite, ni pour décider d'un traitement antibiotique ni pour le suivi d'un patient traité.
- **L'évaluation de la fonction rénale, le dosage des marqueurs inflammatoires et le prélèvement d'hémocultures** ne sont pas recommandés de manière systématique **dans les prostatites aiguës communautaires prises en soin en ville** et en l'absence de comorbidités à risque d'insuffisance rénale aiguë

## Pyélonéphrite aiguë

Association de fièvre, de douleurs lombaires spontanées ou à l'ébranlement, de signes de cystite et d'un ECBU positif, les signes de cystites peuvent être absents.

# Cas clinique

Mr P. 79 ans, brûlures urinaires, urgenturie depuis 5 jours. Pas de fièvre.

ATCD: IDM, hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), traité par alfuzosine.

ECBU: *E. coli* sauvage,  $10^5$  CFU/mL, GB 95000/mL.

**Quelle(s) antibiothérapie(s) est/sont adéquate(s)?**

1. Nitrofurantoïne 7 j
2. Fosfomycine J1-J3-J5
3. Amoxicilline 10 j
4. Ciprofloxacin 21 j
5. TMP-SMX 800 14 j

# Antibiothérapie probabiliste de la cystite de l'homme

- Fosfomycine-trométamol: 1 sachet à J1-J3 et J5
- Ou Nitrofurantoïne 100 mg x3/jour (sauf si DFG connu < 45 mL/min)
- Pivmécillinam: 400 mgx2/jour

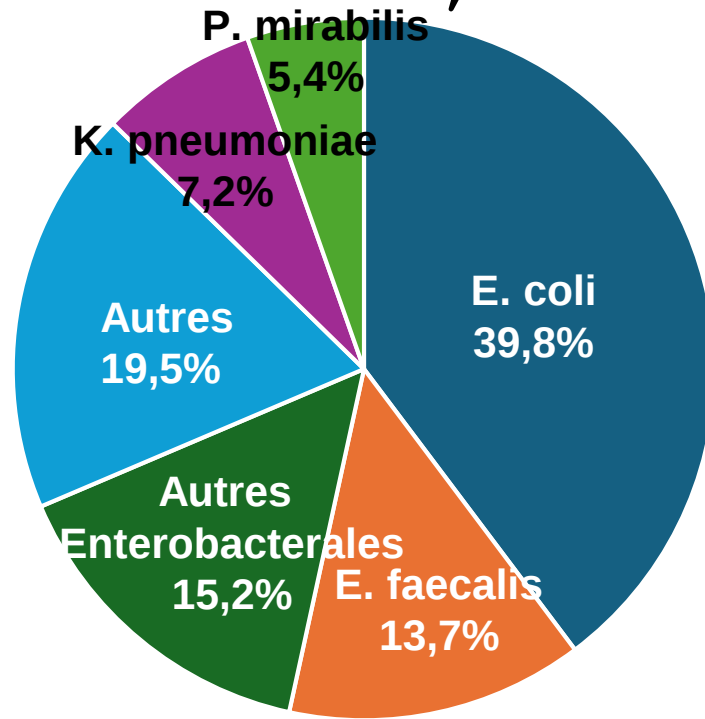
# Antibiothérapie de la cystite de l'homme selon la documentation microbiologique

- L'antibiotique utilisé en probabiliste selon recommandation doit être poursuivi si l'uropathogène est sensible à cet antibiotique sur l'antibiogramme et que l'antibiotique est bien toléré.
- Sinon, l'antibiothérapie doit être adaptée comme suit:

Par ordre alphabétique

- Amoxicilline: 1000 mgx3/jour pendant 7 jours
- Fosfomycine-trométamol : une dose de 3 g à J1, à J3 et à J5
- Nitrofurantoïne : 100 mgx3/jour pendant 7 jours (sauf si DFG connu < 45 ml/min)
- Pivmécillinam: 400 mg x3/jour, pendant 7 jours
- Triméthoprim: 300 mgx1/jour pendant 7 jours

# Données épidémiologie des espèces bactériennes isolées d'ECBU d'hommes, en communautaires, en France



- services d'urgences de 15 centres hospitaliers entre 2019 et 2023
- groupement de LBM privé et de la mission nationale PRIMO
- et à partir de AntibioClic entre 2017 et 2024.

# Résistance, %

|                      | Pourcentage de souches résistantes par antibiotique ou classe d'antibiotique (%) |           |         |           |         |           |      |            |         |         |           |           |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|------|------------|---------|---------|-----------|-----------|
| Espèce bactérienne   | 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  | 16,6-13,9  | 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 3<sup>ème</sup> génération, TEM : témocilline, FQ : fluoroquinolones, AMI : amikacine, FOS : fosfomycine, SXT : triméthoprim-sulfaméthoxazole, FT : nitrofurantoïne, BLSE :  $\beta$ -lactamase à spectre étendu.

\*\* absence de concentration critique

Taux de résistance aux C3G chez les hommes de plus de 65 ans en EHPAD:

évalué à 15-18% chez *E. coli* et 32-36% chez *K.*

# Cas clinique, qui fait quoi?

Homme de 82 ans

ATCD: lymphome en 2017, HTA.

Diagnostic de prostatite aiguë (fièvre à 39°, brûlures urinaires), traité depuis 3 jours par ceftriaxone

ECBU : leucocytes  $10^4/\text{mL}$ ,  $10^5$  *E. coli*/mL, sauvage.

Quel relais antibiotique privilégiez-vous chez le patient devenu apyrétique?

1. Ceftriaxone 1 g/jour SC pour une durée totale de 21 jours de traitement
2. SMX/TMP (800/160 mg) 1-0-1 pour une durée totale de 14 jours de traitement
3. Lévofoxacine 500 mg 1/jour pour une durée totale de 14 jours de traitement
4. Amoxicilline 1 g x 3/jour pour une durée totale de 14 jours de traitement
5. Fosfomycine-trométamol 3 g/jour pour une durée totale de 14 jours de traitement

# Cas clinique

Homme de 82 ans

ATCD: lymphome en 2017, HTA.

Diagnostic de prostatite aiguë (fièvre à 39°, brûlures urinaires), traité depuis 3 jours par ceftriaxone

ECBU : leucocytes  $10^4$ /mL,  $10^5$  *E. coli*/mL, sauvage.

Quel relai antibiotique privilégiez-vous chez le patient devenu apyrétique?

1. Ceftriaxone 1 g/jour SC pour une durée totale de 21 jours de traitement
2. Bactrim 800: 1-0-1 pour une totale de 14 jours de traitement
3. Lévofoxacine 500: 1/jour pour une totale de 14 jours de traitement
4. Amoxicilline: 1 gx3/jour pour un total de 14 jours de traitement
5. Fosfomycine orale 3 g/jour pour un total de 14 jours

# Antibiothérapie probabiliste d'une infection urinaire fébrile de l'homme Prostatite/pyélonéphrite

## ❖ Sepsis:

Céfotaxime IV 6g/jour OU ceftriaxone IV 2g/jour et amikacine 30 mg/kg, dose unique

## ❖ Choc septique\*

- Pas de facteurs de risque d'infection à Enterobacterales résistantes aux C3G \*\* :  
Céfotaxime IV 6g/jour OU ceftriaxone IV 2g/jour et amikacine 30 mg/kg, dose unique
- Au moins 1 facteur de risque d'infection à Enterobacterales résistantes aux C3G\*\* :  
Imipénème IV 3g/jour OU méropénème IV 6g/jour et amikacine 30mg/kg, dose unique

\*Sepsis + défaillance hémodynamique nécessitant un vasopresseur et lactatémie > 2 mmol/l

\*\* Patient vivant dans un EHPAD - Infection et/ou colonisation à Enterobacterales résistant aux C3G dans les 3 mois - Voyage à l'étranger dans les 3 mois - Prise de fluoroquinolones, amoxicilline-acide clavulanique ou C3G dans les 3 mois

# **Antibiothérapie probabiliste d'une infection urinaire fébrile de l'homme Prostatite/pyélonéphrite**

- **Si traitement initié en ambulatoire**

- Ceftriaxone

- ou ciprofloxacin OU lévofloxacin par voie orale

- en l'absence de prises de fluoroquinolones dans les 6 derniers mois et si l'efficacité de la voie orale n'est pas compromise (nausées, vomissements, malabsorption, observance incertaine...)

- **Si traitement initié en milieu hospitalier**

- Céfotaxime OU ceftriaxone

# Antibiothérapie probabiliste d'une infection urinaire fébrile de l'homme Prostatite/pyélonéphrite

ATCD d'infection ou de colonisation à Enterobacterales résistant aux C3G dans les 3 derniers mois

- Si antibiogramme de la souche résistante disponible
  - Traitement initié en ambulatoire : ciprofloxacin ou lévofloxacin ou ofloxacin par voie orale
  - Traitement initié en milieu hospitalier ou résistance ou contre-indication aux fluoroquinolones
    - **Céphalosporinase hyperproduite** : céfépime , témocilline
    - **BLSE**: par ordre préférentiel: témocilline, céfoxitine (seulement si *E. coli* ou *Proteus*), pipéracilline/tazobactam ou sinon imipénème ou méropénème, ertapénème
- Si antibiogramme non disponible

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine 1 dose unique IV

# Antibiothérapie de relais d'une infection urinaire fébrile de l'homme

**Relais oral possible** (pas de contre-indication et bactérie sensible)

- Pyélonéphrite aiguë

Par ordre préférentiel: amoxicilline, SMX-TMP, amoxicilline-acide clavulanique, FQ (ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine).

- Prostatite aiguë

- Par ordre préférentiel : TMP-SMX, FQ (ciprofloxacine OU lévofloxacine OU ofloxacine).
- Si résistance ou contre-indication à TMP-SMX et fluoroquinolones :  
Fosfomycine-trométamol: 1 sachet/jour  
ou en 2ème intention: amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique.

**Pas de relai oral possible** (bactérie résistante ou contre-indication)

- Enterobacterales sensibles aux céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération

Céfotaxime OU ceftriaxone

# Antibiothérapie probabiliste d'une infection urinaire fébrile de l'homme Prostatite/pyélonéphrite

- Enterobacterales résistantes aux céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération

- Céphalosporinase : céfépime 2gx2/j OU témocilline 2gx3/j
- BLSE

par ordre alphabétique: céfoxitine (si *E. coli* ou *Proteus*), pipéracilline-tazobactam, témocilline

À défaut carbapénème: ertapénème 1g/j OU imipénème 1gx3/j OU méropénème 1 gx3/j

# Durée du traitement

- **Pyélonéphrite aiguë**
  - **7 jours**, si le traitement comporte: beta-lactamines par voie parentérale et/ou Fluoroquinolones et/ou TMP-SMX
  - 10 jours sinon
- **Prostatite aiguë**  
**14 jours**

# Pyélonéphrite et prostatite aiguës à Entérocoque

- **E. faecalis**

Amoxicilline

- **Contre-indication à l'amoxicilline et/ou *E. faecium***

Linézolide

FQ (moxiflo, lévoflo) si *E. faecalis*

# Epididymite-orchite aiguës

Le traitement des épидидymo-orchites liées à des bactéries responsables d'infections sexuellement transmissibles n'est pas abordé dans cette recommandation.

Traitement antibiotique probabiliste: identique à celui d'une infection urinaire fébrile

Le relai oral: identique à celui d'une prostatite aiguë (SXT, fluoroquinolones)

En l'absence de documentation et si évolution favorable, choix de l'antibiotique selon recommandations pour une prostatite aiguë

Durée du traitement : 10 jours pour tous les antibiotiques recommandés

# Points forts

- La cystite existe chez l'homme
- Son traitement est de 7 jours, avec antibiotiques utilisés pour traiter la cystite de la femme
- Epidémiologie: *E. coli* est l'uropathogène majoritaire mais dans seulement 40% des infections
- La diffusion des bêta-lactamines dans le compartiment extracellulaire prostatique est favorable
- Leur utilisation pour traiter, en 2<sup>ème</sup> intention, les prostatites aiguës est possible
- Durée de traitement prostatite aiguë: 14 jours

# Groupe de travail IUMACA

- ❖ Association Française d'Urologie, **AFU**
- ❖ Société Française de Gériatrie et Gériatologie , **SFGG**
- ❖ Société Française de Microbiologie, **SFM**
- ❖ Société Française de Médecine d'Urgence, **SFMU**
- ❖ Société Nationale de Médecine Interne, **SNFMI**
- ❖ Société Française de Pharmacologie et Thérapeutique, **SFPT**
- ❖ Société De Pathologie Infectieuses de langue Française, **SPILF**
- ❖ Collège National des Généralistes Enseignants, **CNGE**

# Groupe de travail

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