

## Mots clés :

Infection urinaire ;  
Prostatite ;  
Pyélonéphrite  
[Prostatitis ;  
Pyelonephritis ;  
Urinary tract  
infections]

## Prostatites et pyélonéphrites : traiter ou hospitaliser ?

Ces deux infections urinaires (UI) ont en commun le risque de formes sévères nécessitant parfois l'hospitalisation. Dans la terminologie actuelle (*Bibliomed 667*), la prostatite (chez l'homme, toute « cystite » doit être considérée comme une prostatite) est par définition une IU *compliquée* du fait de la fréquence du risque de complications. *Simple ou compliquée*, l'infection parenchymateuse qui définit la pyélonéphrite aiguë peut s'accompagner d'un *sepsis* grave qui relève de la réanimation. Des synthèses récentes peuvent guider la décision médicale dans ces deux cas particuliers<sup>1-5</sup>.

### Prostatite aiguë

**Le tableau clinique** est celui d'une cystite aiguë<sup>1-5</sup>. La douleur est prostatique ou périnéale (46% des cas), scrotale ou testiculaire (39%) parfois pénienne, vésicale ou lombaire. Le toucher rectal est douloureux, à éviter en cas de forme sévère pour ne pas risquer de bactériémie. La prostatite peut être secondaire à des manœuvres (sondage, test urodynamique, biopsie transrectale) ou à diverses pathologies (hypertrophie prostatique, éjaculation rétrograde, antécédents de MST). Le PSA est déconseillé en phase aiguë (il est élevé et va le rester plusieurs mois), l'ECBU indispensable pour isoler le germe en cause, l'échographie recommandée mais difficile à réaliser (douloureuse).

**L'hospitalisation est le plus souvent justifiée, sauf dans certaines formes modérées.** Une évolution défavorable nécessite des examens complémentaires (IRM si possible à la recherche d'un abcès). Un terrain fragile, un *sepsis* grave avec ou sans choc septique, une rétention aiguë d'urine sont des formes sévères qui nécessitent des hémocultures<sup>1-5</sup>.

**L'antibiothérapie** doit être débutée en urgence avant les résultats de l'ECBU. S'il y a accord sur les médicaments à utiliser et ajuster selon l'antibiogramme (céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération injectable, ou fluoroquinolone per os ou injectable, avec un aminoside dans les formes sévères, sulfa-triméthoprime) ou à éviter (amoxicilline : mauvaise diffusion tissulaire), il y a débat sur la durée du traitement : de 14 à 21 jours en France<sup>2</sup> selon le tableau clinique, à 6 semaines aux USA<sup>5</sup>.

**Un ECBU est recommandé 4 à 6 semaines après la fin du traitement** pour dépister une prostatite chronique (à suspecter en cas de douleur persistante) ou des IU récidivantes avec le même germe<sup>1-3</sup>.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Les IU de l'homme sont le plus souvent des prostatites**, en dehors des formes intriquées avec une anomalie urologique, une lithiase ou autre. Le PSA élevé par le phénomène inflammatoire doit être évité pendant au moins 6 mois. Un ECBU est recommandé 4 à 6 semaines après la fin du traitement pour dépister une rechute ou une récurrence, et une éventuelle prostatite chronique<sup>3</sup>. L'hospitalisation est souvent justifiée, sauf si le contexte clinique le permet.

**Les pyélonéphrites aiguës simples ou compliquées peuvent souvent être traitées à domicile** selon le contexte clinique. Le traitement est le plus souvent de 10 à 14 jours. Le suivi peut être purement clinique pour les formes simples<sup>3</sup>. Il nécessite un avis urologique et souvent une hospitalisation pour les formes compliquées.

### Pyélonéphrites aiguës

**La pyélonéphrite aiguë simple** est une IU fébrile avec douleur à la percussion de la loge rénale, précédée ou non, chez la femme, d'une IU basse. L'ECBU est indispensable, l'échographie rénale et vésicale doit être réalisée dans les 24 h.

Le *traitement probabiliste* peut être une céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération (ceftriaxone ou céfotaxime injectables) ou une fluoroquinolone (orale ou IV), mais ces dernières ont un risque d'échec majoré en cas d'utilisation dans les 6 mois précédents. Après antibiogramme on pourra utiliser amoxicilline, amoxi-clav, céfixime, fluoroquinolone, sulfa-triméthoprime. La durée de traitement est de 10 à 14 jours. Elle peut être réduite à 7 j avec les fluoroquinolones pour les formes débutantes et modérées.

L'*hospitalisation* est conseillée en cas de signes de gravité, *sepsis* sévère, forme hyperalgique, doute diagnostique, impossibilité de réaliser en ambulatoire le bilan nécessaire.

Le *suivi* est clinique, l'ECBU systématique de contrôle n'est pas indispensable<sup>1-3</sup>.

**La pyélonéphrite aiguë compliquée** est une *infection bilatérale ou associée à un obstacle* sur les voies urinaires (calculs ou malformations). Elle doit être évoquée devant une évolution défavorable, une persistance de la fièvre après 48h.

L'*hospitalisation* permet les hémocultures et le bilan radiologique nécessaire (échographie ou urotomodensitométrie, plus sensible pour la détection des calculs et l'évaluation de leur taille).

Le *traitement* est de 10 à 21 jours, avec antibiotiques associés à large spectre selon l'antibiogramme et un suivi prolongé<sup>1-3</sup>.

### Références

- 1- Emonet S et al. Infection urinaire de l'adulte. Rev Med Suisse 2011;7:912-6.
- 2- Afssaps. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte. Juin 2008.
- 3- Caron F. Prise en charge des infections urinaires communautaires de l'adulte : ce qui a change. A propos des recommandations 2008 de l'Afssaps. Presse Med. 2010;39:42-8.
- 4- Grabe M et al. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. 2010.
- 5- Sharp V et al. Prostatitis: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2010;82:397-406.