

IUMACA

Infections Urinaires Masculines Aiguës Communautaires de l'Adulte Mise à jour des recommandations françaises

1^{er} juin 2026

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

Journées Thématiques Santé Sexuelle 2026



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/récurrentes
- 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

Avant de répondre: quelle infection traite t'on?

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

Quel est votre diagnostic?

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

ECBU: *E. coli* 10⁵ 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

Quel est votre diagnostic?

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

ECBU: *E. coli* 10⁵ 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* 10⁵ 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

Et là?

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

ECBU: *E. coli* 10⁵ 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 aiguë bactérienne de l'homme

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 (sur un échantillon urinaire)

Cystite aiguë bactérienne de l'homme

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

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

Antibiothérapie probabiliste de la cystite de l'homme

- Si symptomatologie peu intense et/ou diagnostic douteux, attendre résultats de l'ECBU pour commencer le traitement

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

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 /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. Lévofloxacine 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.

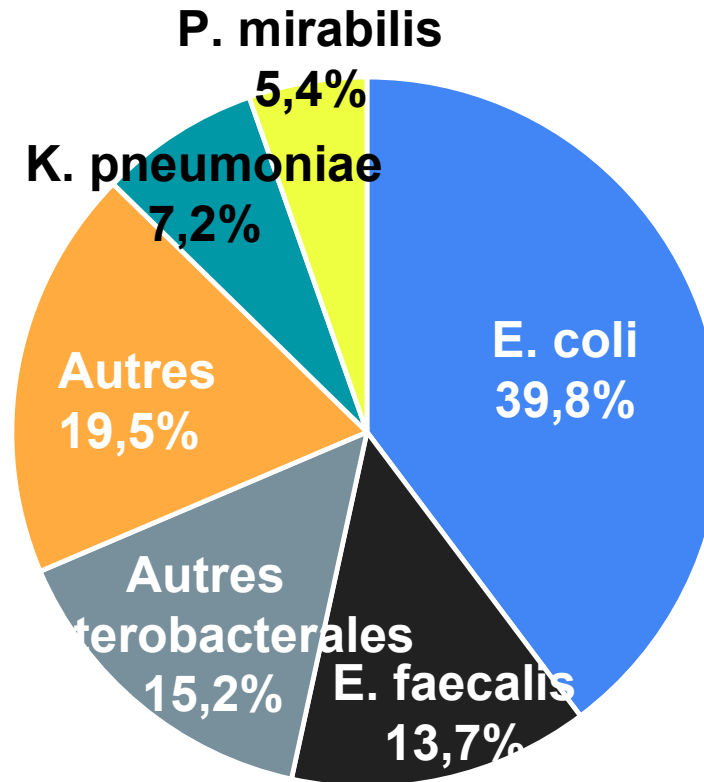
Diagnostic de prostatite aiguë (fièvre à 39°, brûlures urinaires), traité depuis 3 jours par ceftriaxone

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. Lévofloxacine 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

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, %

Espèce bactérienne	Pourcentage de souches résistantes par antibiotique ou classe d'antibiotique (%)											
	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^{ème} génération, TEM : témocilline, FQ : fluoroquinolones, AMI : amikacine, FOS : fosfomycine, SXT : triméthoprime-sulfaméthoxazole, FT : nitrofurantoïne, BLSE : β -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. pneumoniae* (données PRIMO)

Prostatite aiguë diagnostic

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

Prostatite aiguë, imagerie

Recommandée uniquement dans les situations suivantes :

- En urgence :
 - **Si sepsis ou choc septique** : scanner abdomino-pelvien injecté
 - **Si doute sur une rétention aiguë d'urine** : bladder scanner ou échographie sus-pubienne, pour un drainage en urgence si rétention d'urine
- Après 72h d'une antibiothérapie adaptée :
En cas de mauvaise évolution clinique (persistance de la fièvre ou aggravation des signes urinaires) → IRM ou TDM injectée ou échographie prostatique par voie endo-rectale à la recherche d'un abcès prostatique

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 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)

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

Prostatite aiguë, antibiothérapie, relais (1)

- **Relais oral possible**, par ordre préférentiel
 - Sulfaméthoxazole-triméthoprimine PO 800/160 mg 1 cpx2/jour
 - Ciprofloxacin PO 500 mgx2/jour OU lévofloxacin PO 500 mg/jour OU ofloxacin PO 200 mgx2/jour
 - Si résistance ou contre-indication à l'association triméthoprimine-sulfaméthoxazole et aux fluoroquinolones, après retour à l'apyrexie et par ordre préférentiel :
Fosfomycine-trométamol 3g tous les jours OU amoxicilline PO 1gx3/jour OU amoxicilline-acide clavulanique PO 1gx3/jour
- **Pas de relais oral possible** : céfotaxime IV 3g/jour OU ceftriaxone IV, IM ou SC 1g/jour

Prostatite aiguë, antibiothérapie, relais (2)

- **Enterobacterales résistantes aux C3G**
 - Résistance par hyperproduction de céphalosporinase : céfépime IV 4g/jour OU témocilline IV 6g/jour
 - Résistance par production de BLSE :
 - 1^{er} choix, par ordre alphabétique : céfoxitine IV 6g/jour (seulement si *E. coli* ou *Proteus*) OU pipéracilline-tazobactam IV 12g/jour OU témocilline IV 6g/jour
 - A défaut, par ordre alphabétique : ertapénème IV 1g/jour OU imipénème IV 3g/jour OU méropénème IV 3 g/jour
- Puis relais oral, par ordre de préférence : Sulfaméthoxazole-triméthoprime, ciprofloxacine OU lévofloxacine OU ofloxacine, fosfomycine trométamol

Prostatite aiguë, durée de traitement

14 jours

Pyélonéphrite aiguë, diagnostic

- Douleurs lombaires spontanées ou à l'ébranlement + fièvre ou manifestations systémiques d'infection + signes de cystite + ECBU positif
- Signes de cystite inconstants
- Si prise en charge en ville :
 - **Dosage de la créatinine sérique non recommandé** sauf facteurs de risque d'insuffisance rénale aiguë (insuffisance rénale chronique, antécédents urologiques, déshydratation, traitements à risque : diurétiques, IEC, AINS, aminosides...)
 - **Dosage des marqueurs inflammatoires et hémocultures non recommandés**

Pyélonéphrite aiguë, imagerie

- **Scanner abdomino-pelvien injecté systématique** dans les 48-72h pour rechercher une uropathie
- Dans l'attente du scanner, si suspicion de rétention d'urines : bladder scanner ou échographie sus-pubienne en urgence pour un drainage des urines
- Scanner en urgence si :
 - sepsis ou choc septique
 - douleurs non contrôlées
 - suspicion d'obstacle des voies urinaires (calcul, tumeur...)
 - présence de matériel endo-urétéral
 - insuffisance rénale aiguë

Pyélonéphrite aiguë, antibiothérapie, relais (1)

- **Relais oral possible**, par ordre préférentiel
 - Amoxicilline 1gx3/jour
 - Sulfaméthoxazole-triméthoprime 800/160 mg 1 cpx2/jour
 - Amoxicilline-acide clavulanique 1 gx3/jour
 - Ciprofloxacin 500 mg x2/jour OU lévofloxacin 500 mg/jour OU ofloxacin 200 mg x2/jour
 - Céfixime 400 mgx2/jour
- **Pas de relais oral possible** : céfotaxime IV 3g/jour OU ceftriaxone IV, IM ou SC 1g/jour

Pyélonéphrite aiguë, antibiothérapie, relais (2)

- **Enterobacterales résistantes aux C3G**
 - Résistance par hyperproduction de céphalosporinase : céfépime IV 4g/jour OU témocilline IV 6g/jour
 - Résistance par production de BLSE :
 - 1^{er} choix, par ordre alphabétique : céfoxitine IV 6g/jour (seulement si *E. coli* ou *Proteus*) OU pipéracilline-tazobactam IV 12g/jour OU témocilline IV 6g/jour
 - A défaut, par ordre alphabétique : ertapénème IV 1g/jour OU imipénème IV 3g/jour OU méropénème IV 3 g/jour
- Puis relais oral, par ordre de préférence : Sulfaméthoxazole-triméthoprime OU ciprofloxacine OU lévofloxacine OU ofloxacine

Pyélonéphrite aiguë, durée antibiothérapie

- 7 jours : si traitement par bêta-lactamine parentérale et/ou fluoroquinolone et/ou sulfaméthoxazole-triméthoprime
- 10 jours : si autre(s) antibiotique(s) utilisé(s)

Prostatite, pyélonéphrite aiguës, critère d'orientation vers l'hôpital (1)

- Sepsis ou choc septique → soins intensifs
- Risque de sepsis → urgences
 - Utiliser le score clinique composé de 6 variables (1 point par variable) : Age > 65 ans/température > 38°C - pression artérielle systolique ≤ 110 mm Hg - fréquence cardiaque > 110/min - saturation périphérique en O₂ ≤ 95% - /troubles récents des fonctions supérieures.
 - Si score clinique ≥ 3 = 40 % de risque de progression vers un sepsis
- Obstruction urinaire suspectée ou confirmée

Prostatite, pyélonéphrite aiguës, critère d'orientation vers l'hôpital (2)

- Prise orale impossible avec risque de non-observance et de déshydratation (troubles de la déglutition, nausées, vomissements, confusion, agitation, contexte social, isolement)
- Déclin fonctionnel ne permettant pas le maintien à domicile
- Décompensation de comorbidité(s) nécessitant une hospitalisation
- Douleur non contrôlée

Epididymite et orchite aiguës, diagnostic

- Tuméfaction, douleur spontanée ou à la palpation de l'épididyme ou du testicule, d'apparition aiguë
- Autres signes cliniques pouvant être associés : fièvre, hydrocèle, érythème et œdème du scrotum, signes de cystite, écoulement urétral
- Diagnostic différentiel : torsion du cordon spermatique (urgence)
- ECBU systématique
- Homme sexuellement actif, quel que soit son âge : PCR *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* sur 1^{er} jet d'urine
- Bilan d'IST en fonction des facteurs de risque

Epididymite et orchite aiguës, imagerie

- Non systématique
- Echographie scrotale recommandée si :
 - Doute diagnostique
 - Suspicion d'abcès
 - Persistance de la fièvre ou aggravation des signes locaux après 72h d'une antibiothérapie adaptée

Epididymite et orchite aiguës, antibiothérapie initiale

- Traitement initié en milieu hospitalier :

Céfotaxime IV 3g/jour OU ceftriaxone IV 1g/jour

- Traitement initié en ambulatoire :

Ceftriaxone IV ou IM ou SC 1g/jour OU ciprofloxacine PO 500 mgx2/jour OU lévofloxacine PO 500 mg/jour

(en l'absence de prise de fluoroquinolones dans les 6 mois, nausées, vomissements, malabsorption, observance incertaine...)

Le traitement d'une éventuelle IST n'est pas abordé dans cette mise à jour

Epididymite et orchite aiguës, antibiothérapie, relais (1)

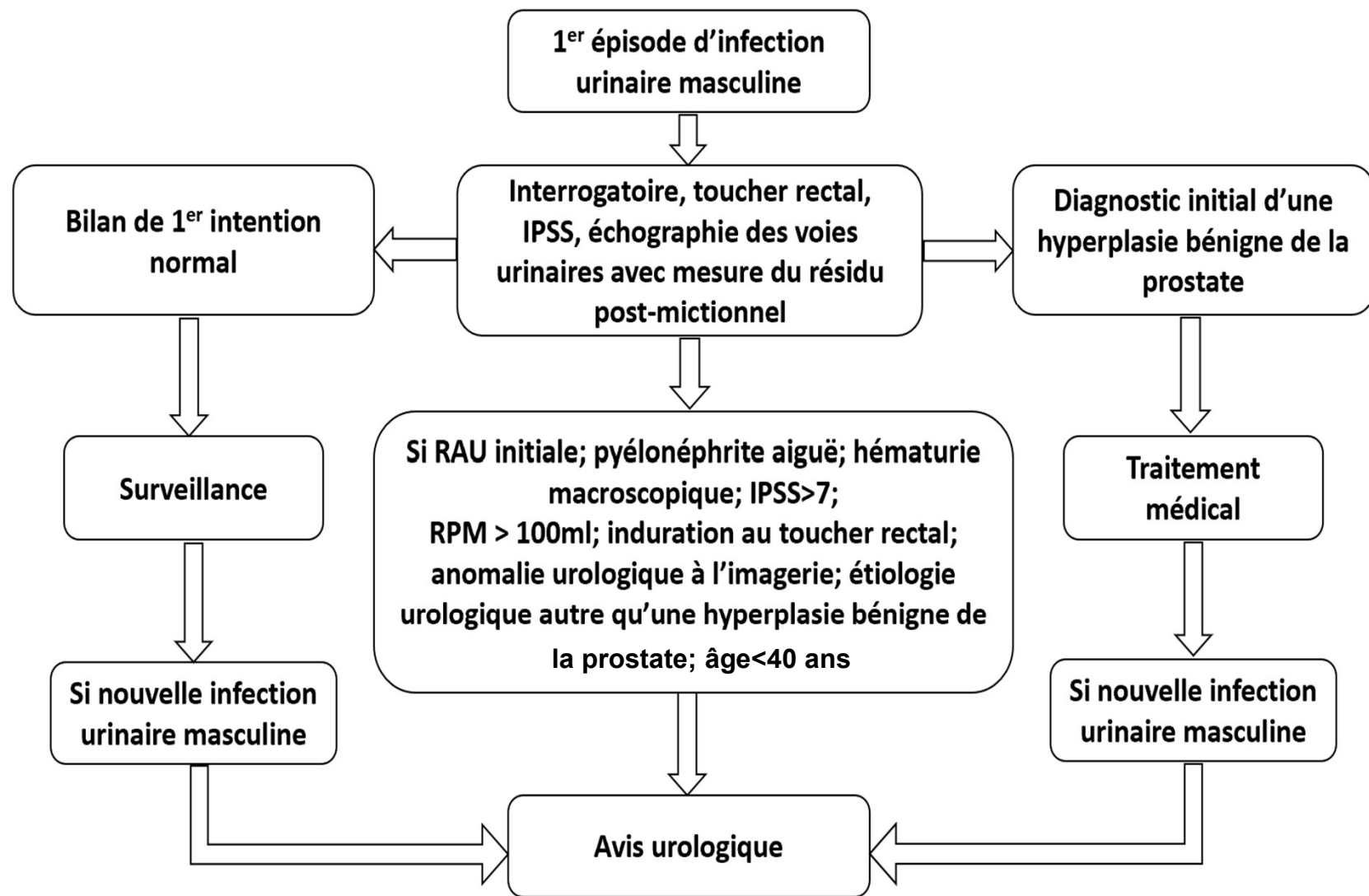
- **Relais oral possible**, par ordre préférentiel
 - Sulfaméthoxazole-triméthoprimine 800/160 mg 1 cpx2/jour
 - Ciprofloxacine 500 mgx2/jour OU lévofloxacine 500 mg/jour
OU ofloxacine 200 mgx2/jour
- Si résistance ou contre-indication à l'association sulfaméthoxazole-triméthoprimine et aux fluoroquinolones, après retour à l'apyrexie et par ordre préférentiel :
 - Amoxicilline 1gx3/jour
 - Amoxicilline-acide clavulanique 1gx3/jour
- **Pas de relais oral possible** : céfotaxime IV 3g/jour OU ceftriaxone IV, IM ou SC 1g/jour

Epididymite et orchite aiguës, antibiothérapie, relais (2)

- **Enterobacterales résistantes aux C3G**
 - Résistance par hyperproduction de céphalosporinase : céfépime IV 4g/jour OU témocilline IV 6g/jour
 - Résistance par production de BLSE :
 - 1^{er} choix, par ordre alphabétique : céfoxitine IV 6g/jour (seulement si *E. coli* ou *Proteus*) OU pipéracilline-tazobactam IV 12g/jour OU témocilline IV 6g/jour
 - A défaut, par ordre alphabétique : ertapénème IV 1g/jour OU imipénème IV 3g/jour OU méropénème IV 3 g/jour
- Puis relais oral, par ordre de préférence : Sulfaméthoxazole-triméthoprime OU ciprofloxacine OU lévofloxacine OU ofloxacine

Epididymite et orchite aiguës, durée antibiothérapie

10 jours



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