

# INFECTIO'NEWS

## GROUPE AHNAC

Chers confrères et consœurs,

Ce troisième numéro de notre bulletin d'infectiologie est dédié à la cystite chez l'homme. À travers le cas d'un patient de 68 ans hospitalisé pour un angor instable, nous aborderons les différences entre cystite et prostatite, le rôle de l'ECBU, la présence d'hyperthermie ou non, le traitement recommandé. J'espère que ce numéro vous apportera des informations utiles pour vos pratiques quotidiennes. N'hésitez pas à partager vos commentaires et suggestions pour les prochaines éditions.

Bien confraternellement,

Docteur Hugues Melliez

## Cystite ou pas cystite ?



Un homme de 68 ans est hospitalisé pour un angor instable. Il ne présente aucun antécédent urologique. Son poids est de 89 kg, IMC 30 kg /m<sup>2</sup>. Sa fonction rénale est préservée. Pas d'allergie connue. Au 3<sup>ème</sup> jour de l'hospitalisation, il décrit une pollakiurie et des brûlures mictionnelles. Pas d'hyperthermie constatée. Plusieurs questions se sont posées. Comment réaliser l'ECBU ? Faut-il attendre son résultat avant de traiter ? Quel traitement de 1<sup>ère</sup> intention ? Pour quelle durée ?

La première question est celle du prélèvement. Cinquante pour cent des ECBU sont prélevés de manière non conforme. Il est toujours recommandé de réaliser au préalable une toilette à l'eau, sans savon, mais les antiseptiques, source d'inhibition de croissance bactérienne, ne sont plus recommandés [1]. Le prélèvement doit se faire en milieu de jet, règle souvent non respectée. Il est important d'impliquer le patient pour qu'il soit acteur du prélèvement quand son autonomie le permet. Il doit idéalement être réalisé sur les urines du matin pour permettre une réplétion vésicale de 4 à 8 heures. Cette recommandation n'est pas toujours facile à respecter comme dans le cas présent de pollakiurie. Dans tous les cas, il est recommandé de noter, en plus des signes cliniques, le délai depuis la dernière miction pour permettre au laboratoire une meilleure interprétation des faibles bactériuries. À noter que chez ce patient la bandelette urinaire objectivait des leucocytes (valeur prédictive négative = VPN 98 % chez l'homme, 90-93 % chez la femme [2]).

En cas d'infection urinaire, l'antibiothérapie doit débuter dans l'heure en cas de signes de gravité, et dans les 12 heures en cas d'hyperthermie. En l'absence de signes de gravité, et en l'absence d'hyperthermie, il a été décidé ici d'attendre le résultat de l'ECBU avant de traiter. L'ECBU isolait *E. coli* souche sauvage et une leucocyturie significative. La question qui se pose pour le choix du traitement est de savoir de quoi on parle. S'agit-il d'une prostatite ? S'agit-il d'une cystite ? Dans de nombreux pays européens on considère la cystite de l'homme comme une entité à part entière. En France, on a longtemps considéré que cette entité n'existait pas et que l'on devait parler de prostatite. La question n'est pas encore clairement tranchée. Dans la prise en charge on dissocie souvent infection urinaire masculine fébrile ou non fébrile.

Dans le cas fébrile, on considère qu'il s'agit d'une prostatite et on traite par céfotaxime en traitement probabiliste puis un relais est pris par voie orale par cotrimoxazole ou une fluoroquinolone quand la souche est sensible. En effet, ces antibiotiques semblent bien diffuser dans la prostate. À noter cependant que, dans les études, les concentrations mesurées sont issues de broyats de prostate, donc correspondent à la somme des concentrations des compartiments extra et intra cellulaires [3]. Ce dernier représentant 80 % du tissu prostatique et les fluoroquinolones se concentrant bien dans ce compartiment, on les trouve forcément à des taux élevés dans les broyats. Sauf que l'infection se développe majoritairement dans le compartiment extra-cellulaire (20 % du tissu prostatique). Il faut donc probablement nuancer l'avantage de ces antibiotiques. En cas de souche résistante à ces molécules et sensible aux bêta-lactamines on peut d'ailleurs tout à fait utiliser l'amoxicilline qui diffuse bien dans le compartiment extra-cellulaire. Pour ce qui est de la durée, l'essai clinique PROSTASHORT a clairement montré l'infériorité de 7 jours vs. 14 jours dans le traitement des authentiques prostatites [4]. À noter qu'en cas d'utilisation d'antibiotiques autres que cotrimoxazole ou fluoroquinolone en relais per os, ou en cas d'uropathie sous-jacente persistante, la durée de 21 jours figure toujours dans les recommandations de 2018. Cette durée sera probablement réévaluée dans les nouvelles recommandations car il ne semble pas y avoir de rationnel pour un traitement aussi long.

Notre patient ne présentait pas d'hyperthermie. Peut-on parler de cystite ? Même si cela est très débattu, il ne semble y avoir d'infection systématique de la prostate en cas d'infection urinaire. On pourrait argumenter que nombre de patients, notamment âgés, peuvent développer une prostatite sans hyperthermie. Il n'y a, à ce jour, aucun examen complémentaire recommandé pour savoir si la prostate est infectée ou non. On pourrait proposer, en particulier chez les patients hospitalisés, une simple mesure des polynucléaires neutrophiles et de la CRP pour essayer de trancher entre infection tissulaire (prostatite) ou non (cystite). C'est ce qui a été réalisé dans ce cas pour notre patient. En l'absence de syndrome inflammatoire marqué, un traitement par nitrofurantoïne, comme recommandé en 1<sup>ère</sup> intention aux Pays-Bas, 100 mg 3 fois par jour pendant 7 jours, a permis une bonne évolution clinique sans rechute. Des études rétrospectives portant sur la prise en charge de cystites chez l'homme objectivent des résultats favorables avec des traitements de 7 jours maximum avec pivmécillinam, triméthoprime, cotrimoxazole, nitrofurantoïne ou fosfomicine [5, 6]. Il n'est probablement pas nécessaire d'avoir recours aux fluoroquinolones dans ces situations de cystite. Ces traitements courts ont l'avantage d'un moindre impact en termes de résistance bactérienne, de coûts et d'effets indésirables incluant les colites à *Clostridium difficile*, pathologie, on le rappelle, potentiellement mortelle.

Finalement, l'infection urinaire masculine est un sujet complexe. En France, de nouvelles recommandations sont en cours d'écriture pour essayer de répondre aux questions posées. L'objectif sera probablement de proposer une attitude pragmatique selon la présence d'hyperthermie ou non.

### Références.

1. The EFLM European Urinalysis Guideline 2023. Kouri et al. Clin Chem Lab Med 2024; 62(9): 1653–1786.
2. Performance of Urinalysis Parameters in Predicting Urinary Tract Infection: Does One Size Fit All? Advani et al. Clin Infect Dis. 2024. 79(3):600-603.
3. Tissue concentrations: do we ever learn? Mouton et al. Journal of Antimicrobial Chemotherapy (2008) 61, 235–237
4. Antimicrobial for 7 or 14 Days for Febrile Urinary Tract Infection in Men: A Multicenter Noninferiority Double Blind, Placebo-Controlled. Lafaurie et al. Clin Infect Dis. 2023 Jun 16;76(12):2154-2162.
5. Effect of 7 vs 14 days of antibiotic therapy on resolution of symptoms among afebrile men with urinary tract infection: a randomized clinical trial. Drekonja et al. JAMA 2021; 326:324–31.
6. Acute cystitis in men – a nationwide study from primary care: antibiotic prescriptions, risk factors, and complications. Sætre et al. BJGP Open 2024; DOI: 10.3399/BJGPO.2023.0207.



Chaque jour, prendre soin de la santé de chacun