Objectifs Le but de notre étude est de faire une enquête en vue d'actualiser les données concernant la sensibilité aux antibiotiques des souches de *E. coli* isolées en 2013.
Méthodes Au total, 312 souches ont été sélectionnées au hasard quelles que soit leur origine.
Résultats Les fréquences de résistance (R + I) étaient très élevées pour amoxicilline (91 %), ticarcilline (42 %), association amoxicilline-clavulanate (58 %) et céfalotine (36 %), assez importantes pour acide nalidixique (48 %), ciprofloxacine (35 %) et gentamicine (18 %), et faibles pour ceftazidime (16 %) et ceftriaxone (14 %). Les résistances aux fluoroquinolones atteignent 78 % chez les patients ayant séjournés à l'hôpital au cours du semestre précédent le prélèvement. On note l'émergence de germes résistant aux carbapénémes, 2 % et à la colimycine, 1,2 %. Dix huit souches étaient productrices de β-lactamase de spectre étendu (BLSE). Par ailleurs on observait qu'une fréquence accrue de ces souches étaient co-résistantes à l'acide nalidixique, ciprofloxacine et gentamicine, respectivement 51 %, 43 % et 28 % pour les souches BLSE+ et 45 %, 29 % et 15 % pour les souches BLSE−.
Conclusion La lutte contre l'émergence et la diffusion des souches d'entérobactéries résistantes aux antibiotiques passe par une meilleure et moindre utilisation des antibiotiques. La résistance des *E. coli* aux quinolones est très élevée. Nous constatons l'émergence de germes résistants même aux carbapenemes.
Déclaration d'intérêt L'auteur n'a pas transmis de déclaration d'intérêt.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.122

O-118

Analyse des facteurs prédictifs de récidive des prostatites aiguës bactériennes communautaires au sein d'une cohorte prospective de 158 malades pris en charge en ambulatoire dans un réseau de soin

F. Bruyere[1,*], J. Ruimy[2], R. Elfassi[2], O. Boyer[2], A. Fabrice[2], C. De Honnaville[2]
[1] *CHRU Bretonneau, Tours, France*
[2] *Réseau Sphère, Paris, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : f.bruyere@chu-tours.fr (F. Bruyere)

Objectifs Analyser les facteurs prédictifs de récidive des prostatites aiguës bactériennes.
Méthodes Une base de données prospectrice d'un réseau de soin a été analysée et 254 prostatites aiguës bactériennes ont été identifiées. Tous les malades ont été contactés afin de mettre en évidence des récidives d'épisodes de prostatites. Les données de 158 malades ont été disponibles. Les facteurs prédictifs de récidive ont été analysés par méthode uni- et multivariée.
Résultats Quarante malades ont récidivé soit 25,3 % dont 75 % plus de 6 mois après le 1er épisode. Seulement 5,1 % des prises en charge initiale avaient nécessité une hospitalisation dont 2 pour dilatation des cavités rénales. En analyse univariée, les facteurs prédictifs retrouvés étaient l'antécédent de prostatite ($p = 0{,}034$) et le traitement antibiotique autre qu'une quinolone lors du premier épisode ($p = 0{,}004$). L'analyse multivariée retrouvait que le traitement antibiotique autre qu'une quinolone lors du premier épisode (OR 3,152 ; IC 95 % [1,195—8,312], $p = 0{,}0203$) était le seul facteur prédictif de récidive.
Conclusion Le traitement par fluoroquinolone reste le traitement de choix des prostatites aiguës bactériennes malgré une incidence de résistance en augmentation. En cas d'utilisation d'une autre molécule, le risque de récidive est augmenté.
Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.123

O-119

Évaluation prospective du risque infectieux de la neuromodulation sacrée S3 (NMS3) : l'anti-bioprophylaxie pour quels patients ?

L. Viart*, T. Forzini, F. Saint
CHU d'Amiens, Amiens, France
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : viartludovic@chu-amiens.fr (L. Viart)

Objectifs L'utilisation d'une anti-bioprophylaxie systématique lors de l'implantation d'une électrode test ou définitive de NMS3 fait l'objet d'un grade de recommandation faible de l'AFU. Nos objectifs étaient d'évaluer prospectivement l'écologie et les facteurs favorisants l'infection du site opératoire (ISO) pendant et après la période test de la NMS3.
Méthodes Étude prospective monocentrique évaluant 31 patients consécutifs (27 femmes et 4 hommes) entre mars 2012 et mai 2014. Aucune antibioprophylaxie préopératoire n'était utilisée, seules la stérilité des urines et l'intégrité du revêtement cutané étaient requises avant l'intervention. L'ensemble des tests était réalisé au bloc opératoire sous anesthésie locale. En cas de positivité du test, le boîtier définitif était implanté selon la procédure recommandée. Lors de l'ablation de l'électrode (test−) ou lors de la mise en place du boîtier définitif (test +), les prélèvements bactériologiques étaient systématiquement effectués selon une procédure standardisée.
Résultats L'âge moyen était de 64 ans [23—88]. L'IMC moyen était de 26,9 [16,5—50,6]. La durée moyenne du test était de 27 jours [10—50]. Une implantation définitive était réalisée chez 76 % des patients répondant au test (critères ICS). Parmi les patients opérés 26 % étaient diabétiques, 29 % bénéficiaient d'un traitement immunomodulateur et 19 % d'une corticothérapie et/ou d'un traitement AINS. Durant la période d'observation, 16 % (5/31) ont présenté une ISO après la procédure de test. Le délai moyen d' ISO était de 18 jours [10—32]. L'écologie bactérienne des prélèvements réalisés retrouvait dans 80 % des cas un *Staphylococcus aureus* et dans 20 % un staphylococcus epidermidis. Trois des patients infectés étaient diabétiques, trois avaient une corticothérapie orale au long cours ou un traitement immunomodulateur et trois étaient obèses (IMC > 30 kg/m^2).
Conclusion L'ISO lors de l'implantation d'une électrode test de NMS3 était retrouvée dans notre expérience dans 16 % des cas. Le germe le plus souvent en cause était le *Staphylococcus aureus*. La présence d'un diabète, d'une obésité et/ou d'un traitement immunomodulateur pourrait permettre d'orienter l'anti-bioprophylaxie.
Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.124

O-120

Facteurs favorisants les ré-hospitalisations précoces pour infection sévère après urétéroscopie souple : Intérêt de l'ECBU systématique la veille de l'intervention

E. Alezra[1], J. Lasselin[1], L. Viart[2], T. Forzini[3], T. François[1], G. Raynal[1], F. Saint[3]

[1] *Service d'urologie transplantation, CHU d'Amiens, Amiens, France*
[2] *Service d'urologie transplantation, CHU d'Amiens, laboratoire d'anatomie et d'organogenèse, Amiens, France*
[3] *Service d'urologie transplantation, CHU d'Amiens, laboratoire Hervi, EA3801, Biobanque de Picardie, Amiens, France*

Objectifs Les complications les plus fréquentes après urétéroscopie souple (URSS) sont d'origine infectieuse. La pyélonéphrite aiguë (PA) est l'une des plus graves et nécessite souvent une ré-hospitalisation non programmée. Les objectifs de ce travail étaient de déterminer les facteurs pronostics de PA après URSS, d'évaluer la fréquence des ré-hospitalisations pour PA et valider l'intérêt de l'ECBU prélevé la veille de l'intervention pour traiter précocement ces patients.
Méthodes Les complications infectieuses et les ré-hospitalisations non programmées dans le mois suivant l'URSS ont été colligées et évaluées rétrospectivement. Les paramètres colligés étaient : âge, sexe, IMC, motif de l'URSS (calcul ou TVES), nombre d'urétéroscopies antérieures, nombre d'interventions antérieures pour calculs, nombre, taille et localisation des calculs, bilatéralité, anomalies anatomiques associées, durée d'intervention, JJ préopératoire, drainage postopératoire, durée opératoire, durée d'hospitalisation, ECBU à j—1 et prescription d'une antibiothérapie dans la semaine précédant l'URSS. La corrélation entre ces variables et l'apparition de PA dans le mois suivant l'URSS était réalisée (StatView 4.5 ; SAS Institute, NC) ($p < 0,05$ significatif).
Résultats Entre 2010 et 2013, 266 patients ont bénéficié d'au moins une URSS ($n = 325$). Parmi les 325 URSS réalisées, nous avons observé 24 PA (7,3 %), 17 survenant avant la sortie d'hospitalisation et 7 PA (2,2 %) nécessitant une ré-hospitalisation non programmée. En analyse univariée, les facteurs pronostiques de PNA post-opératoire étaient : la taille des calculs (plus de 14 mm) ($p = 0,03$) ; la durée de l'intervention (plus de 70 mn) ($p < 0,005$) ; un ECBU positif prélevé la veille de l'hospitalisation malgré un ECBU négatif datant de moins de 7 jours ($p < 0,001$) ; la prescription d'une antibiothérapie dans la semaine précédant l'URSS ($p < 0,001$). En analyse multivariée, seule la prescription d'une antibiothérapie dans la semaine précédant l'URSS était un facteur pronostique indépendant de PA postopératoire (p < 0,002 ; RR 5,8 [1,9—15]).
Conclusion La pyélonéphrite aiguë après URSS, avec ou sans ré-hospitalisation, est une complication rare. La prescription d'une antibiothérapie dans la semaine précédant l'URSS était un facteur pronostique indépendant de PA postopératoire. La pratique systématique d'un ECBU j—1 pourrait permettre une antibiothérapie précoce pour près de 63 % des patients et peut-être limiter les ré-hospitalisations pour PA après URSS.
Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.125

O-121

La gangrène de Fournier : approche étiologique et thérapeutique (à propos de 31 cas)

M. Ben Chehida , A. Sellami , M. Chelif , S. Ben Rhoumma , M. Gargouri , Y. Kallel , Y. Nouira
Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Objectifs La gangrène de Fournier est une fasciite nécrosante rapidement progressive du périnée et des organes génitaux externes. L'étiologie est identifiée dans 65 % des cas. Son mode de présentation parfois atypique, son retentissement général parfois modeste au début, entraînent souvent un retard dans le diagnostic et le traitement. Dans cette étude, nous nous proposons de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette pathologie.
Méthodes Étude rétrospective de 31 cas colligés entre 2000 et 2013.
Résultats L'âge moyen de nos patients était de 56 ans. Les antécédents de diabète et de chirurgie périnéale (abcès de la marge anale, hémorroïdectomie, fracture de la verge) étaient présents chez respectivement 64 % et 19 % dans notre série. Le traitement comportait un volet médical (réanimation/triple antibiothérapie) associé à un volet chirurgical : débridement large immédiat suivi d'une phase de restauration (en fonction de l'étendue des lésions) 60 % des patients ont bénéficié d'une chirurgie de seconde phase (suture secondaire, greffe cutanée) avec 45 % de résultats esthétiques satisfaisants.
Conclusion La gangrène de Fournier présente des facteurs favorisants, comme l'âge, le diabète et l'immunodépression. Un traitement urgent et agressif est primordial pour assurer la survie du patient. Une ré-équilibration hydroélectrolytique, avec une antibiothérapie à large spectre suivie rapidement par un débridement chirurgical, est la base du traitement. Cependant, la mortalité reste élevée, de l'ordre de 20 à 80 % (Fig. 1).

ATCDs	Diabète	Artériopathie	Plaie scrotale	Immunosuppresseur	Hépatopathie	Paraplégie	RE/TV	Cure abcès marge anale	Cure hémorroïdes	Cure fracture la verge
Patients	21	3	1	1	1	1	1	2	1	1

Fig. 1

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.126

O-122

Diarrhée nosocomiale à *Clostridium difficile* au service d'urologie

N. Belasla[1], T. Yahiaoui[1], M. Mouheb[1], N. Kitous[2], F. Saidi[2], F. Toudeft[2], M. Souid[3]
[1] *Service d'urologie, CHU Nedir Mohamed, Tizi ouzou, Algérie*
[2] *Service d'épidémiologie, CHU Nedir Mohamed, Tizi ouzou, Algérie*
[3] *Hôpital Central de l'Armée, Alger, Algérie*

Objectifs La connaissance précise de la diarrhée aiguë nosocomiale à *Clostridium difficile* (DACD) et sa prise en charge ainsi que l'évaluation des actions de prévention.
Méthodes Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive portant sur 25 cas de DACD colligées au service d'urologie sur une période de 5 mois. Nous avons inclus dans notre étude tous les cas survenu en périopératoire. Les données ont été collectées à partir des dossiers de malades, registre des diarrhée aiguës nosocomiales à *Clostridium difficile* (DACD) du service d'urologie, données du service d'épidémiologie, et les résultats bactériologiques des coproparasitologies.