

Infection urinaire

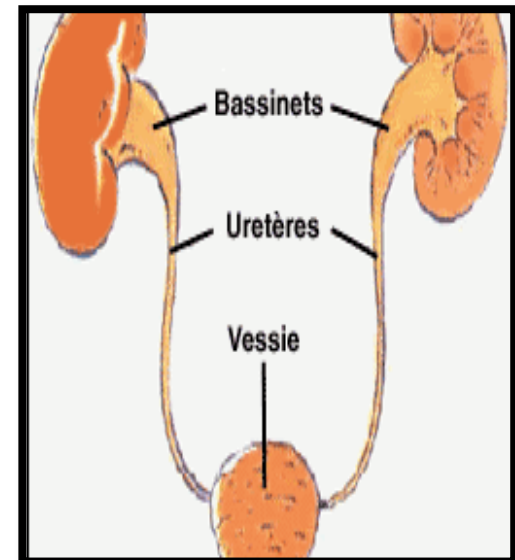


F. SAADA

Service de Néphrologie, CHU de Sétif

Introduction

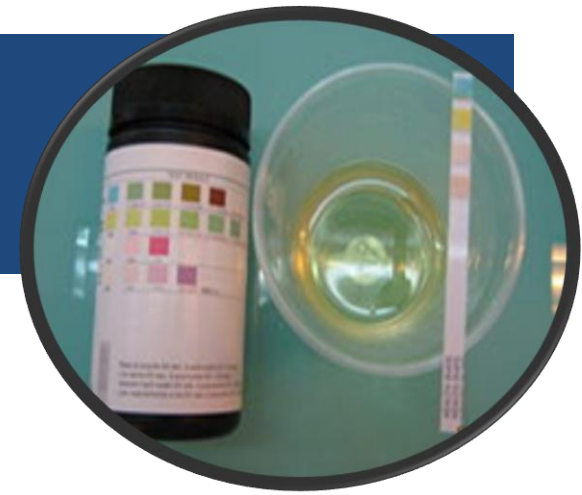
- Les infections urinaires sont une pathologie très fréquente en consultation.
- Elles se divisent en: **IU Basse (cystite),**
et IU Haute (pyélonéphrite)



DEFINITION

- **Les infections urinaires peuvent être :**
- **Simple :**
 - ❖ Evolution depuis moins de 3 jours.
 - ❖ Femme âgée de 15 ans à 65 ans, sans terrain à risque particulier (diabète, grossesse, insuffisance rénale, immunodépression).
 - ❖ Absence d'ATCD ou contexte évocateur d'une anomalie urologique (vessie « neurologique », lithiase rénale).
- **Complicquée :**
 - Homme
 - Germe hospitalier (nosocomiale).
 - Résistance aux traitement.

Le diagnostic



Devant toute symptomatologie urinaire chez l'adulte (pollakiurie, brulures mictionnelles, dysurie, prurit), ou Etat fébrile chez l'enfant nous devons pratiquer une analyse urinaire par les bandelettes réactives (chimie des urines).

Le diagnostic

Compléter par:

- **Bilan biologique:** NFS, CRP, Bilan rénal
- **Bilan radiologique:** ASP, échographie rénale et pelvienne, parfois Uro-scanner et UCR.

Le diagnostic bactériologique

Examen Cytobactériologique des Urines:

- Le recueil des urines (2^{ème} jet, miction du matin, après une toilette, dans un tube stérile),
- Enfant bas âge: on utilise des sachets collecteurs+++.
- Conserver les urine à +4°C pour une durée max de 24h
- **ECBU positif** : bactériurie > 10⁵/ml et leuco >10⁴/ml.
- **Hémocultures (Fièvre, frissons)**

- **Germes en causes**

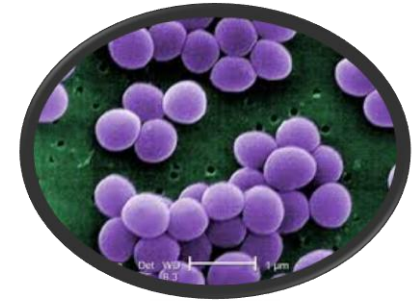


- Entérobactéries

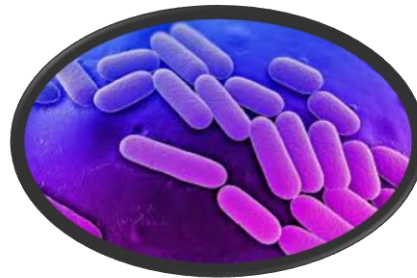
- Escherichia Coli : 80%



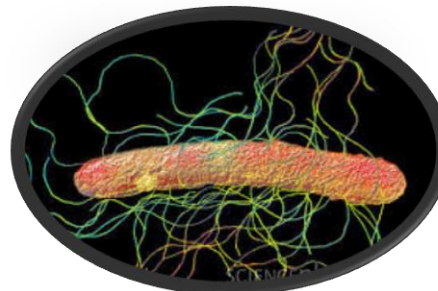
- Staphylococcus saprophyticus : 3% à 7%



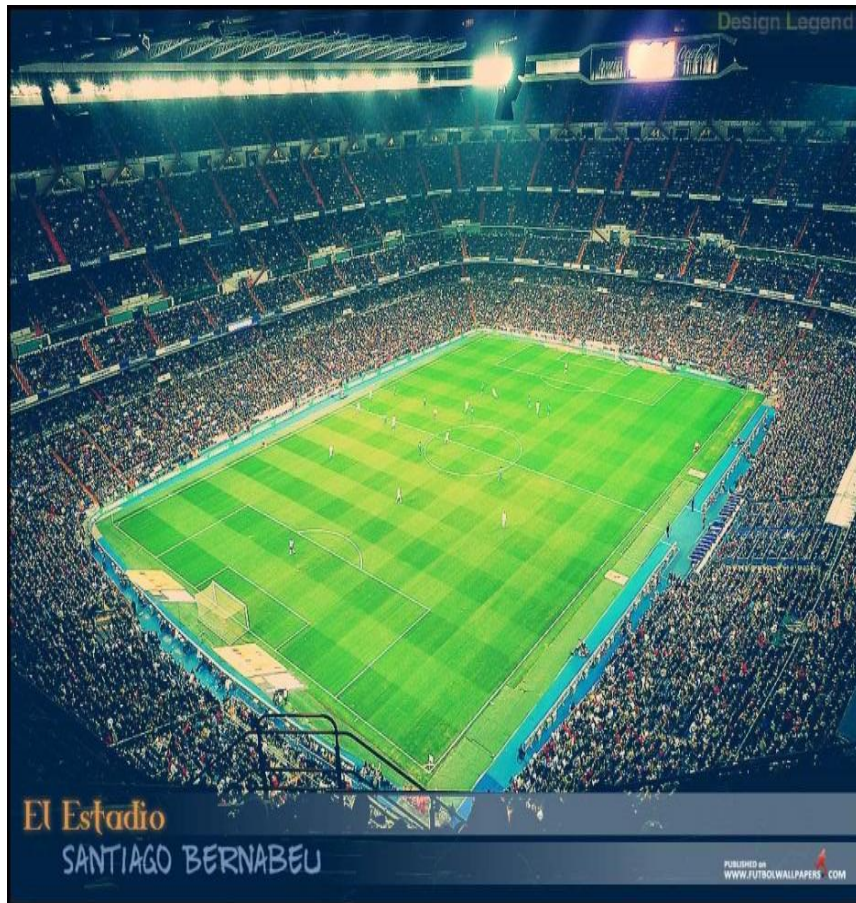
- Proteus mirabilis



- et Klebsiella



Terrains particuliers



- **Femme enceinte :**

- CU tous les mois à partir du 4^{ème} mois

- Bactériurie asymptomatique :

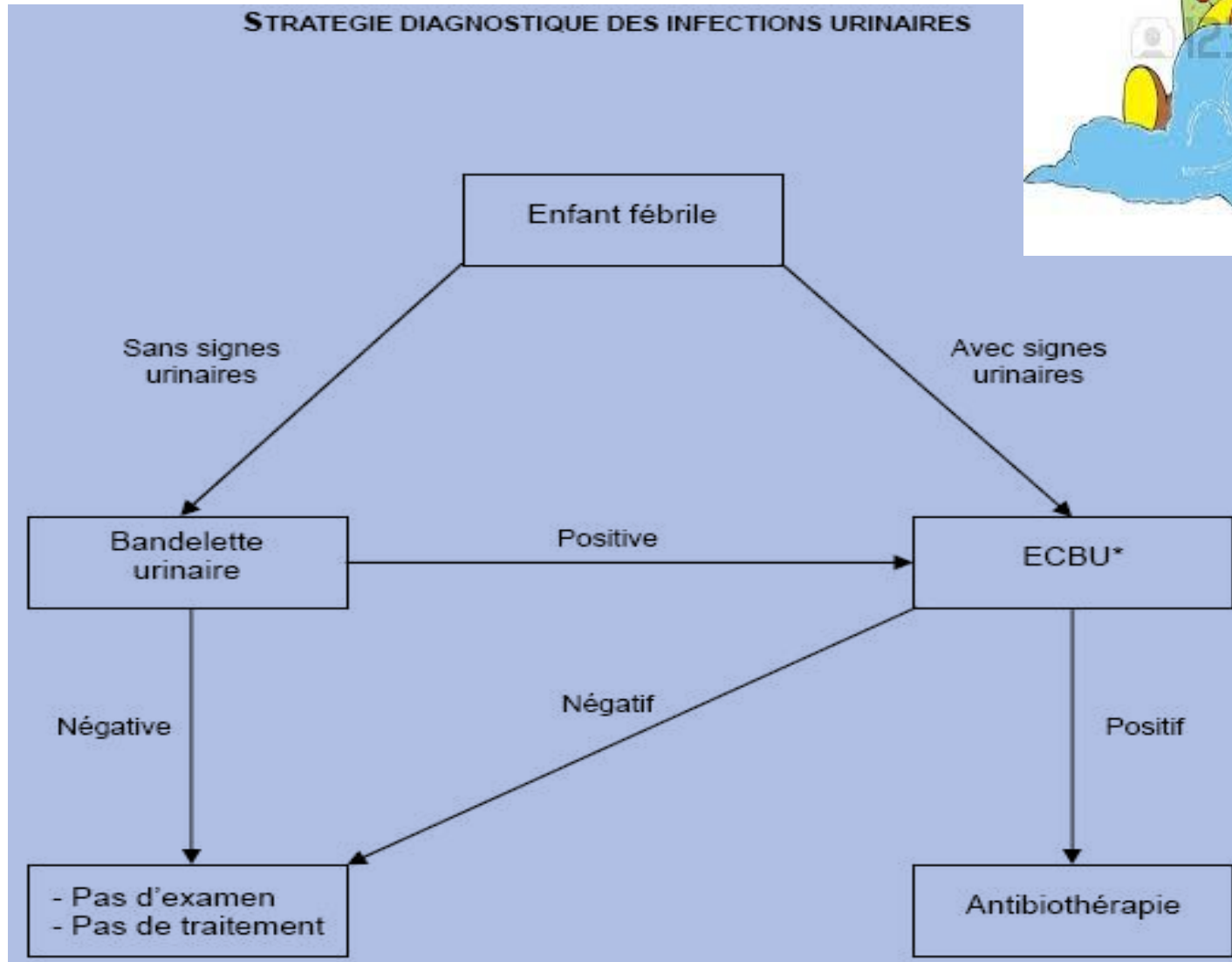
2 cultures positives avec la même bactérie
(seuil de bactériurie $\geq 10^5$ / ml,

- la leucocyturie n'intervient pas dans la définition.

- Femme à haut risque d'IU gravidique:
(uropathie , troubles mictionnels, diabétique)



Les enfants:



Le diagnostic étiologique

I. LES CYSTITES:

- **Cystite simple:**

Clinique: $T^{\circ} < 38,5^{\circ}$, troubles mictionnels, cystalgie.

CU: Leu+ ou Nit+, avec urine claire.

ECBU +/-

TRT: Traitement minute (en dose unique)

nitrofurantoïne ou fluoroquinolone

Le diagnostic étiologique

- **Cystite compliquée:**

Clinique: Fièvre, troubles mictionnels, cystalgie.

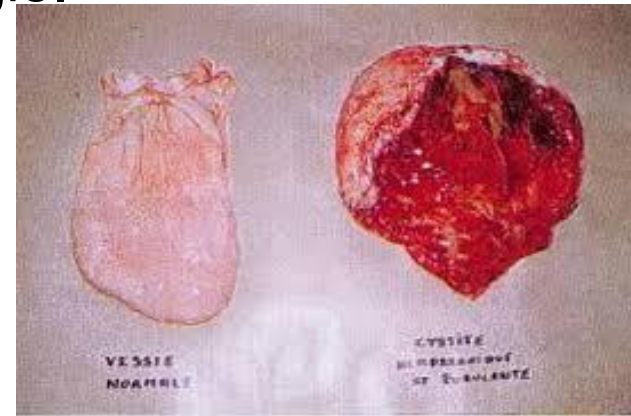
CU: Leu+, ou Nit+ avec urine trouble.

ECBU+.

Hémocultures –

TRT:

- ✓ Traitement probabiliste: CS3 ou Quinolone
- ✓ Traitement curatif après obtention de l'antibiogramme
- ✓ *Durée totale de traitement est de 5-7 jours*



Le diagnostic étiologique

- **Cystites à répétition:**

Sporadique : moins de 3 épisodes dans l'année

A répétition : 4 épisodes / 12 mois

Traitement curatif : chaque épisode doit être traité comme une cystite simple.

Traitement prophylactique:

Furadantine (50 mg /j), ou Bactrim(400 mg/j), pendant 3-6mois.

Le diagnostic étiologique

- **Cystites médicamenteuses:**
 - AINS
 - Cytotoxique : cyclophosphamide (Endoxan[°]) et ifosphamide (Holoxan[°])

Le diagnostic étiologique

- **II.PYELONEPHRITE AIGUE:**

- **SIMPLE:**

Clinique : la sémiologie est typique:

Début brutal avec frisson, fièvre > 38.5, douleurs lombaires type colique néphrétique, contracture à la palpation de la fosse lombaire.

Les signes urinaires: dysurie, pollakiurie, urine trouble

CU: Leu+, Pr+ ou Nit+ avec urine trouble.

ECBU+/-. IRA, CRP+, Vs accélérée

hémoculture + au même germe trouvé dans les urines.

Radiologie : Echographie; augmentation de la taille d'un rein, hypotonies des cpc, lithiase

Le diagnostic étiologique

TRT:

Traitement probabiliste: C3G ou Quinolone
per os (sepsis grave hospitalisation)

**Traitement de relais per os après obtention
de l'ATBG:**

Durée de traitement en cas d'évolution
favorable **14 jours**

Le diagnostic étiologique

PYELONEPHRITE AIGUE SÉVÈRE:

Clinique : Sepsis sévère, Fievre $>38,5^{\circ}$, colique néphrétique, frisson.

ECBU+

IRA, CRP+, Vs accélérée,

hémoculture + au même germe trouvé dans les urines.

Radiologie :Echographie; augmentation de la taille d'un rein.

Uroscanner: images hypo denses segmentaires irradiant de la papille au cortex arrondies ou triangulaires, micro abcès

Traitement probabiliste: C3G ou Quinolone

Traitement de relais per os après obtention de l'ATBG:

Durée de traitement en cas d'évolution favorable **21 jours**



Le diagnostic étiologique

- **III. Prostatite aigue:**

Clinique : Fièvre, troubles mictionnels, augmentation des bourses, épanchement.

CU: Leu+/-, hématurie.

ECBU+.

Echographie sus pubienne

PSA+/-

TRT:

- ✓ Traitement probabiliste: CS3 ou Quinolone
- ✓ Traitement après obtention de l'antibiogramme: Fluoroquinolones ou Bactrim.
- **Durée totale de traitement : au moins 8 semaines.**

Le meilleur traitement reste:

