



Université Lille Nord de France  
Pôle de Recherche  
et d'Enseignement Supérieur



Université Lille 2  
Droit et Santé

# INFECTIONS URINAIRES

L Dubreuil

## Signes cliniques

### Douleur

- brulures mictionnelles
- pesanteur périnéale
- douleur lombaire
- ∑ appendiculaire chez la femme enceinte
- ∑ abdominal douloureux de l'enfant

### Anomalies mictionnelles

Pollakiurie, rétention d'urine, incontinence, pyurie, odeur, trouble

>>>>>>>>> **cystites**

### Fièvre inexpiquée

- ∑ infectieux d'allure septicémique
- Hyperthermie brutale, douleurs lombaires, frissons
- atteinte de l'état général, signes digestifs

VS > 30mm, CRP >20 T° > 38°5

>>>>>>>>> **pyélonéphrite aiguë**

## Prostatites

Sujet jeune période d'activité génitale

Antécédents urétrites

Sujet âgé adénome prostatique, sondages

manœuvres instrumentales

Aigues TR épididymite aigue et orchépididymite

Chroniques exacerbé par rapports sexuels

position assise prolongée

Si récidivantes □ spermoculture

*E. coli*, entérocoque et ... *Chlamydia*, BK, mycoplasmes ...

# Physiopathologie de l'infection

## Origine des bactéries

- ▶ Infection hématogène si septicémie, rare (staph, candida, salmonelle)
- ▶ Infections ascendante voie urétrale  
→ germes intestinaux sur le périnée → urètre
- ▶ Femme reflux urétérovésical  
Importance des activités sexuelles (Kunin)  
Colonisation de l'urètre par adhésion bactérienne  
Longueur urètre, facteur de Stamey  
Infection iatrogène

## Développement de l'infection

Urine stérile mais milieu de culture ++++ traces de sucre

## Moyens de défense

- Tractus urinaire = 0 sauf lésion
- Dynamique du flux urinaire
  - >>> vidange de la vessie
  - >>> apport hydrique

## Facteurs aggravants

- ▶ Anomalies de l'appareil excréteur
- ▶ Lithiase urinaire
- ▶ Sujets à risque élevé
  
- ▶ Femme en période génitale
  - 1% à 20 ans
  - 6% 60 ans
  - 10% à 70 ans
- ▶ Grossesse 5 à 6% dont 50% asymptomatique
- ▶ Enfants d'âge préscolaire malformations
- ▶ Sujets âgés et alités, diabétique, ID, lésions tumorales
- ▶ Antécédents chirurgicaux voies urinaires
- ▶ Bilharziose associée chez l'africain

## Conduite à tenir

- ▶ Recueillir une urine non contaminée
- ▶ Urines du matin
- ▶ Milieu du jet (sauf urétrites)
- ▶ Après toilette des voies génitales externes avec antiseptique non moussant et rinçage au sérum physiologique
- ▶ Nourrisson pochette stérile
- ▶ Sondage vésical si rétention, grabataires ou comateux
- ▶ Ponction sus pubienne seringue I.V. 20ML → 1% hématurie
- ▶ Acheminer et ensemer rapidement
  - Δ basé sur numération
  - Conservation +4°C ou Uricult

## Interprétation de l'ECBU

Leucocyturie > 5 mm<sup>3</sup>

Numération bactérienne

10<sup>3</sup> contamination

10<sup>5</sup> infection

Infection monomicrobienne

quelquefois 2

>2 = faute de transport  
contamination

Fistule intestinale

## Artefacts

Numération bactérienne

diurèse abondante, pH acide, bactéries de culture lente (anaérobies, *Chlamydia*)  
sonde (écoulement permanent)

Σtologie sans bactériurie

infections décapitées, urétrites

tuberculose urinaire

abcès du rein

cystite virale

Σ prémenstruel

pollakiurie (diabète ou Σ hypophysaires)

brulures mictionnelles et intolérance aux antiseptiques

## Bactéries isolées

► Premier épisode ou récurrence lointaine

E.coli 80%, P. mirabilis 10%, Klebsiella 3%, Entérocoque 2%, staphylocoque 1%

► Réinfection à court terme

E.coli 60%, P. mirabilis 20%, Klebsiella 15%

► Malades sondés /opérés

Klebsiella 50%, P. mirabilis 30%, E. coli 10%

Serratia 5%, Enterobacter 3%, Pseudomonas 3%

## Traitement des cystites

► Guérison spontanée 30 à 40%

► Petits remèdes .....grands résultats!

diurèse (été), correction des troubles intestinaux

vidange de la vessie « en prenant son temps »

Uriner après les rapports sexuels

Après la selle s'essuyer d'avant vers l'arrière

Eviter pantalons serrés et sous vêtements synthétiques qui favorisent la transpiration

Vaginite à Trichomonas ne répond pas à un antibiotique urinaire

► Un verre d'eau toutes les heures 10<sup>6</sup>-----> 10<sup>2</sup>

## Traitement Conventionnel 7 à 10 jours

### ► Traitement court

compliance , prix, tolérance, écologie bactérienne  
diminution de la candidose

3g amoxicilline ( sous réserve)

3 Bactrim forte

3g Monuril

Pas de céphalosporines

Traitement raccourci 3j

## Traitement à dose unique

Critères d'inclusion

- Femme de moins de 50 ans
- infection urinaire >3J
- pas de fièvre ou de douleurs abdomino-lombaires
- pas de lésion urologique sous-jacente
- pas d'interventions endoscopiques récentes
- pas de grossesse en cours
- pas de pathologie sous-jacente (HTA, ID, diabète, corticothérapie)

Mais ECBU de contrôle post thérapeutique (>8j)

## Cystites récidivantes

Groupe AB, B, HLA A3

Si cause urologique éliminée  
récidives > 4 par an

----- → Traitement préventif

► continu : 1/3 ou 1/4 le soir au coucher ( stase nocturne)  
FQ ou Bactrim

► discontinu: 1cp Bactrim 2 à 3 fois /semaine

- Si rapport sexuel 1cp avant le rapport + un grand verre d'eau
- Durée 6 mois à un an
- Arrêt 50% de rechutes

## New trends in UTIs

- continuous low dose prophylaxis
- intermittent treatment
- self administrated
- single dose antimicrobial therapy
- post coital antibiotic prophylaxis if sexual intercourse

## Nourrisson

- Toute infection urinaire doit être considérée comme parenchymateuse vraie ou potentielle
- Tt = pyélonéphrite + investigations urologiques

## Enfant

Enfant = nourrisson sauf cystite de la fillette

Si fonction rénale normale: oxyurose, vaginite, corps étranger intravaginal

## Femme enceinte

- ▶ Fréquence augmente âge, parité
- ▶ pas de disparition spontanée rechutes +++
- ▶  $\Sigma$  trompeuse
- ▶ risque mère pyélo + sepsis, septicémie néo-natale
- ▶ La femme enceinte ne veut pas se droguer
- ▶ Facteurs psychologiques, choix antibiotique limité
- ▶ Toute bactériurie même asymptomatique chez la femme enceinte doit être traitée
- ▶ La dose unique est possible stérilisant les urines pour 4 à 6 semaines

## SAD

- ▶ Si le malade supporte sa sonde et son microbe on prône l'abstention thérapeutique

15j - 3 semaines 50% des sondes infectées, 100% à un mois

- ▶ La tendance à vouloir traiter est contrariée par l'apparition de rechutes avec des bactéries de + en + résistantes. Il est illusoire de vouloir débarrasser le malade de son germe par Tt général ou local
- ▶ Surveiller la T° si  $\Sigma$  infection clinique, 40°C, frissons = pyélonéphrite
- ▶ Si changement de sonde 48h avant ECBU + ATBg  
Une heure avant injection aminoside ?

## Surveillance

- ▶ 3 à 5 j pour dépister les rechutes précoces
  - ▶ 15 j rechute et réinfection
  - ▶ 30 j réinfection
- ▶ Si pyélonéphrite contrôle mensuels 6 mois puis bisannuels 2 ans
- ▶ Le sédiment, la protéinurie, la leucocyturie n'auront de valeur pour le clinicien qu'après stérilisation des urines