

Infections urinaires :
recommandations AFSSAPS 2008

Dr Alain BERREBI
CHU Paule de Viguier Toulouse

Introduction

- **Infections urinaires communautaires : infections liées aux soins et vessies neurologiques exclues**
- **Données récentes prises en compte:**
 - Epidémiologie microbienne
 - Spectre des différents antibiotiques
- **Terminologie adoptée +++**

Terminologie (1)

- **Termes infection urinaire « basse » et « haute » abandonnés**
- **Infections urinaires simples : IU sans autre facteur de complication**
 - Cystites simples
 - Pyélonéphrites simples
- **Infections urinaires compliquées : IU avec un ou plusieurs facteurs de risques**
 - Cystites et pyélonéphrites compliquées
 - Prostatites

Terminologie (2)

➤ Remarques :

- Une IU dite simple peut être sévère : septicémie
- Une IU chez un sujet > 65 ans est dite compliquée, sauf si état général parfait et pas de co-morbidité
- Un homme qui présente une IU a, par définition, toujours une prostatite et une IU compliquée

➤ Le portage bactérien remplace les termes « colonisation urinaire » ou « bactériurie asymptomatique »

Cystites simples

➤ **Diagnostic : 3 signes**

- Brûlures à la miction
- Pollakiurie
- Mictions impérieuses

➤ **Test par bandelette urinaire (BU) L + N : VPN 95%**

➤ **Traitement probabiliste recommandé:**

- Première intention : fosfomycine trométamol (Monuril 5,6g) dose unique
- Deuxième intention :
 - nitofurantoïne (Furadantine 50 mg, 3 à 6/j) 5 j
 - fluoroquinolone (Ciflox 500mg, ½ cp x 2/j ou Oflocet 200 mg, 2 cp x 2/j per os) 1 à 3 j

Cystites compliquées

➤ **Diagnostic : BU + ECBU**

➤ **Traitement :**

- S'il peut être différé : attendre antibiogramme
- Sinon : nitrofuradantine (Furadantine 50 mg, 6/j) 7 j
ou céfixime (Oroken 200 mg, 2/j per os) 5 j
ou fluoroquinolone (Ciflox 500mg, ½ cp x 2/j ou
Oflocet 200 mg, 2 cp x 2/j per os) 5 j

➤ **Pas de traitement dose unique**

➤ **ECBU de contrôle si évolution défavorable**

Cystites récidivantes (1)

- **Au moins 4 épisodes en 1 an**
- **Traitement de chaque épisode identique à celui des cystites simples**
- **BU, ECBU + bilan étiologique au cas par cas**
- **Si échec : antibiothérapie en continue (Furadantine 50mg, 1/j ; Bactrim F, 1/j)**
- **Si en rapport avec les relations sexuelles :**
 - **Prévention par miction post-coïtale systématique**
 - **Si échec : prophylaxie post coïtale**

Cystites récidivantes (2)

- **Traitements prophylactiques non antibiotique :**
 - Canneberge (proanthocyanidines) : en faveur d'une efficacité sur E. Coli, preuves insuffisantes
 - Méthénamine : non recommandé, aucun effet prophylactique démontré
 - Nitrate d'argent par instillation : idem
 - Autres : apports hydriques > 1,5 l
mictions non retenues
régularisation du transit intestinal
miction post-coïtale
arrêt de l'utilisation des spermicides

Pyélonéphrite aiguë simple

➤ Signes :

- Fièvre + frissons
- Douleurs FL + irradiation vers organes génitaux

➤ Diagnostic : BU + ECBU + ECHO rénale et vésicale

➤ Traitement : hospitalisation sauf cas particuliers

- T° probabiliste : ceftriaxone (Rocéphine 1g, 1/j IM ou IV)
céfotaxime (Claforan 1g, 3/j IM ou IV)
fluoroquinolone (Ciflox 500mg, 1/2 cp x 2/j
ou Oflocet 200 mg, 2 cp x 2/j per os)
- Si sepsis grave : ajouter un aminoside 3 j IV

➤ Relais par voie orale en fonction de l'antibiogramme

Pyélonéphrite aiguë compliquée

- **Signes et diagnostic : idem pyélonéphrite simple**
- **Traitement : hospitalisation systématique**
 - Traitement probabiliste parentéral : idem
 - Relais per os 10 à 14 j, parfois 21 j, en fonction de l'antibiogramme : idem
- **Suivi clinique et biologique (BU + ECBU) à 3 j puis à 4-6 semaines**
- **Traitement urologique urgent si obstacle**

Prostatite aiguë

- **Toute infection urinaire chez l'homme doit être gérée comme une prostatite**
- **Signes :**
 - Fonctionnels urinaires (brûlures, impériosités, rétention)
 - Généraux : fièvre, frissons
- **Diagnostic : examen clinique complet (TR), ECBU, ECHO voies urinaires, IRM ou ECHO prostate**
- **Traitement :**
 - Probabiliste : idem pyélonéphrite
 - Relais per os, 10 à 14 j voire plus de 21 j, en fonction de l'antibiogramme

IU de la femme enceinte (1)

➤ **Portage bactérien :**

- Recherche systématique recommandée à partir du 4ème mois (BU)
- Pas de signe clinique et 2 cultures positives
- Traitement en fonction de l'antibiogramme, per os 7 j

Traitements 3 j et en dose unique non recommandés

- ECBU de contrôle 8-10 j après arrêt du traitement

IU de la femme enceinte (2)

➤ **Cystite aiguë gravidique :**

- **Signe et diagnostic : idem cystite aiguë compliquée**
- **Traitement probabiliste systématique et sans retard +++**
- **Céfixime (Oroken 200 mg 2/j, per os) ou nitrofuradantine (Furadantine 50 mg, 6/j)**
Clamoxyl, Augmentin, Bactrim non recommandés car E. Coli le plus souvent résistant
- **Relais per os en fonction de l'antibiogramme 7 j (Clamoxyl, Augmentin sauf si accouchement imminent, Oroken, Furadantine, Bactrim à éviter au 1er trimestre)**

IU de la femme enceinte (3)

➤ **Pyélonéphrite aiguë :**

- Hospitalisation systématique
- ECBU + PV + hémocultures (listériose) + vitalité fœtale
- T° probabiliste :
Céphalosporine 3e génération : ceftriaxone (Rocéphine 1 à 2g/j IV) ou céfotaxime (Claforan 3g/j IV)
Si forme grave, rajout d'un aminoside 3j
Si allergie, avis expert
- Relais par voie orale 14 j : selon antibiogramme
(Augmentin sauf si accouchement imminent, Bactrim sauf si premier trimestre)