Infections des voies urinaires

Dr Jean Gérain
Infectiologue
CHIREC

Infections des voies urinaires

- Balanite/vulvo-vaginite
- Urétrite
- Prostatite
- Bactériurie asymptomatique
- Cystite (banale, sur sonde)
- Pyélonéphrite aigüe

Balanite / vulvo-vaginite

- N° 1 = *Candida sp. (albicans)*
- IST la plus fréquente

Balanite / vulvo-vaginite

- Prurit
- Irritation vulvaire
- Dyspareunie, dysurie
- Pertes vaginales anormales

Balanite / vulvo-vaginite

- Non compliquée:

  sporadique, rare; peu Σique

  Pt immunocompétent; post-AB

- Compliquée:

  récurrente (> 4/an), fort Σique

  Diabète, immunosuppression, grossesse

  Candida non-albicans

Balanite / vulvo-vaginite

- Simple: traitement topique

  Fluconazole 150 mg x 1

- Compliquée: culture et antifungigramme

  (Candida non-albicans ?)

  10 – 14 j de traitement

  traiter le/la partenaire

  traitement au long cours …?

Balanite / vulvo-vaginite

N'oublions pas

l'herpes

la syphilis . . .

Infections des voies urinaires

- Balanite/vulvo-vaginite
- Urétrite
- Prostatite
- Bactériurie asymptomatique
- Cystite (banale, sur sonde)
- Pyélonéphrite aigüe

Urétrite

- IST
- Incubation 4 – 15 j
- chez l'homme :
  - urétrite avec écoulement
  - dysurie 50-90%
  - brûlures mictionnelles (gono !)
- chez la femme :
  - cervicite avec leucorrhées,
  - dysurie, dyspareunie

- ! localisations pharyngée ou ano-rectale !

Urétrite

Etiologie:

Neisseria Gonorrhoeae
Chlamydia trachomatis
Trichomonas vaginalis
Mycoplasma genitalium
Herpes simplex
Ureaplasma urealyticum

Urétrite

Examens à faire: 2 frottis urétraux

- 1 pour examen direct et culture (gonocoque), à envoyer DIRECTEMENT au labo
- 1 pour PCR Chlamydia

PCR sur les urines …

Urétrite : traitement

Problème de la résistance du gonocoque

- à la pénicilline (15 %)
- aux quinolones (61 % en Belgique)

Problème de la difficulté de Δ le Chlamydia

DONC :

Il faut traiter les 2 → germes

Il faut traiter les 2 → partenaires (en même temps)

Urétrite

- ***gonocoque*:**
  - *ceftriaxone ROCEPHINE ® (125 mg IM)*
  - *spectinomycine TROBICIN ® (2 gr IM)*
- ***chlamydia*:**
  - *doxycycline (2 x* 100 mg/j x 7j)
  - *azithromycine (1 gr one shot)*
- ***étiologie non déterminée: les 2***

Urétrite: réflexe "spinal"

Dépistage obligatoire des IST:

VIH

Hépatites B et C

Syphilis

Chlamydia

En profiter pour « sermonner »

! Recrudescence des IST !

Infections des voies urinaires

- Balanite/vulvo-vaginite
- Urétrite
- Prostatite
- Bactériurie asymptomatique
- Cystite (banale, sur sonde)
- Pyélonéphrite aigüe

PROSTATITE AIGÜE

- (épididymite, orchite)

  ttt CIPROXINE ® 500 mg x 2 / j ;

  durée: 3 - 6 semaines

  PAS de massage prostatique (sepsis!)

  * contexte vénérien:

    recherche gonoc,chlamydia (EMU,HC)

    séro Σ + HIV chez le pt et partenaire

    traiter le partenaire !

Guidelines d'Erasme, 2008

PROSTATITE AIGÜE

ttt: CIPROXINE ® 500 mg x 2 / j

* hors contexte vénérien (ou manip uro):

prévoir échographie

si septique: ttt = PNA « septique »

durée: 3 – 6 semaines

Guidelines d'Erasme, 2008

PROSTATITE CHRONIQUE

souvent a/peu symptomatique,

cystites récidivantes

Faire: EMU + culture (après massage), écho

ttt: CIPROXINE ® 500 mg x 2/j

(4 – 6 semaines)

COTRIMOXAZOLE 1 co F x 2/j

(3 mois) *si échec: 1 an …?*

Guidelines d'Erasme, 2008

Infections des voies urinaires

- Balanite/vulvo-vaginite
- Urétrite
- Prostatite
- Bactériurie asymptomatique
- Cystite (banale, sur sonde)
- Pyélonéphrite aigüe

Bactériurie asymptomatique

= 2 urinocultures à $\geq 10^5$ colonies/ml pour le même germe (prélevées à au moins 48 heures d'intervalle) en l'absence de signes cliniques

Indications formelles de traitement d'une bactériurie asymptomatique:

femme enceinte, enfant de moins de 6 ans

bactériurie > 3-5 j après retrait de la sonde vésicale ou après manoeuvre endoscopique

-

Bactériurie asymptomatique

- Si urines infectées, traiter avant toute manoeuvre endoscopique ou chirurgicale

  (1 à 2 doses, selon ABgramme)

  <u>Sonde vésicale</u> (vessie neurogène, ..):

  PAS de symptômes = PAS d'indication de traitement

Ne pas oublier de retirer la sonde urinaire *ASAP* !

Bactériurie asymptomatique: TTT

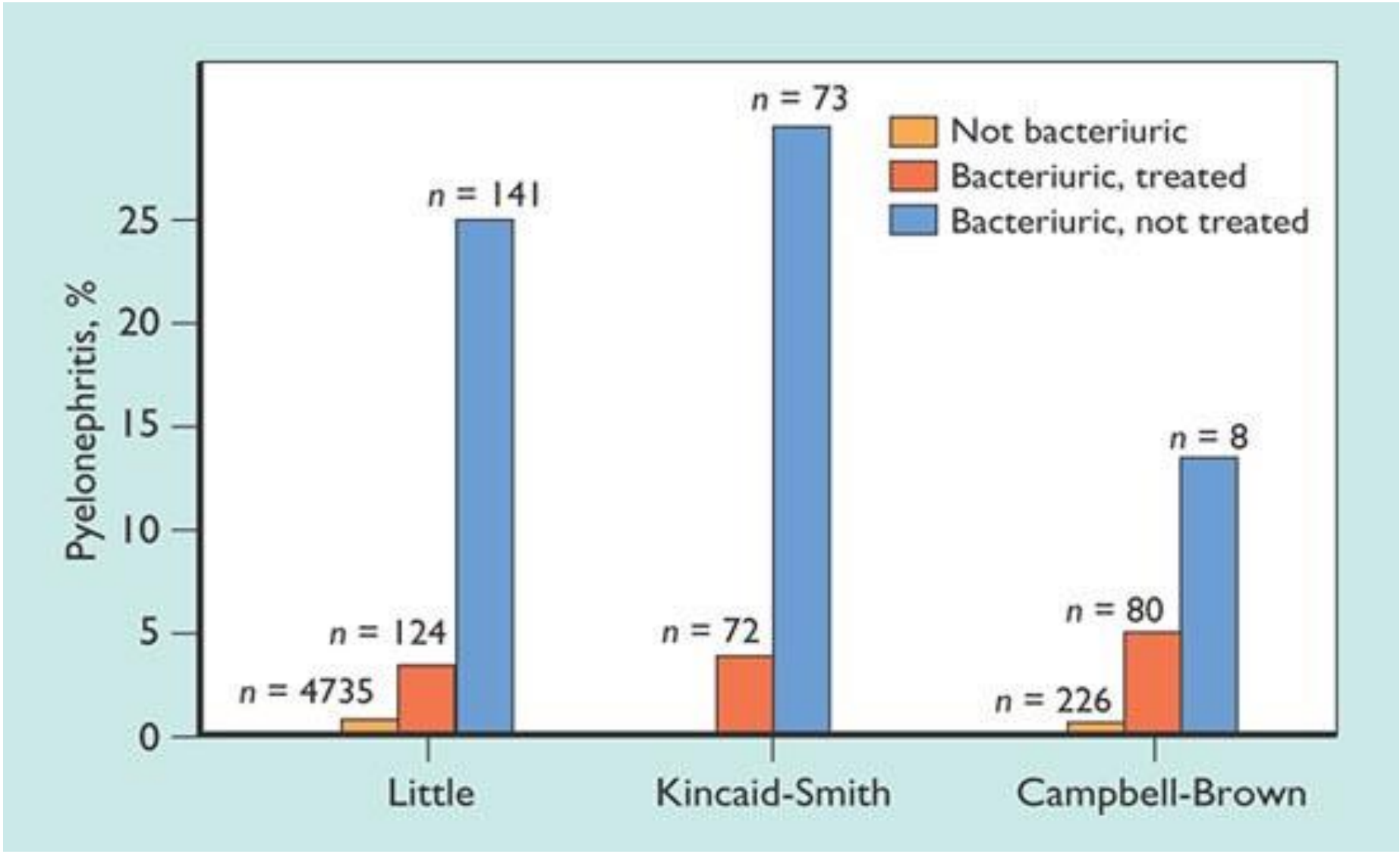
- Selon l'antibiogramme !
- 3 (à 7 ?) jours

- ***Femmes enceintes***: id, mais contrôle bactériologique 1 semaine après la fin de traitement et 1 x/mois jusqu'en fin de grossesse.

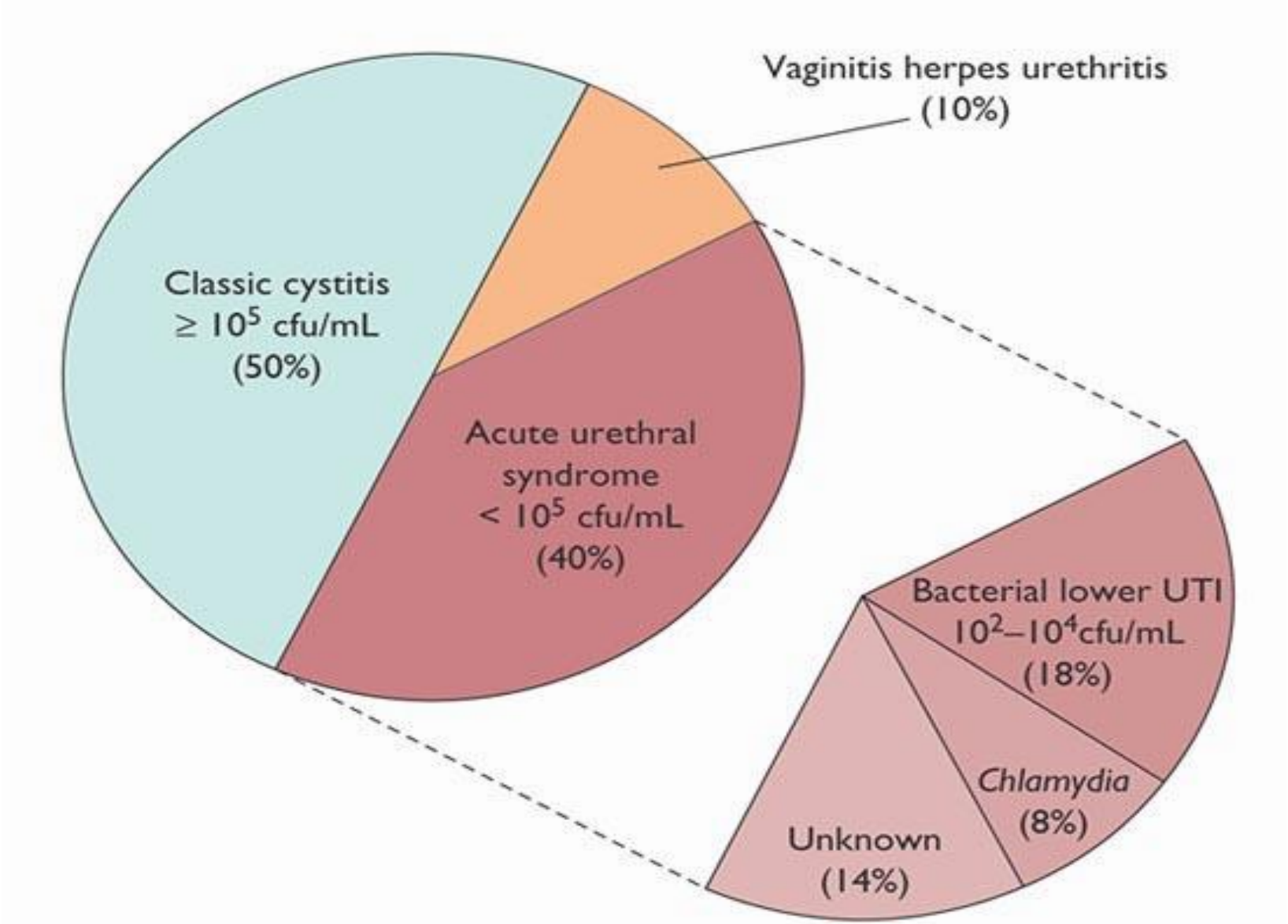
- si 1ère récidive: retraiter 7-10j (ABgramme)
- si 2ème récidive (surtout après le 6ème mois): nouvel essai de traitement adapté pendant 7-10j et poursuivre par un traitement suppressif (nitrofurantoïne, amoxy, céfurox) jusqu'à acc + 15j

+ Bilan urologique !!

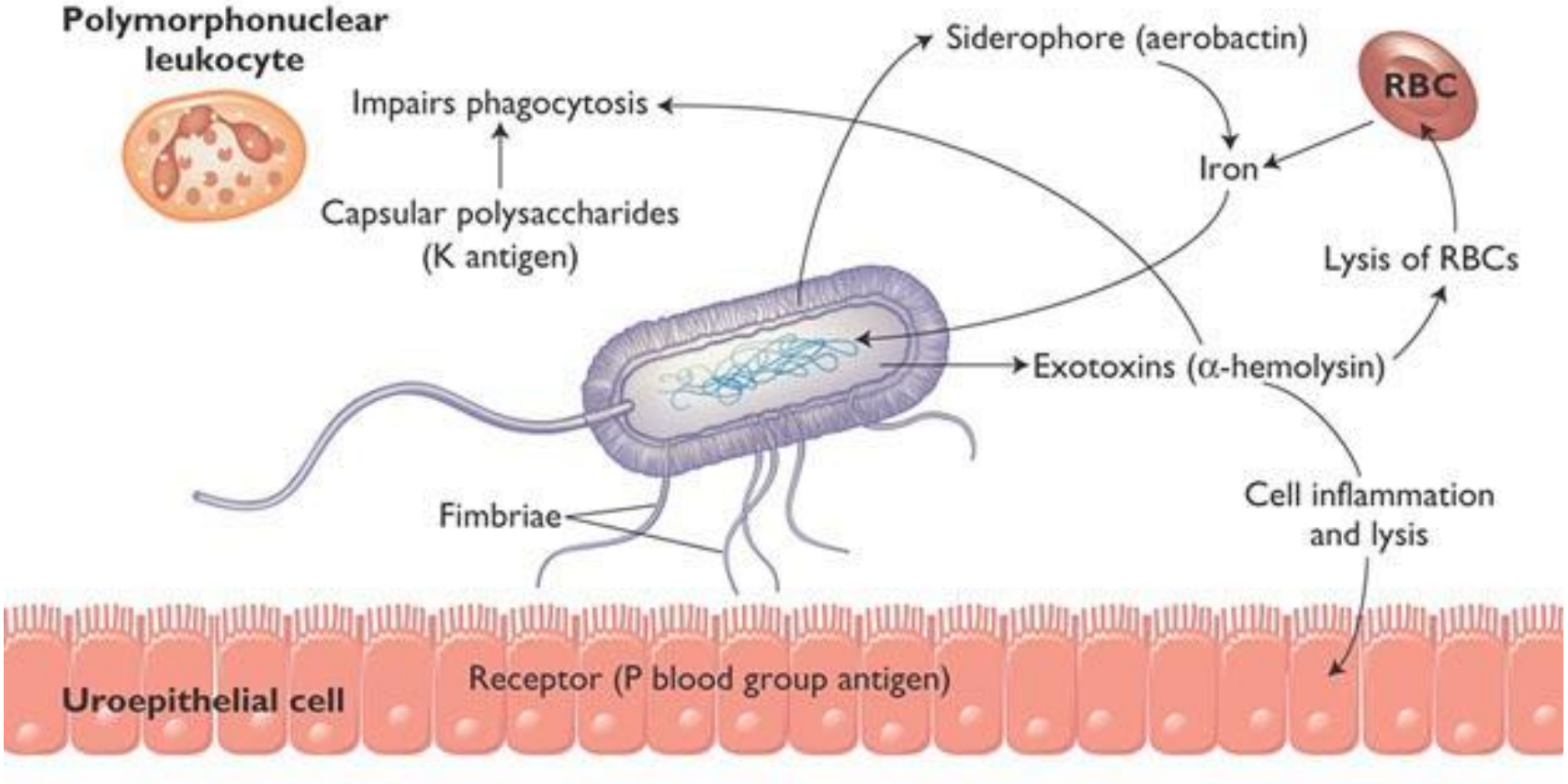
PNA en fin de grossesse: *intérêt de traiter la bactériurie*



Classification des CYSTITES



Facteurs bactériens de virulence



Défenses anti-bactériennes des voies urinaires

- Urine (osmolality, pH, organic acids, urine flow and micturition)
- Urinary tract mucosa (bactericidal activity, cytokines)
- Urinary inhibitors of bacterial adherence
  - Tamm-Horsfall protein
  - Bladder mucopolysaccharide
  - Low-molecular-weight oligosaccharides
  - Secretory immunoglobulin A (SIgA)
  - Lactoferrin
- Inflammatory response (PMNs, cytokines)
- Immune system (humoral immunity, cell-mediated immunity)
- Miscellaneous (prostatic secretions)

CYSTITE

Infection non compliquée des voies urinaires

Une infection **non compliquée** des voies urinaires est une infection des voies urinaires chez une femme adulte en bonne santé, non enceinte chez laquelle tout autre diagnostic possible, par ex. d'ordre gynécologique, est exclu. Il ne doit y avoir aucun antécédent ni signe clinique de malformation des voies urinaires. Il ne s'agit pas d'une rechute à court terme (< 3 mois).

Il n'existe aucune autre pathologie ni situation spécifique qui aggrave le risque d'infections ascendantes. On parle souvent de « cystite ». D'après le critère classique de Kass, on parlera d'infection des voies urinaires au-delà de 10 5 cfu/ml 2.

CYSTITE

Infection **compliquée** des voies urinaires

Par infection compliquée des voies urinaires, on entend une infection des voies urinaires qui s'étend au rein. Une extension jusqu'à la prostate est également possible chez l'homme. Chez un patient à risques, jusqu'à preuve du contraire, une infection des voies urinaires est considérée comme compliquée. C'est le cas des infections des voies urinaires concernant les hommes, les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes et les patients porteurs d'un cathéter urinaire.

CYSTITE: traitement

Nitrofurantoïne (Furadantine ®)100mg x 3 po

ou

Nifurtoinol (Urfadyn ®)100 mg x 2 po

ou

Fosfomycine (Monuril ®) 3 gr prise unique

→ Durée: 5 **jours** *

(mieux qu'1, =7)

*** si :** femme jeune non enceinte, avec dysurie et pollakiurie d'installation récente, sans symptômes d'infection urinaire haute, et sans affection urologique sous-jacente.

Guidelines d'Erasme, 2008

CYSTITE: traitement

Indications de traitement de 7-10 jours: chez l'homme et l'enfant ou en cas d'antécédents de pyélonéphrite ou d'anomalie de l'arbre urinaire, d'anomalies morphologiques (obstruction,…) ou fonctionnelles (vessie neurogène,…) de l'arbre urinaire, d'affections métaboliques sous-jacentes (diabète, insuffisance rénale,…), présence de corps étrangers (sonde urétérale,…) ou en cas d'infection nosocomiale ou post-endoscopie urologique.

Si cystite « post-coïtale »: envisager un ttt minute post-coïtal.

Eviter l'utilisation des quinolones !!

Guidelines d'Erasme, 2008

CYSTITE: traitement

Place des fluoroquinolones ? OUI

Cystite récidivante chez une femme jeune

(2/6 mois ou 3/an)

Cystite chez la femme ménopausée

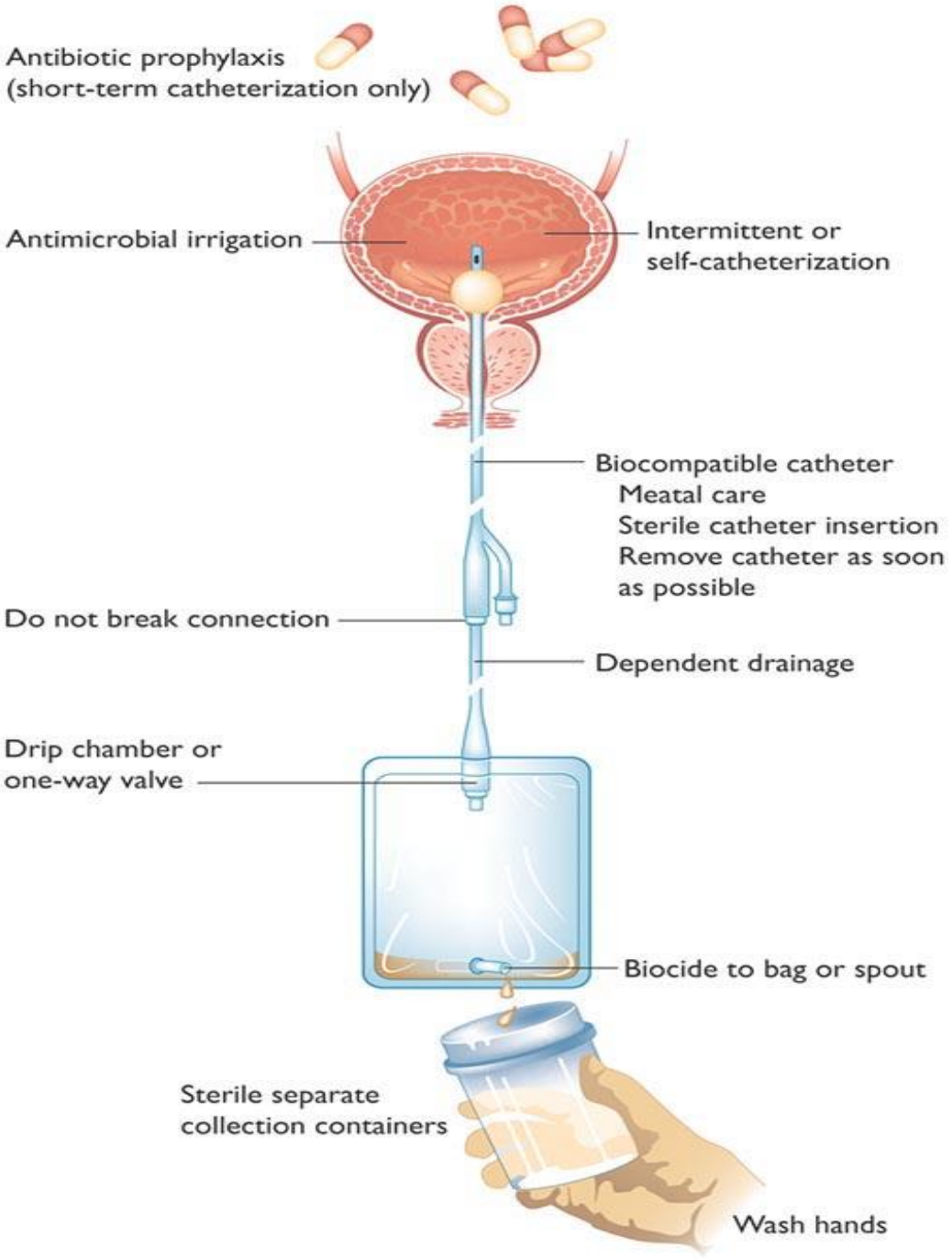
! Durée de traitement: 3 j

!Intérêtd'un bilan uro: femme ménopausée seulement

Guidelines d'Erasme, 2008

CYSTITE sur sonde:

prévention



"CYSTITE" sur sonde à demeure

Culture de routine: OUI (1/15j, 1/mois ..)

Quand traiter ?

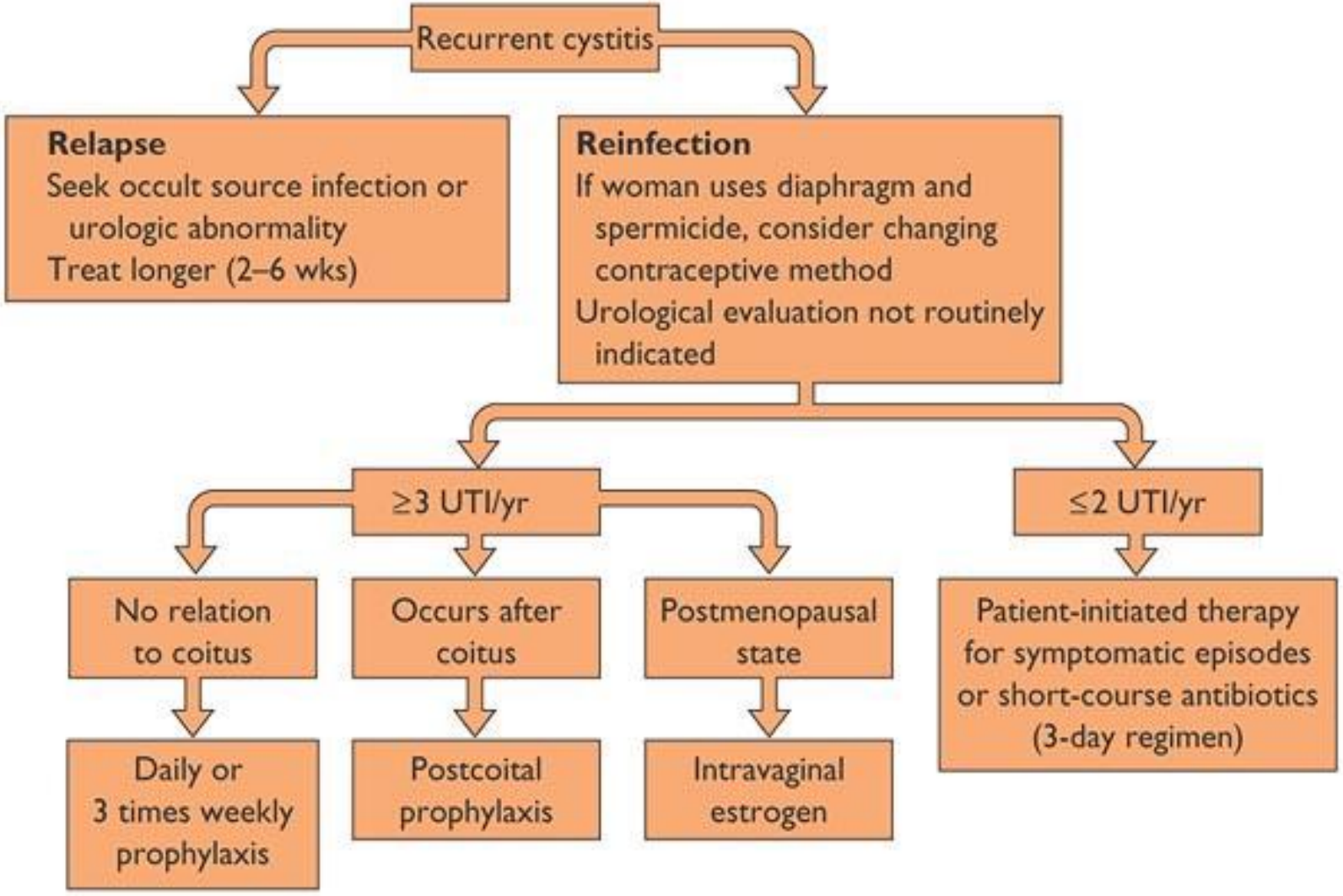
- Infection <u>symptomatique uniquement</u>

"on ne traite jamais un résultat de laboratoire . . ."

- Avant endoscopie/chirurgie

Ne jamais traiter une candidurie !

CYSTITE récidivante



Infections des voies urinaires

- Balanite/vulvo-vaginite
- Urétrite
- Prostatite
- Bactériurie asymptomatique
- Cystite (banale, sur sonde)
- Pyélonéphrite aigüe

PYELONEPHRITE AIGUE (PNA)

- Clinique: cystite + signes généraux + PCL
- Examens: EMU + culture

  HC, échographie

  CT si infections répétées, suspicion de lithiase, sepsis, UTI chez l'homme

PYELONEPHRITE AIGUE (PNA) "non septique"

- ciprofloxacine (CIPROXINE®) 500mg x 2 po
- Femme enceinte: cefuroxime axetil (ZINNAT®) 500mg x 2 po

  amox-ac.clav. (AUGMENTIN®) 875mg x 2 po ou

Durée du traitement: 7 - **14j**

Si rechute: antibiothérapie pendant 6 semaines

Contrôle de l'urinoculture 2 semaines après la fin du traitement

Guidelines d'Erasme, 2008

PYELONEPHRITE AIGUE (PNA) "septique"

- Témocilline (NEGABAN®) 2g x 2 IV ou
- Cefuroxime (ZINACEF®) 1.5g x 3 IV ou
- Amox-ac.clav. (AUGMENTIN®) 2g x 3 IV ou
- Ciprofloxacine (CIPROXINE®) 400mg x 2 IV

+

Amikacine (AMUKIN®) 25 mg/kg x 1 IV (pdt 3 j)

Guidelines d'Erasme, 2008

PYELONEPHRITE AIGUE (PNA)

Après 1-2 jours d'apyrexie sous traitement IV, terminer le traitement par voie orale

Si pas d'amélioration clinique après 24-48h, faire échographie/CT scanner rénal pour exclure un obstacle urinaire ou un abcès périnéphrétique (..)

Durée du traitement: (10)-14j(7-14j selon health.fgov)

Si rechute: antibiothérapie pendant 6 semaines

Contrôle de l'urinoculture 2 semaines après la fin du traitement

Guidelines d'Erasme, 2008