




Infections urinaires actualités


Jeudi 17 novembre 2016

Le Havre



Introduction

- Diagnostic souvent difficile et porté à tort
 - Buts de la prise en charge :
 - Identifier, traiter l'infection
 - éviter la récurrence
 - évaluer le risque de séquelles
 - éviter les investigations et les traitements inutiles .
- 



Risques

- Cicatrices rénales définitives:
 - 10 à 40 %
 - (risque HTA, IRC)
- Favorisées par:
 - Retard au traitement ATB
 - Récidive des PNA
 - Age < 3mois




Problème de l'age

- Cas de l'enfant : cystite ou pyélonéphrite.
- Cas du nourrisson :
 - infection urinaire = pyélonéphrite
 - fièvre isolée
- Cas du nouveau né (< 1 mois):
 - fièvre inconstante
 - bactériémie (20 à 30%),méningite (5%)
 - risque important de cicatrices rénales
 - bandelettes urinaires non fiables.



Méthode de collecte des urines

- Toilette soigneuse
- Nourrisson :
 - poche (30 à 60% faux positifs)
 - ponction vésicale (garçon < 1an)
 - cathétérisme vésical (fille)
- Enfant : milieu de jet
- Conservation: 30mn à 37°, 3 h à 4°.



Dépistage par bandelettes urinaires

➤ Leucocytes, nitrites, hématies

valeur prédictive négative: 98%

valeur prédictive positive: 65%


Excepté le nouveau né et le patient sous traitement prophylactique

Germes et voies d'infections

- Bacilles Gram négatifs (E. coli) 90 %
dont 4,5 % BLSE (urg. Péd. Caen 2014)
dont 8 % BLSE (urg. Péd. Caen 2015)
- Cocci Gram positifs (Entérocoques) 10 %

Voie ascendante chez l'enfant

Voie hématogène aussi chez le nouveau né



Investigations radiologiques en période aiguë

- Echographie rénale

 - dilatation des voies urinaires

 - signes indirects de pyélonéphrite

 - (image hypoéchogène parenchymateuse)



Diagnostic positif de Pyélonéphrite

- Hyperthermie
- Syndrome inflammatoire :
(CRP > 20 mg/l ou PCT > 0,5 µg/l)
- Bandelette urinaire
- ECBU: leucocyturie > 10 000/ml
examen direct positif
bactériurie > 10⁵ germes/ml
- Imagerie: échographie.

Traitement des pyélonéphrites (1) (bacille gram – à l'examen direct)

- **Ceftriaxone** IV ou IM (50mg/kg) (1x/j)
- Ou **Amikacine**: 30 mg/kg/j (si ATCD BLSE ou patient sous traitement ATB prophylactique) (adapter selon DFG)

Durée 2 à 5 j puis relais PO selon antibiogramme (Bactrim plutôt que céfixime)

- Ou **Cefixime** : 8mg/kg/j en 2 prises (si âge > 6 mois, si fièvre < 48h, CRPm <90 mg/l, pas d'ATCD de pyélonéphrite et d'uropathie, état général conservé, pas de dilatation des cavités à l'échographie.)

Durée totale du traitement ATB 10 à 14 j

Traitement des pyélonéphrites (2) (cocci gram + à l'examen direct)

- **Amoxicilline** IV (100 mg/kg/j) (3 à 4 x / j) pendant 2 à 4 jours
- + **Gentamicine** IV (3 mg/kg/j) (1x/j) 2 à 4 j
- Puis cotrimoxazole PO ou ciprofloxacine PO en deuxième ou troisième intention chez l'enfant prépubère
- Durée totale du traitement: 10 à 14 j


Traitement des pyélonéphrites (3)

Hospitalisation (si age < 3 mois, uropathie sévère, foyer de néphrite à l'échographie, forme septicémique ou déficit immunitaire)

- + **Gentalline**: 3 mg/kg/j (1x/j 2 à 4 j
- Puis relais PO par **sulfaméthoxazol** ou **céfixime**
Durée totale du traitement: 10 à 14 j
- Si allergie au bétalactamines: **Gentalline** en monothérapie 2 à 4 j puis relais PO.
- Si BLSE: **Amikacine** + **Tazocilline**


Conduite à tenir

- Pas de bilan biologique pour les patients traité par Céfixime en première intention (sauf CRPm)
- **Echographie rénale systématique** dans les 48 h
- Suivi
 - évaluation clinique à 48-72h
 - (pas d'ECBU, ni bilan biologique systématique)



Spectre de résistance aux antibiotiques du E. coli (hors BLSE)

- Ampicilline, amoxicilline: 60 à 65%
- Amoxicilline+Acide clavulanique: 50%
- Céfixime: 2 à 3 %
- Céfotaxime, Céftriaxone: 2%
- Amikacine: 2%
- Imipénem: 0%
- TMP-SMX: 40%



Indications de la cystographie

- Seulement si deuxième pyélonéphrite (jamais au décours du premier épisode)



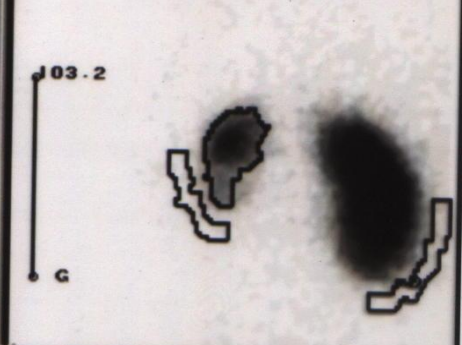
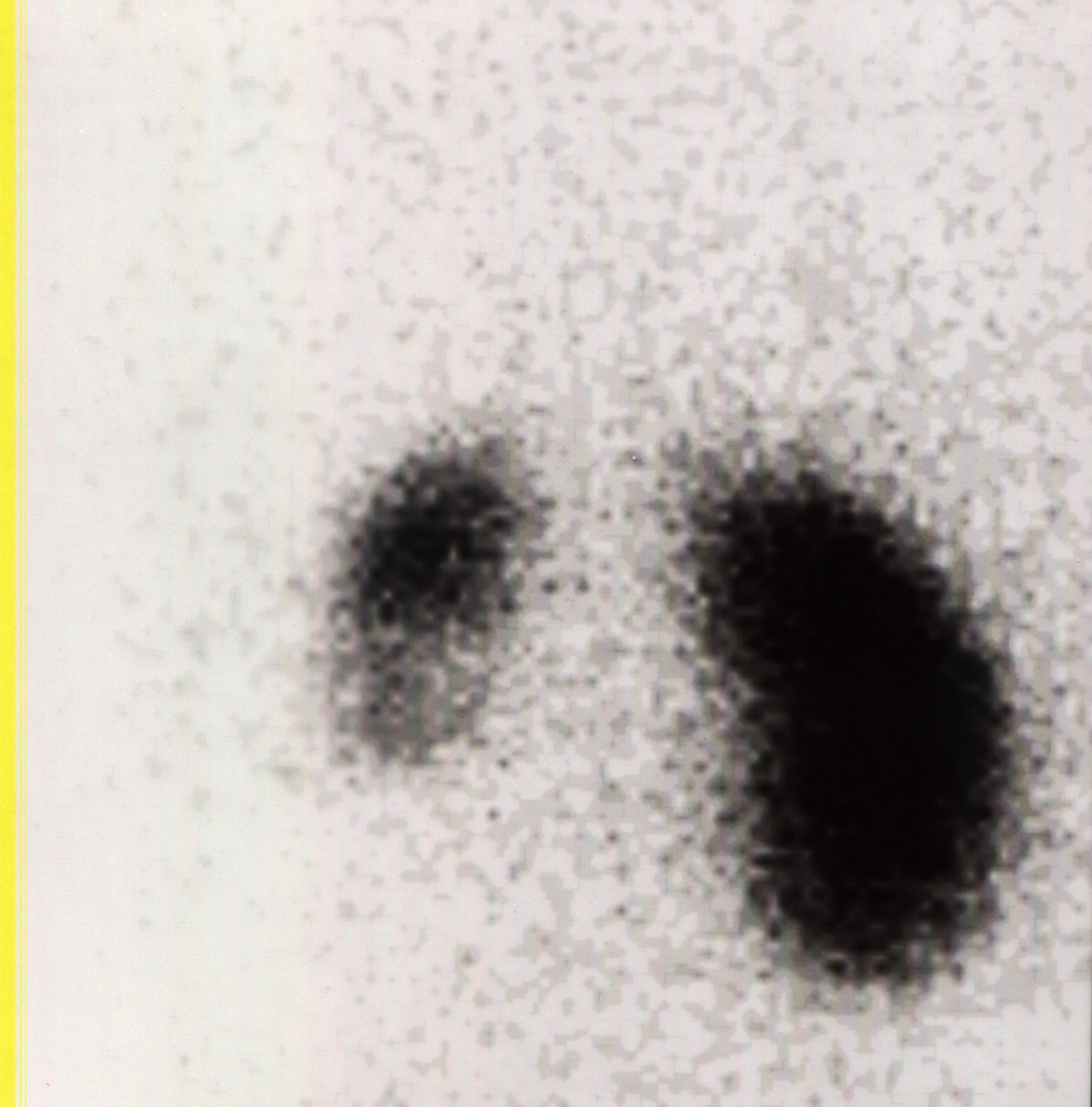
Evolution spontanée du reflux vésico-urétéral

- RVU stade 1 et 2 : régression
80 à 90%
- RVU stade 3 : régression 60%
- RVU stade 4 : régression 30%



Intérêt de la scintigraphie rénale au DMSA

- Recherche de cicatrices rénales
- A réaliser 4 à 6 mois après une pyélonéphrite
- Indications :
 - Foyer de néphrite à l'échographie au décours de l'infection
 - Plusieurs pyélonéphrites (> 3)



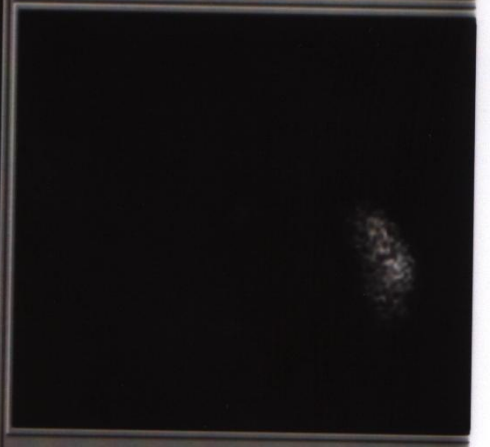
Fixation Rein Droit :

29.86 %

Fixation Rein Gauche :

5.51 %

20 % < Normale < 27 %



Indication d'antibiothérapie prophylactique

- Dans l'attente de la cystographie
- Cystite à répétitions
- Bactrim*: 5 à 10 mg/kg le soir (à partir de 6 semaines, sinon céphalo 2 ième G)
ou Nitrofurantoïne : 0,5 à 1 mg/kg/j le soir
(à partir de 6 ans)



Indications chirurgicales du reflux

- Après l'âge de 1 an
- Existence d'un RVU
- À partir de la troisième pyélonéphrite
- Présence de cicatrices rénales
- Cohen chez le nourrisson
- Injection de Deflux par cystoscopie après l'âge de 1 an



Infection urinaire basse

- Oroken 8 mg/kg/j , 7 j en 2 prises
ou selon antibiogramme
- Boissons abondantes
- Miction complètes
- Hygiène périnéale
- Recherche instabilité vésicale après l'âge de 5 ans
(cystites à répétitions)

CONCLUSION

- Difficulté de diagnostic
- Prise en charge bien codifiée
- Intérêt des urgences pédiatriques :
diagnostic plus rapide (CRPm, BU, bilan bio, Echographie)
centralisation des examens
prise en charge thérapeutique adaptée
limitation des hospitalisations