

Définitions

Le 24/12/24

- ▶ motif fréquent de consultation.
- ▶ nombreux sites potentiels d'infection de gravité diverse, et c'est la symptomatologie qui oriente le diagnostic.
- ▶ Attention, changement :
 - ▶ le terme d'infection urinaire à risque de complication remplace le terme d'infection urinaire compliquée ;
 - ▶ l'infection urinaire masculine remplace la classique prostatite
 - ▶ le sujet âgé n'est pas seulement défini par son âge mais aussi par son état général ;
 - ▶ On ne dit pas « bactériurie asymptomatique » mais colonisation bactérienne.

prise de notes = Dr tahiri yasmine

Définitions

- ▶ motif fréquent de consultation.
- ▶ nombreux sites potentiels d'infection de gravité diverse, et c'est la symptomatologie qui oriente le diagnostic.
- ▶ Attention, changement :
 - ▶ le terme d'infection urinaire à risque de complication remplace le terme d'infection urinaire compliquée ;
 - ▶ l'infection urinaire masculine remplace la classique prostatite
 - ▶ le sujet âgé n'est pas seulement défini par son âge mais aussi par son état général ;
 - ▶ On ne dit pas « bactériurie asymptomatique » mais colonisation bactérienne.

LIVE



Définitions



► On distingue :

- **les infections urinaires simples:** patients sans facteur de risque
- **les infections urinaires à risque de complication:** au moins un des facteurs de risque suivants :
 - anomalies organiques ou fonctionnelles de l'arbre urinaire, quelles qu'elles soient (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte récent...),
 - sexe masculin, du fait de la fréquence des anomalies anatomiques ou fonctionnelles sous-jacentes,
 - grossesse,
 - sujet âgé : patient de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans avec ≥ 3 critères de fragilité (critères de Fried : perte de poids involontaire au cours de la dernière année, vitesse de marche lente, faible endurance, faiblesse/fatigue, activité physique réduite),
 - immunodépression grave,
 - insuffisance rénale chronique sévère (clairance < 30 ml/min).

Important : le diabète n'est plus considéré comme un facteur de risque de complication



LIVE



Définitions

- **les infections urinaires graves :**
 - les pyélonéphrites aiguës (PNA)
 - les infections urinaires masculines :
 - un sepsis grave,
 - un choc septique,
 - une indication de drainage chirurgical ou interventionnel



LIVE



physiopathologie



- L'arbre urinaire est classiquement stérile, en dehors de l'urètre distal qui est colonisé.
- les techniques récentes d'analyse des ARN bactériens : les germes sont fréquents dans l'urine à des concentrations très faibles
- voie ascendante, à partir de la flore urétrale.
- Plus rarement, les pyélonéphrites et les prostatites peuvent être d'origine hématogène, dans le cadre d'une bactériémie: staph
- Les infections urinaires masculines: obstacle sous-urétral responsable d'une mauvaise vidange vésicale :
 - HBP ou cancer de la prostate
 - sténose urétrale.
 - vénérienne
 - intracapsulaire après biopsies de la prostate



LIVE



bacteriologie



- **Escherichia coli**; 60 à 80 % des germes identifiés,
- 70 à 95 % des cystites simples
- et 85 à 90 % des pyélonéphrites aiguës.
- Important: résistance croissante et préoccupante:
 - amoxicilline 45 %,
 - triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMX) 30 %,
 - fluoroquinolone 10 à 25 % (taux très variable en fonction des régions).
 - céphalosporines de 3e génération (C3G) injectables: proche de 5 %.
 - La production d'une bêtalactamase à spectre étendu (BLSE) est le principal mécanisme de résistance.



LIVE



teaching assistant

LIVE



BACTERIOLOGIE

- Profil de résistance au Maroc: E coli
- Ampicilline: 67 pcent
- AMC: 33 Pcent
- Cotrimoxazole: 38 pcent
- Ciprofloxacine : 32 pcent
- Cephalosporines : 19 pcent



Maghir...

LIVE



bacteriologie



► Les autres germes les plus fréquemment retrouvés:

- entérocoque, staphylocoque et Pseudomonas.
- Le risque de résistance est majoré en cas d'antibiothérapie récente (moins de 6 mois) ou de voyage dans une zone endémique, en particulier pour les fluoroquinolones.



LIVE



Diagnostic

- Le diagnostic d'une infection urinaire est essentielle





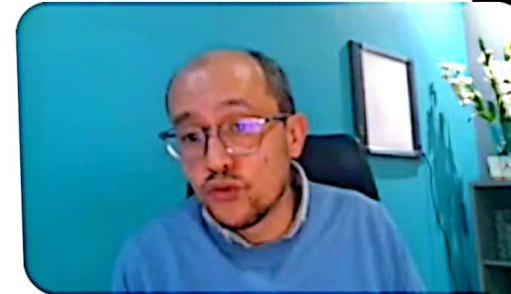
Diagnostic clinique et topograp



- ▶ **Cystite** : brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie et/ou la présence d'urines troubles ou hématuriques sans fièvre
- ▶ **Le syndrome infectieux** : atteinte parenchymateuse (rein, prostate) en présence d'une fièvre et de frissons, inconstants, évocateurs d'une bactériémie
- ▶ **pyélonéphrite aiguë** : douleurs d'une fosse lombaire ou de l'angle costo-lombaire, unilatérales, spontanées ou provoquées par la percussion, parfois associées à des signes digestifs (douleurs, vomissements, diarrhées).
- ▶ **Les infections urinaires masculines** : prostatite
 - ▶ douleurs pelviennes, périnéales, urétrales ou rectales, intenses et indépendantes de la miction
 - ▶ la présence d'une dysurie et/ou d'une rétention aiguë d'urine ; parfois associées à des douleurs lombaires ;
 - ▶ une prostate augmentée de volume, douloureuse au toucher rectal, de consistance « succulente ». Parfois, la forme clinique est moins évocatrice : syndrome infectieux isolé, céphalées, douleurs articulaires, syndrome pseudo-grippal, forme peu ou pas fébrile avec un toucher rectal normal.



Diagnostic bactériologique



- **La bandelette urinaire (BU) :**
- a une valeur d'orientation par la détection de leucocytes et de nitrites ;
- • nécessite de respecter une méthodologie rigoureuse : bandelettes non périmées, urines fraîches, temps de lecture avant interprétation ;
- • chez la femme symptomatique, l'absence simultanée de leucocytes et de nitrites présente une très bonne valeur prédictive négative (VPN > 95 %) en l'absence d'immunodépression grave. Une BU négative doit faire rechercher un autre diagnostic ;
- • chez l'homme, une BU positive pour les leucocytes et/ou les nitrites a une bonne valeur prédictive positive (VPP > 90 %). En revanche, une BU négative ne permet pas d'éliminer une infection urinaire.



Diagnostic bactériologique



- Attention, certains germes sont dépourvus de nitrate réductase :
 - cocci Gram + (staphylocoque, streptocoque, entérocoque),
 - BGN aérobie (Pseudomonas, Acinetobacter)



Diagnostic bactériologique



► L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU):

► conditions parfaites de recueil (toilette antiseptique), et l'analyse au laboratoire doit être idéalement immédiate (sinon conservation possible 12 heures à 4 °C). L'ECBU comprend un examen direct, une mise en culture et un antibiogramme le cas échéant

► Seuil de significativité:

► E coli: 1000ufc par ml

► Autres germes: 1000ufc par ml pour l'homme et 10000ufc par ml pour la femme

LIVE



Diagnostic bactériologique



- ▶ la leucocyturie sans germe, il faut évoquer :
 - ▶ une infection urinaire décapitée par une antibiothérapie préalable ;
 - ▶ une urétrite ;
 - ▶ une vaginite ;
 - ▶ un syndrome de la vessie douloureuse (cystite interstitielle) ;
 - ▶ une tuberculose urogénitale ;
 - ▶ une période périmenstruelle (hématurie associée) ;
 - ▶ un corps étranger dans l'appareil urinaire (calcul, endoprothèse...).

LIVE



La stratégie thérapeutique en



- ▶ Elle est conditionnée par l'histoire naturelle et les risques évolutif.
- ▶ Le choix de l'antibiothérapie repose sur l'efficacité, la tolérance, mais aussi sur le risque écologique individuel et collectif.
- ▶ Ce risque de résistance varie d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre, il est donc indispensable de connaître l'épidémiologie de la résistance de la zone dans laquelle nous exerçons.
- ▶ La colonisation bactérienne (bactériurie asymptomatique) : présence d'un microorganisme dans les urines sans manifestations cliniques associées. Il n'y a pas de seuil de bactériurie, sauf chez la femme enceinte où un seuil de bactériurie à 10^5 UFC/ml est classiquement retenu
- ▶ Les deux seules situations consensuelles pour le dépistage et le traitement des colonisations urinaires sont :
 - avant une intervention avec effraction de la muqueuse urinaire ;
 - pendant la grossesse à partir du 4^e mois



LIVE



Cystite aiguë simple



- Il s'agit d'une maladie fréquente avec un inconfort variable.
- La femme
- Il faut s'assurer cliniquement de l'absence de facteurs de risque de complication ou de pyélonéphrite aiguë pauci-symptomatique (fébricule, lombalgie sourde).
- Un ECBU n'est pas nécessaire, sauf si pas d'amélioration au bout de 3j
- la BU est le seul examen paraclinique suggéré.
- Aucune imagerie n'est requise.
- L'évolution spontanément favorable est fréquente après simple cure de diurèse et le risque de pyélonéphrite aiguë ascendante est minime
- Pas de consultation ou BU de control

LIVE



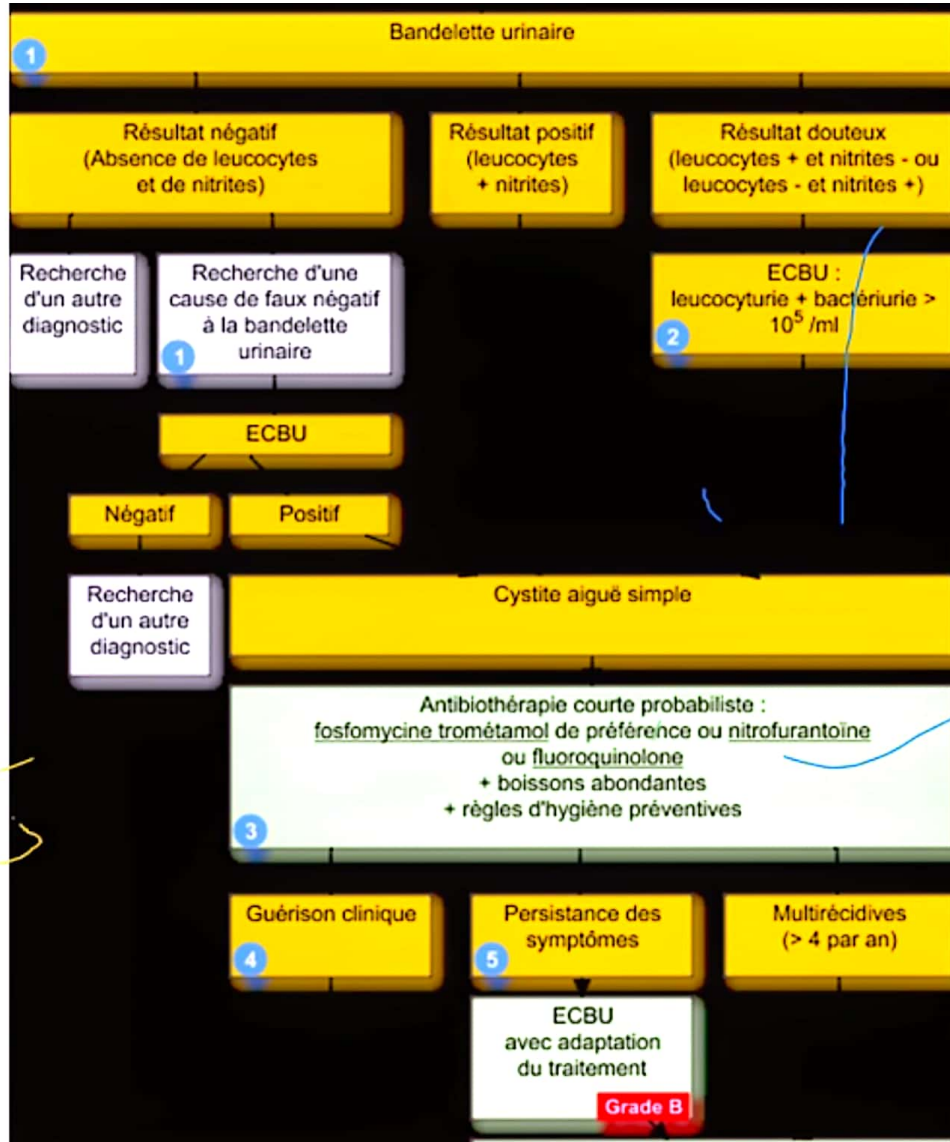
Cystite aiguë simple



- L'antibiothérapie de première intention :
- fosfomycine-trométamol (Monuril®) en dose unique, qui présente les avantages d'avoir une meilleure observance, d'avoir une résistance très rare
- L'antibiothérapie de deuxième intention : le pivmecillinam (Selexid® 200 mg × 3/j) pendant 5 jours.
- Le traitement de troisième intention :
 - **fluoroquinolone en dose unique** (ciprofloxacin : 500 mg, ofloxacin : 400 mg) ;
 - nitrofurantoïne 5 jours (Furadantine® 50 mg × 3/j) (toxicité hépatique et pulmonaire rare mais grave, à éviter donc sur le long cours).



LIVE



VE



Cystite aiguë à risque de comp

- cystites aiguës avec présence d'au moins un facteur de risque de complication.
- Un ECBU systématique .
- traitement probabiliste :
 - en première intention, la nitrofurantoïne 7j
 - en seconde intention du céfixime pdt 7j ou une fluoroquinolone pdt 5j pour la femme et 10j pour l'homme
 - Une adaptation à l'antibiogramme est systématique.
 - Il est recommandé de ne pas prévoir de consultation, de BU ou d'ECBU de contrôle

VE



Cystite aiguë récidivante simple

- au moins quatre épisodes pendant une période de 12 mois chez la femme
- ECBU : systématique
- Cystite interstitiel ou hyperactivité vésicale
- Bilan étiologique: au cas par cas
- Résidu post mictionnel
- facteurs favorisants:
 - relations sexuelles ;
 - boisson insuffisante ; mictions rares ;
 - constipation ;
 - utilisation de spermicides, ménopause.



Cystite aiguë récidivante simple

- **Le traitement curatif** d'un épisode de cystite récidivante est similaire à celui d'une cystite simple
- **Prévention des récurrences**
 - Traitement prophylactique non antibiotique:
 - des apports hydriques suffisants, des mictions non retenues, une régulation du transit intestinal, un arrêt des spermicides s'il y a lieu.
 - La canneberge peut être proposée pdt 3 mois 36mg par j
 - Les œstrogènes en application locale : chez les femmes ménopausées
 - Hygiène intime à l'eau
 - Le D mannose : non dispo au maroc
 - Vaccination

LIVE



Cystite aiguë récidivante simple



► Antibioprophylaxie

- moins une cystite par mois, lorsque les autres mesures ont échoué.
- Un ECBU doit être réalisé au plus tard une semaine avant le début de l'antibioprophylaxie et celui-ci doit être stérile.
- L'antibioprophylaxie permet une diminution de la fréquence des cystites.
- L'antibioprophylaxie post-coïtale est aussi efficace qu'un traitement quotidien lorsque les rapports sexuels sont en cause.
- Les antibiotiques recommandés en prophylaxie: l'association TMP-SMX et la fosfomycine-trométamol. Fluoroquinolones et bêta-lactamines doivent être évitées. Nitrofurantoïne est CI
- En pratique : un cp de TMP-SMX & jour sur 2 pdt 3 mois



Cystite aiguë récidivante simple



- ▶ Antibioprophylaxie
 - ▶ moins une cystite par mois, lorsque les autres mesures ont échoué.
 - ▶ Un ECBU doit être réalisé au plus tard une semaine avant le début de l'antibioprophylaxie et celui-ci doit être stérile.
 - ▶ L'antibioprophylaxie permet une diminution de la fréquence des cystites.
 - ▶ L'antibioprophylaxie post-coïtale est aussi efficace qu'un traitement quotidien lorsque les rapports sexuels sont en cause.
 - ▶ Les antibiotiques recommandés en prophylaxie: l'association TMP-SMX et la fosfomycine-trométamol. Fluoroquinolones et bêta-lactamines doivent être évitées. Nitrofurantoïne est CI
 - ▶ En pratique : un cp de TMP-SMX & jour sur 2 pdt 3 mois

LIVE



Pyélonéphrite aiguë



- ▶ infection potentiellement grave, de bon pronostic si le traitement est bien conduit; touche surtt la femme
- ▶ Risques:
 - ▶ suppuration locale (abcès rénal, phlegmon périnéphritique, pyonéphrose)
 - ▶ généralisation de l'infection (sepsis grave).
- ▶ Le bilan clinique doit rechercher un facteur de risque de complication, une complication avérée ou un sepsis grave.
- ▶ L'homme immunocompétent n'est qu'exceptionnellement concerné par la pyélonéphrite aiguë non obstructive.
- ▶ L'ECBU est systématique. Les autres examens complémentaires et l'antibiothérapie sont à adapter selon la forme clinique.

LIVE



Pyélonéphrite aiguë simple



- ▶ un ECBU avec antibiogramme : • leucocyturie $> 10^4$ /ml ; • avec bactériurie $> 10^3$ UFC/ml pour *E. coli* et $> 10^4$ UFC/ml pour les autres entérobactéries.
- ▶ Hémocultures cas de doute diagnostique.
- ▶ Examens biologiques non recommandés systématiquement (NFS, CRP, créatinine) dans le bilan initial.
- ▶ Une échographie rénale précoce est indiquée dans les 24 heures en cas de PNA hyperalgique.
- ▶ En cas d'évolution défavorable à 72 heures d'antibiothérapie, ou de dilatation des VES il est recommandé d'effectuer un uroscanner.
- ▶ Traitement est ambulatoire

LIVE



Pyélonéphrite aiguë simple



- Les indications d'hospitalisation sont :
 - • PNA hyperalgique ;
 - • doute diagnostique ;
 - • vomissements rendant impossible un traitement par voie orale ;
 - • doutes concernant l'observance du traitement ;
 - • traitement par antibiotiques à prescription hospitalière (rares situations de polyallergie).
- En cas d'évolution clinique favorable, pas d'ECBU de contrôle.
- Une évolution défavorable sous traitement (fièvre après 72 heures)
 - ECBU de contrôle avec antibiogramme ;
 - exploration radiologique par uroscanner (sauf contre-indication)

LIVE



Pyélonéphrite aiguë à risque de complication



- Biologie: BU et l'ECBU avec antibiogramme, NFS CRP, urée, créatinine.
- Un uroscanner est indiqué, le plus souvent en urgence, et au plus tard dans les 24 heures.
- Traitement Les critères d'hospitalisation ainsi que le traitement probabiliste sont les mêmes que dans la PNA simple, sans signe de gravité.
- La durée de traitement d'une PNA à risque de complication, sans signe de gravité, est de 10 à 14 jours. Une durée supérieure à 21 jours est à discuter dans certaines situations exceptionnelles (abcès rénal par exemple).
- En cas d'évolution favorable, il est recommandé de ne pas prévoir d'ECBU de contrôle sous et après traitement.
- En cas d'évolution défavorable sous traitement (fièvre après 72 heures) :
- ECBU avec antibiogramme
- uroscanner .
- privilégier les C3G vis-à-vis des fluoroquinolones pour les PNA à risque de complication sans signe de gravité relevant d'une hospitalisation initiale ou l'association des 2

LIVE



Pyélonéphrite aiguë grave



- ▶ ECBU avec antibiogramme, un bilan biologique sanguin e : NFS, CRP, urée, créatinine.
- ▶ Les hémocultures sont systématiques.
- ▶ Un uroscanner est indiqué, le plus souvent en urgence, et au plus tard dans les 24 heures. L'exploration du parenchyme rénal est indispensable à la recherche :
 - ▶ d'un obstacle avec dilatation des cavités pyélocalicielles ;
 - ▶ d'un foyer de néphrite : hypodensité triangulaire à base externe au temps sécrétoire, pathognomonique de la PNA
 - ▶ d'un abcès rénal : collection infectieuse intraparenchymateuse ;
 - ▶ d'un phlegmon périnéphritique : infection contenue dans le fascia périrénal.

LIVE



Pyélonéphrite aiguë grave



- ▶ L'hospitalisation est systématique.
- ▶ Le traitement :
 - ▶ antibiothérapie, initialement probabiliste
 - ▶ drainage chirurgical des urines en urgence en cas d'obstacle.
 - ▶ L'antibiothérapie probabiliste des PNA graves repose donc sur l'association C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone) + amikacine . Le relais se fait C3G avec quinolones
 - ▶ La PNA obstructive: urgence médico-chirurgicale. indication formelle à un drainage chirurgical des voies urinaires du haut appareil en urgence. associé à une bi-antibiothérapie d'emblée.
 - ▶ La cause de l'obstruction sera toujours traitée secondairement.
 - ▶ La durée du traitement d'une PNA grave est de 10 à 14 jours. Une durée supérieure à 21 jours est à discuter dans certaines situations exceptionnelles (abcès rénal par exemple).
 - ▶ Le suivi est essentiellement clinique. En cas d'évolution défavorable sous traitement (fièvre après 72 heures) : • ECBU avec antibiogramme ; • uroscanner (sauf contre-indication)

LIVE



Zoom Meetings
utilisez la webcam

Infections urinaires masculines



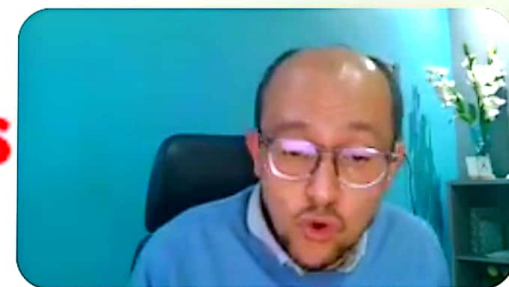
- ▶ Les infections urinaires masculines sont très hétérogènes,
- ▶ des formes peu symptomatiques sans fièvre jusqu'au choc septique
- ▶ Cette diversité justifie de moduler la prise en charge initiale en fonction des signes cliniques.
- ▶ Les principales complications des infections urinaires masculines sont :
 - ▶ la rétention d'urines (parfois révélatrice) ;
 - ▶ l'épididymite aiguë associée, par infection ascendante par voie déférentielle, voire l'abcès scrotal ;
 - ▶ l'abcès prostatique
 - ▶ le sepsis grave, voire le choc septique, mettant en jeu le pronostic vital ;
 - ▶ le passage à la chronicité.

LIVE



Zoom Meeting
Version 5.5 (2020)

Infections urinaires masculines



- ▶ La BU est recommandée à la phase initiale: la détection de leucocytes et/ou de nitrites urinaires a une forte valeur prédictive positive (> 85 %) et conforte le diagnostic en cas de signes cliniques évocateurs
- ▶ L'ECBU, prélevé avant toute antibiothérapie: systématique
- ▶ Le seuil de bactériurie dans les infections urinaires masculines est fixé à 10³ UFC/ml.
- ▶ Hémocultures: si fièvre.
- ▶ compte tenu de la possibilité d'ECBU stérile, l'hémoculture peut parfois permettre de connaître le germe en cause et ses résistances
- ▶ Pas de dosage du PSA
- ▶ Nfs crp

LIVE



Joachim Maréchal
Urologue à l'AP-HP

Infections urinaires masculines



- Une prise en charge hospitalière :
 - signe de gravité (sepsis grave ou choc septique) ;
 - rétention aiguë d'urine ;
 - d'immunodépression grave.
- Elle peut parfois être indiquée au cas par cas s'il existe des facteurs de risque de complication surajoutés :
- âge avancé ;
- uropathie sous-jacente ;
- déficit immunitaire non grave
- insuffisance rénale avec clairance < 30 ml/min.
- Comme pour les PNA, • forme hyperalgique ; • doute diagnostique ; • vomissements rendant impossible un traitement par voie orale ; • doutes concernant l'observance du traitement ; • traitement par antibiotiques à prescription hospitalière (rares situations de polyallergie).
- Dans les autres situations, une prise en charge ambulatoire est possible.

LIVE



Zoom Meeting
Version 5.5 (2020)

Infections urinaires masculines



- Formes pauci symptomatiques: attendre les résultats de l'ECBU
- L'antibiothérapie probabiliste recommandée est similaire à celle des PNA à risque de complication dans la majorité des cas, ou identique aux PNA graves en cas de signe de gravité
- Fluoroquinolones sont privilégiés
- Si non TMP-SMX bonne diffusion mais résistance
- C3G en association avec les quinolones car diffusion insuffisante
- Une durée de traitement minimale de 14 jours est recommandée pour les infections traitées par fluoroquinolones ou TMP-SMX.
- au moins 21 jours : •
 - en cas de trouble urinaire sous-jacent préexistant ou ne régressant pas sous traitement
 - lorsque d'autres facteurs de risque de complication sont associés (lithiase urinaire, immunosuppression...)
 - lorsque le traitement fait appel à d'autres molécules que les fluoroquinolones ou le TMPSMX.

LIVE



Zoom Meeting
Join as a guest

Infections urinaires masculines



- Formes pauci symptomatiques: attendre les résultats de l'ECBU
- L'antibiothérapie probabiliste recommandée est similaire à celle des PNA à risque de complication dans la majorité des cas, ou identique aux PNA graves en cas de signe de gravité
- Fluoroquinolones sont privilégiés
- Si non TMP-SMX bonne diffusion mais résistance
- C3G en association avec les quinolones car diffusion insuffisante
- Une durée de traitement minimale de 14 jours est recommandée pour les infections traitées par fluoroquinolones ou TMP-SMX.
- au moins 21 jours : •
 - en cas de trouble urinaire sous-jacent préexistant ou ne régressant pas sous traitement
 - lorsque d'autres facteurs de risque de complication sont associés (lithiase urinaire, immunosuppression...);
 - lorsque le traitement fait appel à d'autres molécules que les fluoroquinolones ou le TMPSMX.



Infections urinaires masculines

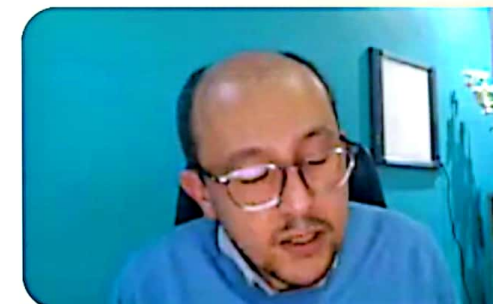


- ▶ Traitement urologique:
- ▶ rétention aiguë d'urine, le drainage des urines est impératif, classiquement par un cathéter sus-pubien mais une sonde vésicale est possible aussi.
- ▶ antalgiques, antipyrétiques, et les a-bloquants en cas de dysurie.
- ▶ En présence d'un abcès prostatique, le traitement antibiotique est à lui seul souvent efficace
- ▶ Tjs faire un bilan urologique après pour traiter la cause
- ▶ Prostatite post biopsie : urgence .
 - ▶ hospitalisation initiale est recommandée avec la réalisation d'un ECBU et d'hémocultures.
 - ▶ Une bi-antibiothérapie intraveineuse probabiliste est recommandée associant des C3G injectables et un aminoside



Colonisation urinaire (bactériurie asymptomatique)

- ▶ Elle est fréquente, favorisée par :
- ▶ Age
- ▶ le diabète ;
- ▶ l'alitement ;
- ▶ l'incontinence ;
- ▶ le sondage à demeure ;
- ▶ la carence hormonale chez la femme ;
- ▶ l'hypertrophie bénigne de prostate chez l'homme
- ▶ Pas de traitement antibiotique sauf chez la femme enceinte



La femme enceinte

- **Bactériurie asymptomatique**: femme asymptomatique avec deux ECBU positifs avec la même bactérie (bactériurie $\geq 10^5$ UFC/ml).
- Le dépistage est recommandé pendant la grossesse, tous les mois à partir du 4e mois par BU systématique ou ECBU si besoin
- En l'absence de traitement: majoration du risque de PNA (20 à 40 %) et le risque de complications fœtales (accouchement prématuré, infection néonatale).
- L'antibiothérapie est systématique, après ECBU, en privilégiant :
 - l'amoxicilline ;
 - le pivmecillinam ;
 - la fosfomycine ;
 - le triméthoprime (après 2e mois) ;
 - la nitrofurantoïne, l'amoxicilline-acide clavulanique, le cefixime. La durée du traitement est de 7 jours (sauf 1 jour pour la fosfomycine).
- Un ECBU de surveillance 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement est nécessaire, suivi d'un ECBU mensuel.



La femme enceinte



- **Bactériurie asymptomatique:** femme asymptomatique avec deux ECBU positifs avec la même bactérie (bactériurie $\geq 10^5$ UFC/ml).
- Le dépistage est recommandé pendant la grossesse, tous les mois à partir du 4e mois par BU systématique ou ECBU si besoin
- En l'absence de traitement: majoration du risque de PNA (20 à 40 %) et le risque de complications fœtales (accouchement prématuré, infection néonatale).
- L'antibiothérapie est systématique, après ECBU, en privilégiant : • l'amoxicilline ; • le pivmecillinam ; • la fosfomycine ; • le triméthoprime (après 2e mois) ; • la nitrofurantoïne, l'amoxicilline-acide clavulanique, le cefixime. La durée du traitement est de 7 jours (sauf 1 jour pour la fosfomycine).
- Un ECBU de surveillance 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement est nécessaire, suivi d'un ECBU mensuel.



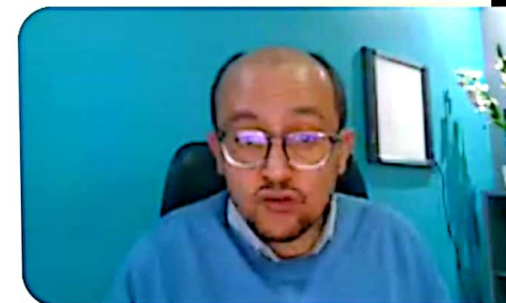
La femme enceinte



- **Cystite aiguë gravidique**
- Le diagnostic repose sur les symptômes et la réalisation d'un ECBU.
- Le traitement antibiotique probabiliste doit être débuté sans attendre les résultats de l'antibiogramme (risque materno-fœtal) en utilisant :
 - • la fosfomycine ;
 - • le pivmecillinam ;
 - • la nitrofurantoïne (sauf au 9^e mois) ;
 - • le cefixime .
- L'antibiothérapie de relais sera adaptée à l'antibiogramme.
- Un ECBU de surveillance 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement est nécessaire, suivi d'un ECBU mensuel.



La femme enceinte



- ▶ **Pyélonéphrite aiguë gravidique**
- ▶ L'hospitalisation initiale est recommandée.
- ▶ Le bilan en urgence comprend un ECBU, une échographie des voies urinaires et un bilan du retentissement materno-fœtal.
- ▶ L'antibiothérapie probabiliste doit être débutée en urgence, idéalement par une C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime).
- ▶ En cas de forme sévère (PNA obstructive, sepsis sévère) ou en cas de sepsis, il faut ajouter initialement un aminoside (classiquement l'amikacine) pendant 1 à 3 jours.
- ▶ L'antibiothérapie de relais sera adaptée à l'antibiogramme pour une durée totale d'au moins 14 jours.
- ▶ Un ECBU de contrôle est recommandé 48 heures après le début de l'antibiothérapie et est nécessaire dans les 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement,
- ▶ suivi d'un ECBU mensuel. Une surveillance clinique maternelle et fœtale est indispensable.

LIVE



Zoom Meetings
utilise la webcam

Infection à candida

- ▶ Découverte sur ECBU
- ▶ Pas de traitement si asymptomatique
- ▶ Fluconazol 150mg
 - ▶ 1 gel par j pdt 6j



tuberculose

- Urinaire chez la femme
- Uro-génital chez l'homme
- Polymorphisme clinique; multiples localisations
- ECBU avec recherche de BK 3 jours de suite: peu sensible
- Recherche de BK dans les urines par PCR
- Biopsie vésicale : confirmation
- Uro scanner
- Traitement de 9 mois selon le programme national





Take home messages



- Les IU sont une entité très disparate
- Le traitement en ambulatoire est la règle sauf pour les cas graves
- Les recommandations françaises ne sont pas applicables en totalité dans notre contexte marocain
- En l'absence de recommandations marocaines:
 - Cystite aiguë simple : amox ac clav ou quinolone ou tmx smt ou céphalosporine 1^{ère} ou 2^{ème} G pdt 5J
 - Cystite aiguë à risque de complications: ECBU, quinolone ou C3G pdt 10j
 - Pyélonéphrite simple ou à risque de complication: ECBU, NFS, CRP, bi antibio quinolone et C3G voie orale pdt 15j
 - Pyélonéphrite compliquée ou grave: hospitalisation ; ECBU, NFS, CRP, C3G et cirpo par voie veineuses pdt 3 à 4j puis relais oral pdt 15j
 - Infection urinaire masculine simple: ECBU, NFS, CRP, C3G et quinolone voie orale pdt 2 à sem



Take home messages

- Les IU sont une entité très disparate
- Le traitement en ambulatoire est la règle sauf pour les cas graves
- Les recommandations françaises ne sont pas applicables en totalité dans notre contexte marocain
- En l'absence de recommandations marocaines:
 - Cystite aiguë simple : amox ac clav ou quinolone ou tmx smt ou céphalosporine 1^{ère} ou 2^{ème} G pdt 5J
 - Cystite aiguë à risque de complications: ECBU, quinolone ou C3G pdt 10j
 - Pyélonéphrite simple ou à risque de complication: ECBU, NFS, CRP, bi antibio quinolone et C3G voie orale pdt 15j
 - Pyélonéphrite compliquée ou grave: hospitalisation ; ECBU, NFS, CRP, C3G et cirpo par voie veineuses pdt 3 à 4j puis relais oral pdt 15j
 - Infection urinaire masculine simple: ECBU, NFS, CRP, C3G et quinolone voie orale pdt 2 à sem



Take home messages



- Infection urinaires masculine grave: hospitalisation, mesures de réanimations; bi ATB C3G quinolones par voie IV puis relais oral pdt 3 sem
- Toujours adapter l'antibiotique au résultats de l'antibiogramme
- La colimycine présente un faible taux de résistance et peut être utilisé en milieu hospitalier
- On ne traite pas les bactériuries asymptomatiques sauf en cas de grossesse
- Un drainage urologique peut être urgent en cas d'obstacle
- Il n'y a pas consensus pour spécifique pour les cystites récidivantes
- Cystite gravidique simple: ECBU, cephalosporine

réalisé par docteur saghir ouassil
le (24/12/24)

prise de notes = dr tahiri yasmine