

# Item 157 – UE 6 – Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte

Auteurs : François Audenet, Franck Bruyère  
Relecture : Morgan Rouprêt

- I. Pour comprendre
- II. Physiopathologie
- III. Diagnostic d'une infection urinaire
- IV. Cystite aiguë
- V. Pyélonéphrite aiguë
- VI. Infections urinaires masculines
- VII. Infections urinaires chez la femme enceinte
- VIII. Infections urinaires chez le sujet âgé
- IX. Infections urinaires chez le nourrisson et l'enfant

## Objectifs pédagogiques

- Interpréter les résultats des bandelettes urinaires et des examens cyto bactériologiques des urines.
- Diagnostiquer et traiter une cystite aiguë.
- Connaître la conduite à tenir face à une cystite récidivante.
- Diagnostiquer et traiter une pyélonéphrite aiguë, identifier les situations nécessitant une hospitalisation.
- Diagnostiquer et traiter une prostatite aiguë, identifier les situations nécessitant une hospitalisation.
- Expliquer la place de l'antibiothérapie chez un patient porteur d'une sonde urinaire.

## I. Pour comprendre

Les infections urinaires communautaires représentent le second site d'infection bactérienne après l'arbre respiratoire. Elles regroupent des tableaux cliniques de symptomatologie et de gravité très variables, en fonction du terrain et du site atteint sur l'arbre urinaire.

Ce qui est nouveau :

- le terme d'infection urinaire à risque de complication remplaçant le terme d'infection urinaire compliquée;
- le concept d'infection urinaire masculine;
- la nouvelle définition du sujet âgé;
- l'impact sur les traitements recommandés de l'incidence des résistances.

On distingue :

- les **infections urinaires simples**, survenant chez des patients sans facteur de risque de complication ;
- les **infections urinaires à risque de complication** présentant au moins un des facteurs de risque suivants :
  - anomalies organiques ou fonctionnelles de l'arbre urinaire, quelle qu'elle soit (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  $\geq 3$  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, même insulino-requérant, n'est plus considéré comme un facteur de risque de complication ;
- les **infections urinaires graves** sont les pyélonéphrites aiguës (PNA) et les infections urinaires masculines associées à :
  - un sepsis grave,
  - un choc septique,
  - une indication de drainage chirurgical ou interventionnel (risque d'aggravation du sepsis en périopératoire) ;

**Sepsis grave** = sepsis + au moins un critère parmi :

- lactates  $> 2$  mmol/L (ou  $> 1,5$  fois la normale) ;
- hypotension artérielle systolique  $< 90$  mmHg ou baisse de 40 mmHg par rapport au chiffre de base, ou moyenne  $< 65$  mmHg, ou PA diastolique  $< 40$  mmHg ;
- dysfonction d'organe (une seule suffit) :
  - **respiratoire** :  $\text{PaO}_2 < 60$  mmHg ou  $\text{SpO}_2 < 90\%$  à l'air (*a fortiori* sous  $\text{O}_2$ ), ou  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ , ou baisse de ce rapport de plus de 20 % chez le malade sous assistance ventilatoire,
  - **rénale** : oligurie  $< 0,5$  mL/kg par heure, persistante pendant 3 heures malgré le remplissage ou créatinine  $> 177$   $\mu\text{mol/L}$  (20 mg/L), ou élévation de plus de 50 % par rapport au chiffre de base,
  - **coagulation** : thrombopénie  $< 100\,000/\text{mm}^3$  ou TP  $< 50\%$ , ou chute de plus de 30 % des plaquettes ou du TP sur 2 prélèvements successifs. Présence d'une CIVD,
  - **hépatique** : hyperbilirubinémie  $> 34$   $\mu\text{mol/L}$ . Fonctions supérieures : encéphalopathie ou syndrome confusionnel, qui pourrait être traduit par un score de Glasgow  $< 14$ .

**Choc septique** = persistance de l'hypotension (PAS  $< 90$  ou PAM  $< 65$  mmHg) ou de signes francs d'hypoperfusion (lactatémie  $\geq 4$  mmol/L, oligurie) malgré les manœuvres initiales de remplissage vasculaire au cours d'un sepsis grave, ou d'emblée chez un malade ayant des signes d'infection.

- les **cystites récidivantes** sont définies par la survenue d'au moins quatre épisodes pendant 12 mois consécutifs ;
- la **colonisation bactérienne** (bactériurie asymptomatique) correspond à la présence d'un micro-organisme 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. La leucocyturie n'intervient pas dans la définition. Les deux seules situations consensuelles pour le dépistage et le traitement des colonisations urinaires sont :