



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 23 von «PrimaryCare» erschienen.

Infections urinaires¹

Reto Nüesch

Importance

- L'une des pathologies infectieuses bactériennes les plus fréquentes.
- 8 mio. de consultations et 100 000 hospitalisations par an aux Etats-Unis pour des infections urinaires.

Diagnostic

- Infection urinaire non compliquée: cystite bactérienne de la femme adulte, non enceinte, avec des voies urinaires structurellement et fonctionnellement normales.
- Infection urinaire compliquée: toutes les autres infections urinaires.

Symptômes majeurs

- Dysurie, polyurie, douleurs sus-pubiennes.

Gravité et nombre de symptômes, limitations fonctionnelles

- En plus: fièvre, douleurs dans les loges rénales, septicémie (pyélonéphrite, urosepticémie).

Autres éléments anamnestiques

- Sexe, grossesse, pathologie anatomique ou fonctionnelle des voies urinaires.

Populations à risque

- Infection urinaire compliquée: infections dans des voies urinaires structurellement ou fonctionnellement anormales, hommes, femmes enceintes, enfants, infections urinaires hautes.

Screening pour tous les patients de médecine générale?

- Recommandation: screening d'une bactériurie asymptomatique uniquement pendant la grossesse et avant un examen urologique.

Diagnostic

- Symptômes et bactériurie significative (10^3 – 10^5 germes/ml d'urine du milieu du jet).
- La culture quantitative des bactéries prend du temps et n'est pas toujours réalisable.
- Bactéries dans le sédiment: moins sensible.

1 Traduction: G.-A. Berger.

- Leucocyturie: normale jusqu'à 10–50 leucocytes/mm³ = 5–10/champ (grossissement 400 fois). Bandelettes (estérase leucocytaire): résultat faux positif si contamination vaginale, sensibilité diminuée si protéinurie et glycosurie importantes et par substances exogènes. Sensibilité et spécificité pour IU 62–98% et 59–96%.
- Nitrites: ne sont produits que par les entérobactéries, test valable uniquement dans la première urine du matin (au moins 4 heures après la dernière miction). Sensibilité et spécificité pour IU 8–50% et 48–98%.

Traitement

- ≥80% des *E. coli* (pathogène le plus fréquent) sont censées être sensibles à un traitement empirique.
- Le cotrimoxazole et les quinolones sont plus efficaces que les antibiotiques bêta-lactames.
- Durée de traitement des infections urinaires non compliquées: 3 jours.
- Durée de traitement des infections urinaires compliquées: 14 jours.

Problèmes en médecine ambulatoire

- Infections urinaires récidivantes (>2 en 6 mois): rechercher les facteurs favorisants et les traiter (spermicide, préservatif, rapports sexuels, etc.), discuter d'une antibioprophylaxie (post-trigger ou continue), évt sirop/capsules de canneberge, immunothérapie.
- Traitement de la bactériurie asymptomatique pendant la grossesse: préférence aux bêta-lactames.
- Echec du traitement: pas de réponse clinique ou culture d'urine positive 3 et 14 jours après le traitement: culture d'urine avec examen des résistances, imagerie diagnostique.

Références

- 1 Nüesch R. Update zur Therapie der Harnwegsinfektionen. Schweiz Rundsch Med Prax 2005;94:687–90.
- 2 Warren JW, et al. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. Infectious Diseases Society of America (IDSA). Clin Infect Dis 1999;29:745–58.
- 3 Raz R. Asymptomatic bacteriuria. Clinical significance and management. Int J Antimicrob Agents 2003;228(Suppl 2):45–7.
- 4 Hooton TM. Recurrent urinary tract infection in women. Int J Antimicrob Agents 2001;17:259–68.
- 5 Wilson ML, et al. Laboratory diagnosis of urinary tract infections in adult patients. Clin Infect Dis 2004;38:1150–8.

Dr Reto Nüesch
Abteilung für Infektiologie und Medizinische Poliklinik
Universitätsspital
Petersgraben 4
4031 Basel