

---

# CAS CINIQUE 1

---

---

Femme de 25 ans vient vous consulter pour une dysurie et des brûlures mictionnelles depuis 48h

- Que recherchez vous à l'interrogatoire?
-

---

# Interrogatoire

- Présence de fièvre ou douleurs lombaires?
- ATCD de cystite
- Présence de signes de complication:
  - Terrain (grossesse)
  - Situation pathologique particulière (diabète....)
  - Anomalie du tractus urinaire (rein unique, reflux vesico urétérale, vessie neurologique....)

Pas de signes de pyélonéphrite ni de facteurs de complications

Quels ECP demandez vous au cabinet

---

---

# ECP

- Bandelette urinaire : positive si Nit+ et/ou leuco +

- La BU montre des Nit et des leuco  
Quelle est votre conduite à tenir???
-

---

## BU positive

- Pas d'ECBU
  - 1<sup>ère</sup> intention: Fosfomycine trométamol DU
  - 2<sup>ème</sup> intention FQ 1 à 3j ou Nitrofurantoine 5j
  - Pas d'examen de contrôle sauf si persistance des signes cliniques et donc ECBU
-

---

# CAT si BU avec Leuco+ et Nit-???

- Demander si prise d'antibiotiques avant la BU
- Heure de la dernière miction par rapport à la BU
- Femme de moins de 30 ans donc suspicion de *S. saprophyticus*
- Naturellement résistant à la fosfomycine
- Donc prescription
  - de FQ 3j ou
  - Nitrofurantoine 5j

Elle vous dit qu'elle fait des cystites presque tous les mois et que l'an dernier, elle a fait 8 cystites. CAT?

---

---

## 8 cystites par an. CAT?

- Cystite récidivantes dès que  $\geq 4$  cystites par an.
  - Vérifier l'absence de facteurs favorisants, dans quelles circonstances ? (miction post coïtale,...)
  - Prévention non médicamenteuses: Règles hygiénodiététiques (vêtements non serrés, pas de mictions retenues, boissons abondantes, mais pas trop (aucun intérêt de l'hyperdiurèse !!.....), lutte contre la constipation, canneberge)
  - Si infection post coïtale : AB post coïtale
  - Possibilité de prescription de traitement au long cours (6 mois au moins) par cotrimoxazole
  - Possibilité de faire une ordonnance « au cas où » pour un traitement auto géré par la patiente après réalisation d'une BU
-

---

ET si.....

- Si elle avait été diabétique, votre prise en charge aurait elle été la même????
  
  - NON:
    - ECP: BU et ECBU
-

## ET si....

- Traitement long ( $\geq 5j$ ). Pas de dose unique:
  - Soit le traitement peut être différé : attente des résultats de l'antibiogramme (amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique, Cefixime, FQ, Cotrimoxazole, nitrofurantoine)
  - Soit le traitement ne peut être différé : ttt probabiliste
    - 1<sup>ère</sup> intention: Nitrofurantoine 7j
    - 2<sup>ème</sup> intention: Cefixime ou FQ  $\geq 5j$
    - À adapter secondairement suivant l'antibiogramme (cf AB ci-dessus)

---

# CAS CLINIQUE 2

---

---

Une femme de 80 ans, diabétique, vient vous consulter pour des douleurs lombaires violentes et des signes fonctionnels urinaires. La BU est positive . Dg et CAT??

- Pyélonéphrite aiguë compliquée
    - terrain pathologique
    - +/- âge
-

---

# Qui hospitaliser??

- Prise en charge hospitalière : non obligatoire, rechercher des critères d'hospitalisation :
    - signes de gravité (sepsis grave notamment),
    - forme hyperalgique,
    - doute diagnostique,
    - impossibilité de réaliser le bilan (ECBU, échographie) en ambulatoire,
    - vomissements rendant impossible un traitement par voie orale,
    - conditions socio-économiques défavorables,
    - doutes concernant l'observance du traitement
-

---

## Quels examens complémentaires ???

- Hémocultures
  - Hémogramme
  - Syndrome inflammatoire avec CRP
  - Urée créatinine
  - ECBU
  - Uroscanner, à défaut échographie des voies urinaires
-

---

La TA est à 9/5, le pouls à 120/min, elle frissonne et a des marbrures des jambes. Le dextro est à 2,5 g/l. CAT??

- Hospitalisation
  - Pose vvp
  - Remplissage vasculaire par cristalloïdes
  - O2
  - PSE d'insuline
  - Débuter ATB probabiliste: C3G IV (céfotaxime ou ceftriaxone) + aminosides (3j) (gentamicine ou nétromicine) IV
  - Antalgiques, antipyrétique
  - HBPM
  - Surveillance pouls, TA, Sat toutes les 30 min., fièvre, syndrome inflammatoire, ECBU à H48.
-

---

La tension remonte et vous envoyez la patiente à l'uroscanner. Le radiologue vous appelle car il voit un calcul obstructif dans le pyélon droit avec dilatation pyélocalicielle . CAT?

Avis urologique pour éventuellement pose de sonde JJ ou d'une néphrostomie en urgence.

---

---

La patiente a eu la pose d'une sonde JJ. Vous recevez les résultats de l'ECBU: Leuco :  $10^4$ /ml et *E.coli* :  $10^5$ /ml ampicilline sensible. CAT?

- Relais dès 48 h d'apyrexie par amoxicilline per os par exemple pour une durée de 14J.
  - ECBU de contrôle dans 4 à 6 semaines après la fin du traitement.
-

---

La petite fille de cette patiente qui a 30 ans et aucun ATCD vient voir le même médecin traitant avec des SFU et une douleur lombaire droite. Dg et CAT?

---

- 
- Pyélonéphrite aiguë non compliquée
  - BU + ECBU
  - Hémocultures: non recommandés dans la PNA simple sauf si sepsis grave
  - Echographie abdominale dans les 24h
-

---

# Hospitalisez vous la patiente?

## Ttt ambulatoire sauf si

- signes de gravité (sepsis sévère ou choc notamment) ;
  - forme hyperalgique ;
  - doute diagnostique ;
  - doute sur une pyélonéphrite compliquée ;
  - bilan (ECBU, échographie) impossible à faire en ambulatoire ;
  - vomissements rendant le traitement par voie orale impossible ;
  - conditions socio-économiques médiocres ;
  - doute sur l'observance du traitement.
-

---

Vous décidez d'un traitement en ambulatoire.  
Lequel choisissez vous?

- Soit FQ 7j à condition qu'elle n'en n'a pas reçu dans les 6 mois précédents
  - Soit C3G IV ou IM ou s/c
  - avec relais dès 48h apyrexie selon l'antibiogramme pour une durée de 10 à 14j.
  
  - Pas d'ECBU de contrôle
-

---

# Cas clinique 3

---

---

Un homme de 83 ans est hospitalisé pour une confusion avec une fièvre à 39°C et une bandelette urinaire + pour les Nit et leuco. Dg et ECP?

- Prostatite aiguë
  - Hémocultures
  - ECBU
  - Echographie par voie sus pubienne (recherche obstacle et abcès de prostate)
-

---

Vous n'arrivez pas à avoir d'ECBU et à l'échographie, il y a un globe urinaire.

CAT??

- Appel de l'urologue pour pose de KT suspubien (sondage urinaire à éviter car risque de décharge septique).



---

Le médecin des Urgences a débuté après l'ECBU un traitement par FQ IV. Que pensez vous de cette prescription?

- FQ adapté car le plus souvent E.coli responsable et bonne diffusion dans la prostate
  - Mais
    - Pas d'intérêt voie IV (absorption de 100%)
    - Risque de confusion chez personnes âgées
- On aurait pu prescrire des C3G IV en 1<sup>ère</sup> intention.
-

---

Finalemment l'ECBU est positif à E.coli ampi S et l'interne propose de changer les FQ par de l'amoxicilline per os. Qu'en pensez vous??

- Mauvaise diffusion dans la prostate de l'amoxicilline donc à ne pas prescrire.
  - Relais par Cotrimoxazole possible avec surveillance de la fonction rénale et l'hémogramme et la peau.
-

---

# Faites vous des examens de contrôle?

## ■ Oui:

- ❑ ECBU à 48h si apyrexie pas obtenue
  - ❑ ECBU 4 à 6 semaines après la fin du traitement
  - ❑ TR, PSA et échographie endorectale à distance (dépistage cancer prostatique) chez l'homme >50 ans après 6 mois
-