

Infection urinaire avant 2 ans : quels objectifs de prise en charge ?

Mots clés :

Enfant
Infection urinaire
Cystite
Pyélonéphrite
Examen complémentaire
Chirurgie

Le diagnostic de l'infection urinaire (IU) chez l'enfant est difficile avant 2 ans (*Bibliomed 368*). La prise en charge a pour objectifs de traiter l'infection et d'éviter les risques d'atteinte rénale, que majorent les récurrences, dues le plus souvent à une anomalie préexistante de l'arbre urinaire. La plus fréquente est le reflux vésico-urétéral (RVU) présent dans 1 à 2% de la population infantile mais 25 à 40% de ceux qui ont fait une IU¹. L'association RVU/IU est la cause la plus fréquente de séquelles rénales^{2,3}. Dans ce contexte, trois questions se posent : **Quel traitement à la phase aiguë**, combien de temps ? **Quelle imagerie** et quand la proposer ? **Que penser du traitement préventif** des récurrences ? Des études récentes¹⁻³, 4 méta-analyses Cochrane⁴⁻⁷ apportent des éléments de réponses... et de nouvelles questions.

Comment traiter à la phase aiguë ?

- **Cystite** : elle est rare avant 2 ans⁴. Sa symptomatologie est limitée à des signes vésicaux ou généraux sans fièvre. Il n'y a pas de risque rénal immédiat. Une méta-analyse Cochrane⁴ (10 essais randomisés) conclut à l'absence de différence entre traitement court (2 à 4 jours) ou long (7 à 14 jours) par antibiothérapie orale (testés : amox ± acide clav., nitrofurantoïne, acide nalidixique, Triméthoprime/Sulfadiazine, Cefuroxime).

- **Pyélonéphrite** : une méta-analyse Cochrane⁵ (16 essais randomisés) conclut à l'efficacité d'une antibiothérapie orale (cefixime : C3G) précédée ou non de 2 à 4 jours IV. En discussion : *durée optimale* du traitement (7 à 21 jours selon les études), *antibiotiques préférentiels* (l'intérêt d'associer des aminosides n'est pas démontré).

Quels sont les examens complémentaires utiles ?

- **L'échographie** peut montrer une anomalie importante de l'arbre urinaire. Mais elle est normale dans près de 90% des cas³. Elle ne permet pas le diagnostic du RVU, d'une hydronéphrose. L'UIV n'est pas plus informative.

- **L'urétrocystographie rétrograde (UCR)** avec clichés permictionnels permet le diagnostic du RVU, la plupart de faible grade (I à III), chez 30 à 50% des jeunes enfants qui font une 1^{ère} IU^{2,3}. Le grade est important : les patients avec RVU de haut grade (IV et V)

ont 4 à 6 fois plus de risque d'avoir des cicatrices rénales que ceux de bas grade, et 8 à 10 fois plus que ceux sans RVU². Echographie et UCR permettent d'identifier les enfants « à risque », avec soit une malformation nécessitant une cure chirurgicale, soit un RVU. *Mais aucune étude ne permet de conclure à la nécessité de l'imagerie dès la première infection en dehors des cas cliniques sévères*².

- Les autres examens (scintigraphie, scanner, IRM) sont d'exception, aux indications à préciser³.

Que penser des traitements préventifs ? Peuvent-ils éviter récurrences et séquelles rénales ?

- **L'antibioprophylaxie (ABPR)**, comparée au placebo (10 semaines à un an) réduisait le taux de récurrences dans 3 essais, mais pas dans d'autres études¹. La nitrofurantoïne serait plus efficace que le triméthoprime, mais avec plus d'effets secondaires. Tous les essais ont des biais et le niveau de preuve est faible^{1,6}.

- **La chirurgie du RVU**, associée à l'ABPR a été comparée à l'ABPR seule dans 10 essais randomisés^{1,7}. Elle réduirait de 60% sur 5 ans les IU, mais sans réduction des atteintes rénales. Les auteurs concluent que le rapport bénéfice/risque de la chirurgie reste incertain^{1,7}.

La pyélonéphrite du jeune enfant peut être **sévère en elle-même et du fait du risque encouru à terme par le rein**. Sa prise en charge est essentielle, mais il persiste de **nombreuses incertitudes** sur :

- **la durée et la forme du traitement immédiat** ;

- **les examens à faire** : l'échographie mais surtout l'UCR, actuellement recommandés lors de la 1^{ère} IU, pourraient être différés dans les tableaux cliniques les moins sévères (notamment la cystite de la petite fille).

- **L'ABPR** : son efficacité réelle et sa durée sont contestées, ses risques non négligeables. Son indication la moins discutable est l'IU avant un anⁱⁿ¹.

- **Le RVU** : le bénéfice réel du traitement chirurgical est incertain pour les RVU. Il disparaît spontanément, avec ou sans ABPR, chez 50% des enfants, jusqu'à 80% s'il est de bas gradeⁱⁿ¹. Dans certains cas, il semble une pathologie complexe qui peut concerner l'appareil urinaire tout entier (une dysfonction vésicale lui est alors fréquemment associée). La prise en charge de tels RVU nécessite de nouveaux essais pour comparer l'efficacité sur le risque rénal, d'une part du traitement médical versus chirurgical, d'autre part des différentes méthodes chirurgicales.

Références :

- 1 - Fanos V, Cataldi L. Antibiotics or surgery for vesicoureteric reflux in children. *Lancet* 2004 ; 364 : 1720-2
- 2 - AAP. The diagnosis, treatment and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. *Pediatrics* 1999 ; 103 : 843-52.
- 3 - Hoberman A et al. Imaging studies after a first febrile urinary tract infection in young children. *N Engl J Med* 2003 ; 348 : 195-202.
- 4 - Michael M et al. Short versus standard duration oral antibiotic therapy for acute urinary tract infection in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003.
- 5 - Bloomfield P et al. Antibiotics for acute pyelonephritis in children. *Cochrane Database* 2003.
- 6 - Willimas GJ et al. Long-term antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in children. *Cochrane Database* 2004.
- 7 - Wheeler DM et al. Interventions for primary vesicoureteric reflux. *Cochrane Database* 2004. Sur <http://www.thecochranelibrary.com>

Cette revue hebdomadaire de l'UnaformeC ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs.

Abonnez-vous sur notre site <http://www.unaformec.org/php/abo.htm>

Ecrivez-nous pour toute demande d'informations à : unadoc@wanadoo.fr