

Infection urinaire chez l'adulte

Mots clés :

Adulte

Infection urinaire
[Adult; Urinary
tract infections]

L'infection urinaire (IU) de l'adulte est un motif de consultation très fréquent en médecine générale : 1% des consultations au Royaume Uni ou aux Pays-Bas, près de 8 millions de consultations annuelles aux USA (il n'y a pas de données françaises)ⁱⁿ¹. Cette grande fréquence pose la question d'un éventuel sur-diagnostic, conduisant à une sur-utilisation des antibiotiques, au risque d'une sélection progressive de bactéries résistantes à ces antibiotiques ou même à des classes d'antibiotiques. Pour tenter de répondre à cette question, des recommandations sont proposées dans la plupart des pays^{2,3}, dont différents auteurs ont analysé quelques points clés^{4,5}.

Evolution de l'écologie des IU

Le risque d'antibiorésistance n'est pas seulement lié à une antibiothérapie antérieure dans ce domaine, mais aussi des expositions antibiotiques antérieures de toute nature²⁻⁵. L'IU a généralement un mécanisme ascendant à partir de la flore périnéale, elle-même très dépendante de la flore digestive. Toute antibiothérapie antérieure, per os ou parentérale (à excrétion intestinale active) peut avoir sélectionné dans la flore digestive un germe résistant, risque majoré en cas d'antibiothérapie récente pour tout motif, en particulier pour une prise de fluoroquinolone depuis moins de 6 mois. Il faut donc éviter les fluoroquinolones dans les cystites « simples » et adapter l'antibiothérapie dans les cystites « compliquées »^{2,3}.

Nouveaux concepts ?

Le terme de *colonisation urinaire* a été retenu pour les situations de bactériurie asymptomatique. On peut regretter que l'anglicisme *IU compliquée* ait été retenu pour signaler l'existence d'un facteur de risque de complication (anomalie de l'arbre urinaire, terrain particulier) et non seulement une complication en cours⁵.

Bandelettes : complément de l'approche clinique

Elles permettent de différencier avec une forte valeur prédictive négative les infections vraies des simples colonisations urinaires bactériennes et donc de débiter immédiatement un traitement^{2,5}. Elles sont sous-utilisées en France, peut-être pour des raisons de coûts et de conditions pratiques d'utilisation².

Examen cyto-bactériologique des urines (ECBU)

Il est indiqué dans toutes les situations d'IU autres que les cystites aiguës simples d'évolution favorable². La leucocyturie est significative au dessus de 10⁴ par ml

Que conclure pour notre pratique ?

Le risque d'antibiorésistance domine la prise en charge des IU aiguës de l'adulte. C'est à partir de cette problématique que les guides de pratique français et internationaux recommandent une antibiothérapie plus parcimonieuse pour la cause la plus fréquente, la cystite aiguë de la femme.

De l'approche clinique, couplée avec l'usage de bandelettes urinaires dépendent les décisions. La cystite aiguë non compliquée ne nécessite habituellement aucun examen complémentaire. Dans les autres cas, la clinique est particulièrement importante pour guider la démarche diagnostique et la décision thérapeutique.

Nous reviendrons plus en détail sur les questions concernant les différentes formes d'IU de la femme et de l'homme, et les IU nosocomiales particulièrement fréquentes en long séjour.

(10/mm³). Le seuil de bactériurie significative dépend du germe et du diagnostic : pour les *cystites*, 10³ unités formant colonies (ufc)/ml pour *Escherichia coli*, autres entérobactéries ou *Staphylococcus saprophyticus*, 10⁵ ufc/ml pour les autres germes ; pour les *pyélonéphrites* et *prostatites*, 10⁴ ufc/ml. Il s'agit d'un simple accord professionnel et un taux faible ne doit pas faire reconsidérer un diagnostic clinique évident, par exemple de pyélonéphrite aiguë ou de prostatite².

Imagerie

L'imagerie classique est à reconsidérer : l'abdomen sans préparation n'apporte rien de plus dans les pyélonéphrites que l'échographie qui ne méconnaît que très rarement une lithiase. La *tomodensitométrie* doit être préférée à l'urographie intraveineuse du fait d'une balance bénéfice/risque plus favorable. De nombreuses études ont maintenant montré l'intérêt de l'IRM, qui serait préférable en première intention dans le bilan des prostatites d'évolution défavorable^{2,5}.

Cystite aiguë simple

La stratégie diagnostique est inchangée : clinique et bandelette, pas d'ECBU, pas d'imagerie. L'Afssaps préconise en 1^{ère} intention la fosfomycine-trométamol en dose unique (résistances très rares et non croisées aux autres antibiotiques), en 2^{ème} intention la nitrofurantoïne (5 jours, mais risque de toxicité rare mais grave), ou une fluoroquinolone (dose unique ou sur 3 jours, plutôt à éviter puisque précieuse dans d'autres indications)². Les propositions internationales sont assez proches³, insistant sur la non prescription d'amoxi (ou ampi)cilline du fait de son inefficacité et de la grande fréquence des résistances bactériennes.

Références

- 1- Lugtenberg M et al. Guidelines on uncomplicated urinary tract infections are difficult to follow: perceived barriers and suggested interventions. *BMC Family Practice*. 2010;11:51-8.
- 2- Afssaps. Diagnostic et antibiothérapie des infections Urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte. Juin 2008.
- 3- Gupta K et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: a 2010 update. 2011;52:e103-e120.
- 4- Emonet S et al. Infection urinaire de l'adulte. *Rev Med Suisse*. 2011;7:912-6.
- 5- Caron F. Prise en charge des infections urinaires communautaires de l'adulte: ce qui a changé. *Presse Med*. 2010;39(S1):42-8.