Cher confrère, Tourcoing, le 10 Juin 2015

Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse

Infections urinaires bactériennes
Différencier le risque terrain et la gravité

Après évaluation des symptômes d'infection urinaire, le médecin des urgences prend en compte le terrain et les éventuels risques de complications. Si un ECBU est indiqué devant toute suspicion clinique (à l'exception des cystites simples) un traitement probabiliste est généralement requis avant les résultats de l'antibiogramme.
Une patiente en maison de retraite a une chance sur huit d'avoir un ECBU positif, ce qui n'est pas un élément déterminant pour le diagnostic de pyélonéphrite. Cette stratégie thérapeutique est un changement par rapport à celle des années précédentes, où l'ECBU faisait loi et où bon nombre de diagnostic étaient portés par excès. « Autre exemple, décrit le Dr Sylvain Diamantis (Melun) : Chaque homme porteur d'une grosse prostate présente un résidu post-mictionnel et donc une colonisation urinaire avec ECBU positif et évolution possible vers une infection symptomatique. Tant que le problème prostatique n'est pas réglé, il y aura colonisation urinaire d'un patient présentant une infection urinaire (IU). **Aujourd'hui, on considère que le terrain et la gravité sont différents ».**
Par contre, si certains terrains ne préjugent pas de la gravité de l'infection, ils peuvent favoriser les complications : anomalie de l'arbre urinaire, vessie neurologique, grossesse, sujet âgé de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans avec comorbidités, immunodépression grave, insuffisance rénal chronique sévère, sepsis…

Porter le diagnostic clinique

Le travail de l'urgentiste est de faire le diagnostic clinique : soit colonisation urinaire (pas de traitement), soit IU basse ou cystite, soit infection parenchymateuse. Une fois celui-ci posé ou très fortement suspecté, on se préoccupe du terrain. S'il s'agit d'une femme qui se présente avec des brûlures mictionnelles et de la fièvre, on pose le diagnostic de pyélonéphrite puis on recherche les risques de complications. Aux urgences et en pratique, la cystite simple se traite par fosfomycine (Monuril ou Uridoz), en essayant d'éviter les quinolones. En cas de cystite à risque de complications, un ECBU doit être réalisé et le principe est de différer l'antibiothérapie jusqu'au résultat de l'antibiogramme (Splif : Mise au point 2014 des Recommandations. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte). Dans le cas où il est difficile de différer le traitement (patiente très symptomatique, terrain particulier), cette situation devant rester rare, la nitrofurantoïne est retenue comme traitement de première intention.
Le traitement probabiliste avant résultat de l'antibiogramme d'une pyélonéphrite aiguë sans signe de gravité repose sur une C3G par voie parentérale ou une fluoroquinolone chez la femme jeune, qui n'a jamais pris cet antibiotique. Dans la pyélonéphrite aiguë avec signes de gravité, l'hospitalisation est systématique et un traitement probabiliste comprenant l'association C3G parentérale et amikacine est recommandé en première intention.

Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse

Grossesse et drépanocytose danger !

Les femmes enceintes drépanocytaires ont un haut risque d'évolution péjorative personnelle et périnatale, surtout celles porteuse du génotype HbSS vs HbSC. Des équipes londoniennes (Eugene Oteng-Ntim, et coll., Guy et St-Thomas NHS Foundation Trust, Londres) ont fait une méta-analyse de 21 études jusqu'en juin 2014 des cas de drépanocytose gravidique (26349 femmes) et de l'évolution maternelle/périnatale vs non drépanocytaires (26 151746). La grossesse des femmes HbSS vs non drépanocytaires expose à un risque augmenté de mortalité maternelle (RR 5,98 ; 95% IC 1,94-18,44), de pré-éclampsie (RR 2,43 ; 1,75-3,39) , de mortinatalité fœtal (RR 3,94 ; 2,60-5,96), d'accouchement prématuré ((RR 2,21 ; 1,47-3,31) et d'enfants de petit poids (RR 3,72 ; 2,32-5,98°. Malgré les progrès de la prise en charge de la drépanocytose, de l'obstétrique et de la médecine néonatale, selon les auteurs, la grossesse compliquée par cette maladie reste associée à des risques maternels et périnatals.

Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse

Avec nos sentiments dévoués