



LIO - INFECTIONS URINAIRES

GÉNÉRALITÉS			
Physiopathologie	Infections urinaires ascendantes	A partir de la flore périnéale Et donc digestive - Entérobactérie ++ : E.Coli (80%) - Et plus rarement des entérocoques	
	Infections urinaires hématogènes (rares)	S. aureus, candida	
	Infections urinaires nosocomiales	Rôle de la sonde urinaire à demeure +++ Particularité de la flore impliquée	
	Défenses naturelles contre les infections urinaires :	Un pH urinaire acide Une muqueuse normale défavorable à l'adhésion Une vidange régulière de la vessie Une défense immunologique	
	Facteurs favorisants	Facteurs bactériens (adhérence) Anomalies anatomiques ou fonctionnelles des voies urinaires telles que le reflux vésico-urétéral, résidu post-mictionnel, obstruction (sténose, lithiase, tumeur) Situations physiologiques particulières comme la grossesse Ou un matériel étranger : sondage itératif, sondage urinaire à demeure	
	Inégalité des sexes	Cystites et pyélonéphrites chez la femme très fréquentes Prostatites chez l'homme (plus rare)	
Définitions	Infections urinaires	Basse : cystite Haute ou parenchymateuse : pyélonéphrite, prostatite	
	IU graves	Sepsis Choc septique Indication de drainage chirurgical ou interventionnel	
	IU simples	Femme jeune Sans comorbidités	
	IU à risques de complications	Chez l'homme Chez la femme enceinte Comorbidités : <i>immunosuppression, insuffisance rénale chronique sévère</i> - <i>Pas de diabète !</i> Toutes anomalies organiques ou fonctionnelles de l'arbre urinaire	
	On ne mélange pas tout	Age >75 ou 65 ans avec >3 critères de fragilité de Fried	Perte de poids involontaire au cours de la dernière année Vitesse de marche lente Faible endurance Faiblesse / fatigue Activité physique réduite → Mais ce ne sont pas des IU GRAVES
		Colonisation → ON NE TRAITE PAS	Présence de bactéries sur un site sans manifestation clinique associée - (=portage = bactériurie asymptomatique) Dépistage et traitement : seulement 2 indications - Avant procédure urologique invasive programmée - Grossesse : BU mensuelle à partir du 4^e mois.
		Contamination → ON NE TRAITE PAS	Présence de bactérie dans un prélèvement alors que le site est stérile - = problème lors du recueil ou au laboratoire
		Infection → IL FAUT TRAITER	Tableau clinique lié à l'agression et/ou l'invasion tissulaire par un agent infectieux





DIAGNOSTIC

Clinique	Signes fonctionnels urinaires	Pollakiurie = mictions fréquentes et peu abondantes Brûlures mictionnelles Urines troubles plus ou moins hématuriques	
	Signes d'atteinte parenchymateuse	Un syndrome infectieux : fièvre, frissons Douleurs parenchymateuses Douleurs abdominales et/ou lombaires (pyélonéphrite) Douleurs hypogastriques (prostatite), TR douloureux	
Examens à visée diagnostique	Bandelette urinaire	Quasi systématique Chez les patients non sondés Prélèvement du 2^e jet urinaire comme pour ECBU sur des urines fraîchement émises dans un récipient propre et sec mais non stérile . Toilette préalable non nécessaire Lecture à température ambiante après 1 ou 2 minutes selon les tests Permet la détection d'une leucocyturie et de nitrites . BU négative permet d'exclure avec une excellente probabilité le diagnostic d'infection urinaire chez la femme Une BU positive ne permet pas d'affirmer le diagnostic d'infection urinaire mais elle a une excellente valeur d'orientation chez l'Homme .	
		Avant ATB thérapie ECBU : examen cyto bactériologique des urines (sauf cystite simple) - Si possible le matin - Toilette locale - Urine de milieu de jet - Transport rapide au labo - Interprétation : leucocyturie et bactériurie (identification et ATBgramme) → Hémoculture si fièvre	
	Bilan bactériologique	ECBU les seuils	Leucocyturie significative >104/ml Bactériurie significative : dépend de l'espèce bactérienne en cause et du sexe du patient
	Bilan morphologique	Bladder-scan	Cystite à risque de complications
		Échographie rénale et des voies urinaires	Lithiase ? RAU (rétention aigue d'urine) ? - PNA (pyélonéphrite aigue) hyperalgique - PNA d'évolution défavorable à 72h - Prostatite avec douleur lombaire, RAU, lithiase, sepsis
		Uro-scanner	Abcès rénal ? - PNA grave - PNA à risque de complications - PNA d'évolution défavorable à 72h IRM prostatique ou écho endo rectale - Prostatite d'évolution défavorable >72h





PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Dans tous les cas des mesures **hygiéno-diététiques**

- Boisson **abondante**
- Mictions **fréquentes**
- Mictions **post-coïtales**
- **Régularisation** du transit
- Vêtement **ample**
- Sous vêtement en **coton**
- Arrêt d'utilisation des spermicides

Traitements	Cystite	SFU (signes fonctionnels urinaires) - Simple - A risque de complications
	Pyélonéphrite	SFU + syndrome infectieux avec +/- de douleur - Simple - A risque de complications
	Prostatite	SFU + syndrome infectieux + douleur pelvienne + TR douloureux - Grave - Non grave
	Cystite simple	Objectif = réduire la durée des symptômes
	Cystite à risque de complications	Différer l'ATB thérapie
	Suivi	Pas de suivi ECBU seulement si - Persistance des signes cliniques >3 jours - Récidive dans les 2 semaines
	Pyélonéphrite aigue suivie ?	Pas d'ECBU systématique Réévaluation clinique à 72 heures pour les PNA à risque de complications et les PNA graves ECBU si PNA sur lithiase
	Prostatite aigue	Comme la PNA Possibilité de différer le traitement dans certains cas si non grave en attendant l'ATB gramme Durée totale 14 à 21 jours
Prévention	Infection urinaire sur sonde	En l'absence de syndrome infectieux : ablation ou changement de la SAD , pas d'ATB Si syndrome infectieux, ablation ou changement de la SAD, prélèvement, ATB

Prise de boissons **abondantes**

Miction après les RS

Régularisation du transit

Jus de **canneberge**

IU nosocomiales : sondage urinaire à demeure → limiter indication et durée++

Prévention : sondage urinaire

Système clos	Sonde et sac collecteur sont connectés avant d'introduire la sonde dans l'urètre, restent connectés toute la durée du sondage Système de vidange, valve anti-reflux, site de prélèvement
Traçabilité	Dans le dossier patient (date de pose, date d'ablation, taille de la sonde, opérateur, soins, incidents)
Technique de pose	Hygiène des mains Nettoyage et antisepsie du méat Utilisation matériels stériles Port de gants stériles pour l'insertion Utilisation d'une huile lubrifiante Fixation du dispositif sonde-sac collecteur pour éviter traction et déconnexion
Soins de sonde	Toilette quotidienne au savon doux liquide chaque fois qu'il existe des souillures Hygiène des mains chaque fois qu'il y a des manipulations sur le dispositif Port de gants à usage unique non stériles si risque de contact avec les urines Maintien du sac en position déclive en dessous du niveau de la vessie Eviter le contact avec le sol Respect du système clos

