

Infections urinaires

Pour la prise en charge des infections urinaires, la distinction entre deux catégories est essentielle. Les recommandations 2025 de l’Infectious Diseases Society of America introduisent à cet effet une nouvelle classification :

- Les infections limitées à la vessie (pas de fièvre > 38,8 °C, pas de douleurs des flancs) sont qualifiées de cystite aiguë non compliquée.
- Les infections accompagnées de fièvre et/ou de douleurs des flancs sont qualifiées d’infection urinaire aiguë compliquée.

Cela signifie qu’une pyélonéphrite est, par principe, considérée comme une infection compliquée. En revanche, les infections survenant chez des patient-es présentant des comorbidités telles que des anomalies des voies urinaires (néphrolithiase, sténoses urétrales, stents urétraux et dérivations urinaires), une immunodépression (neutropénie, infection à VIH avancée) ou un diabète mal contrôlé ne sont pas automatiquement considérées comme compliquées. Ces comorbidités constituent toutefois un facteur de risque d’évolution vers une infection compliquée.

Cette classification diffère de la classification traditionnelle, qui considère toujours comme compliquées les infections chez les patient-es présentant les comorbidités mentionnées, alors qu’une pyélonéphrite sans comorbidité est considérée comme non compliquée. Cette nouvelle classification s’avère très utile pour la prise en charge clinique des infections urinaires.

CYSTITE NON COMPLIQUÉE CHEZ LA FEMME

Manifestations cliniques : dysurie, pollakiurie, urgency, douleurs sus-pubiennes, éventuellement hématurie. En revanche, des pertes vaginales plaident

contre une infection urinaire et en faveur d’une vaginite ou d’une urétrite.

En présence de symptômes classiques, le diagnostic repose sur la seule clinique (sauf lors du 1^{er} épisode).

En cas de présentation atypique, le diagnostic doit être confirmé par la mise en évidence de leucocytes dans l’urine et d’une bactériurie.

Chez les patient-es âgé-es ou résidant en EMS, une dysurie chronique, une incontinence ou une altération du bien-être général peuvent mimer une infection urinaire. Ces signes sont toutefois non spécifiques, sauf s’ils sont d’apparition récente (< 1 semaine).

Un examen d’urine avec culture est indiqué en cas de suspicion d’agent pathogène multirésistant et en présence de facteurs de risque d’infection compliquée.

La mise en évidence de leucocytes au moyen de la bandelette urinaire a une sensibilité de 75 % et une spécificité de 82 %. En présence de symptômes typiques, une bandelette négative n’exclut pas une infection urinaire.

Dans un prélèvement d’urine sur cathéter unique, une concentration de 10² UFC/ml évoque une infection. Dans les urines du milieu de jet, une concentration de 10⁵ UFC/ml est généralement retenue comme valeur seuil ; toutefois, en présence d’une clinique typique, une concentration >10³ UFC/ml peut déjà être considérée comme pathognomonique.

Les agents pathogènes typiques des infections urinaires sont E. coli (>80 %), Klebsiella spp., Proteus spp. ainsi que Staphylococcus saprophyticus. En revanche, les entérocoques, les lactobacilles, les

streptocoques du groupe B et les staphylocoques à coagulase négative (sauf saprophyticus) sont généralement considérés comme des contaminants, sauf en cas de culture pure et à forte concentration.

Les agents pathogènes plus rarement mis en évidence sont Aerococcus urinae et sanguinicola, Actinotignum schaalii et Alloscardovia omnicolens. Leur rôle comme agents d’infections urinaires est bien établi. Ils sont résistants aux antibiotiques de premier choix, mais sensibles à l’amoxicilline.

Traitement empirique

Premier choix :

Molécule	Dose	Durée	Contre-indications
Nitrofurantoïne	2 x 100 mg	5 – 7 jours	Fièvre (infection compliquée) Clairance <30
Fosfomycine	3 g	Dose unique Prise le soir	Fièvre (infection compliquée) Clairance <10
TMP/SMX	2 x 1 cp	3 – 5 jours	Grossesse (ou projet de grossesse)

Nitrofurantoïne et fosfomycine : les résistances sont relativement rares ; toutefois, ces médicaments ne doivent pas être utilisés en cas d’infection compliquée (p. ex. pyélonéphrite), car des concentrations tissulaires suffisantes ne sont pas atteintes. La fosfomycine est peut-être légèrement moins efficace que la nitrofurantoïne.

TMP/SMX (p. ex. Bactrim) : le taux de résistance d’E. coli est d’environ 20 %. Dès lors, TMP/SMX ne doit pas être administré si le ou la patient-e a reçu ce médicament au cours des 3 derniers mois.

Antibiotiques de 2^e choix : amoxicilline/acide clavulanique et quinolones (norfloxacine, ciprofloxacine, lévofloxacine). La résistance est fréquente pour

ces deux classes, et leur utilisation favorise en outre la sélection de résistances. Les quinolones présentent par ailleurs un profil d’effets indésirables défavorable.

La posologie de l’antibiotique est identique dans tous les groupes d’âge.

En présence de facteurs de risque d’évolution compliquée, la durée du traitement peut être légèrement prolongée et TMP/SMX ne devrait être administré qu’en cas de sensibilité documentée.

Une bactériurie sans symptômes (bactériurie asymptomatique) ne doit pas être traitée, sauf avant une intervention chirurgicale sur les voies urinaires.

Traitement ciblé (après réception des résultats bactériologiques)

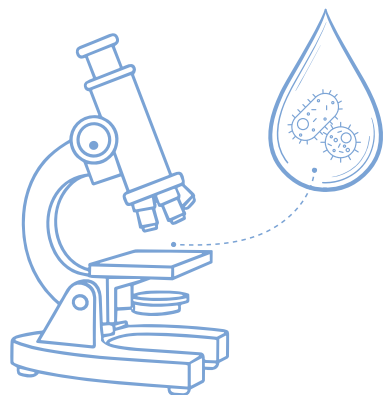
- Le traitement doit être adapté en cas de résistance à l’antibiotique administré.
- Pour la nitrofurantoïne et la fosfomycine, le test de sensibilité n’est défini que pour E. coli. Le laboratoire ne peut pas fournir d’indication pour les autres agents pathogènes. En règle générale, une activité est toutefois attendue contre Klebsiella spp. et les entérocoques ; pour la nitrofurantoïne, également contre Staphylococcus saprophyticus.

CYSTITE RÉCIDIVANTE CHEZ LA FEMME

Définition : au moins 2 épisodes en 6 mois ou au moins 3 épisodes en 12 mois.

Facteurs de risque : activité sexuelle fréquente, utilisation de spermicides, nouveau ou multiples partenaires sexuels, ainsi que modifications postménopausiques telles qu’une carence en œstrogènes.

Diagnostic : en cas de récurrence, au moins un épisode devrait être documenté par un examen d’urine avec culture et antibiogramme. Pour le traitement, on utili-



Infections urinaires

sera un antibiotique différent de celui administré lors du 1er épisode.

Prévention : en première intention, les stratégies préventives non antibiotiques doivent être pleinement exploitées :

- Chez les femmes préménopausées : évitement des spermicides, miction post-coïtale et augmentation des apports hydriques.
- Chez les femmes postménopausées : application vaginale d'œstrogènes ou de lactobacilles. L'efficacité du jus de cranberry, du D-mannose et d'Uro-Vaxom n'est pas encore clairement établie, mais ces mesures sont peu risquées.

Une prévention antibiotique peut être envisagée en cas d'au moins 3 épisodes par an et d'échec des mesures non antibiotiques : nitrofurantoïne en dose unique post-coïtale ou prophylaxie continue par nitrofurantoïne 1×100 mg le soir. Les stratégies de prévention antibiotique doivent être réévaluées régulièrement (efficacité, sécurité). Un essai d'arrêt peut être envisagé au plus tard après un an.

INFECTIONS URINAIRES COMPLIQUÉES (Y C. PYÉLONÉPHRITE)

Les infections urinaires accompagnées de signes systémiques tels que la fièvre ou d'indices d'atteinte rénale (douleurs des flancs) sont qualifiées de compliquées, indépendamment de la présence d'anomalies structurelles ou fonctionnelles des voies urinaires.

En cas d'infection urinaire compliquée, un diagnostic microbiologique doit toujours être recherché.

Traitement :

- Les facteurs compliquants doivent être corrigés : retrait du cathéter, traitement des obstructions.
- Évaluation du risque d'agents pathogènes résistants.
- En règle générale, traitement initial par céftriaxone

i.v. 2 g 1×/jour jusqu'à obtention des résultats bactériologiques.

- Si la sensibilité à la ciprofloxacine ou au TMP/SMX a été démontrée, un relais oral peut être instauré (ciprofloxacine 2×500 mg ou TMP/SMX 2×1 cp). La durée totale du traitement est en général de 7 jours.
- En présence d'un cathéter vésical à demeure, d'anomalies structurelles des voies urinaires, d'une immunosuppression ou en l'absence d'amélioration, la durée du traitement doit être adaptée individuellement.

BACTÉRIURIE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Les recommandations générales pour la prise en charge de la cystite aiguë non compliquée s'appliquent également pendant la grossesse ; toutefois, la nitrofurantoïne, la fosfomycine et les quinolones ne sont pas recommandées, et le cotrimoxazole ne peut être utilisé qu'au 2^e trimestre. Les antibiotiques bêta-lactamines constituent donc le premier choix chez la femme enceinte : amoxicilline/acide clavulanique 2×1 g ou 3×625 mg, ou céfuroxime 2×500 mg. La durée du traitement est de 3 à 5 jours.

La Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique recommande désormais, en cas de bactériurie asymptomatique, de renoncer au traitement, sauf en présence de facteurs de risque supplémentaires d'évolution compliquée : diabète sucré, immunosuppression, anomalies structurelles ou fonctionnelles des voies urinaires, antécédent de pyélonéphrite, de prématurité ou de fausse couche tardive. Par conséquent, il est également déconseillé d'effectuer un examen d'urine en l'absence de symptômes et de facteurs de risque d'infection compliquée.

Le fondement de cette recommandation est que, chez les femmes enceintes sans facteurs de risque,

une bactériurie asymptomatique non traitée conduisait certes un peu plus souvent à des pyélonéphrites, mais sans augmentation du risque de prématurité ni d'autres complications néonatales ou maternelles.

CYSTITE NON COMPLIQUÉE CHEZ L'HOMME

Cette section concerne les hommes présentant des signes d'infection urinaire aiguë limitée à la vessie (pas de fièvre, pas de frissons).

Manifestations cliniques : dysurie, pollakiurie fréquente et/ou urgenturie, douleurs sus-pubiennes.

Un examen d'urine comprenant culture et antibiogramme devrait être réalisé chez tout homme présentant des signes cliniques d'infection urinaire. Une bactériurie de 10⁵ UFC/ml est considérée comme le seuil diagnostique pour une cystite ; toutefois, en présence d'une clinique claire, des valeurs plus basses peuvent également correspondre à une bactériurie authentique.

Comme chez la femme, E. coli est chez l'homme l'agent pathogène le plus fréquent (75 à 90 %), suivi d'autres entérobactéries telles que Klebsiella pneumoniae et Proteus mirabilis.

Chez les hommes présentant une cystite non compliquée sans signe de pyélonéphrite ni de prostatite (fièvre, douleurs des flancs, douleurs hypogastriques ou douleur à la palpation de la prostate, si cet examen est réalisé), le traitement peut être analogue à celui de la cystite non compliquée chez la femme. Les données concernant la durée du traitement chez l'homme sont limitées, mais une durée de 5 à 7 jours est généralement recommandée. L'efficacité de la fosfomycine chez l'homme n'est pas suffisamment établie.

Les patient-es présentant des facteurs de risque d'infection plus sévère devraient être pris en charge

avec un seuil bas comme pour une infection compliquée, par exemple en présence de signes même discrets d'atteinte des voies urinaires hautes ou de prostatite. Dans ces situations, il convient de privilégier un antibiotique atteignant des concentrations élevées dans le tissu prostatique (céftriaxone 1×2 g par voie parentérale, puis, après obtention de l'antibiogramme, ciprofloxacine 2×500 mg ou cotrimoxazole 2×1 cp). Dans ce contexte, la durée du traitement est de 14 jours. Une prostatite doit également être envisagée en cas de symptômes récurrents.

Le traitement de la prostatite cliniquement manifeste ne fait pas l'objet du présent flyer.

Au diagnostic différentiel, il faut penser à une urétrite chez les hommes sexuellement actifs.

AUTRES RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS URINAIRES

Société Suisse d'Infectiologie :

infections urinaires chez la femme :

- de : Harnwegsinfekt (HWI)
- fr : Infection des voies urinaires

Cette recommandation utilise encore l'ancienne définition pour distinguer les infections urinaires non compliquées et compliquées.

Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique :

- de : Expertenbrief Nr 93: Akute und rezidivierende Harnwegsinfektionen
- fr : Avis d'experts N° 93, Infections des voies urinaires aiguës et récidivantes

Part of **affidea**

**LAB
POINT**
mylabpoint.ch

LabPoint Medizinische Laboratorien AG

MAR-BR-CH-F-026