

Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires du nourrisson et de l'enfant : recommandations[☆]

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)

143-147, boulevard Anatole-France, 93285 Saint Denis cedex, France

Disponible sur internet le 24 avril 2007

Principaux messages

Diagnostic des infections urinaires (IU)

Les signes et symptômes des IU (cystite et pyélonéphrite) sont souvent non spécifiques, en particulier chez le nourrisson. Le dépistage des IU repose sur les bandelettes réactives (recherche de leucocytes et de nitrites dans l'urine), sauf avant trois mois (valeur prédictive négative de l'ordre de 97 %).

Le diagnostic des IU repose sur la clinique et l'examen cyto bactériologique des urines. Le diagnostic des pyélonéphrites doit être systématiquement évoqué devant toute fièvre sans foyer infectieux patent.

Il faut privilégier le prélèvement urinaire permictionnel. En cas de difficulté ou si l'antibiothérapie est urgente, il ne faut pas hésiter à recourir au cathétérisme, voire à la ponction suspubienne.

La culture permet de préciser l'espèce bactérienne, de quantifier la bactériurie (prélèvement mictionnel : seuil = 10^5 UFC/ml [UFC : unités formant colonies], autres types de prélèvement : seuil = 10^3 UFC/ml) et d'effectuer un antibiogramme.

Traitement des cystites aiguës (petite fille à partir de trois ans)

- cotrimoxazole (contre-indiqué avant l'âge d'un mois) : sulfaméthoxazole : 30 mg/kg par jour et triméthoprime : 6 mg/kg par jour, en deux prises par jour ;
- ou céfixime 8 mg/kg par jour (à partir de trois ans) en deux prises par jour, notamment en cas de résistance, d'intolérance ou de contre-indication au cotrimoxazole.

Une durée de traitement de trois à cinq jours est recommandée chez l'enfant. L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) de contrôle est inutile.

Traitement des pyélonéphrites aiguës

Le traitement comprend un traitement d'attaque par voie injectable suivie par un traitement oral de relais. La durée totale de traitement est de 10 à 14 jours.

Traitement d'attaque pendant deux à quatre jours

Le traitement de première intention est :

- ceftriaxone (IV ou IM), pour les patients hospitalisés ou ambulatoires : 50 mg/kg par jour en injection quotidienne unique, sans dépasser la dose adulte de 1 g/j ;
- ou céfotaxime (IV) uniquement chez les patients hospitalisés : 100 mg/kg par jour, en trois ou quatre injections, sans dépasser la dose adulte de 4 g/j.

Les aminosides (gentamicine à la dose de 3 mg/kg par jour en injection IV ou IM quotidienne unique) peuvent également être utilisés :

- en association aux céphalosporines de troisième génération injectables dans les pyélonéphrites sévères (enfant de moins de trois mois, uropathie malformative connue, syndrome septicémique, immunodéprimé) ;
- en monothérapie dans les pyélonéphrites notamment en cas d'allergie aux bêta lactamines chez le sujet à fonction rénale normale ;
- en association à l'amoxicilline (100 mg/kg par jour en trois-quatre injections sans dépasser 4 g/j) en cas d'infection à entérocoques.

[☆] Texte reproduit avec l'autorisation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les RBP et leur argumentaire sont également disponibles sur le site : www.afssaps.sante.fr (rubrique « Recommandations de bonnes pratiques »).

Traitement oral de relais

- Cotrimoxazole (contre-indiqué avant l'âge d'un mois) ou céfixime (à partir de six mois), en fonction des résultats de l'antibiogramme.

En cas de résistance aux autres familles d'antibiotiques, la ciprofloxacine peut être envisagée chez l'enfant prépubère. Chez l'adolescent pubère, les fluoroquinolones peuvent être utilisées comme chez l'adulte.

Prise en charge

L'hospitalisation est recommandée chez l'enfant de moins de trois mois ou présentant des signes cliniques d'infection sévère. Il est recommandé d'effectuer un examen clinique, 48–72 heures après le début du traitement.

Antibioprophylaxie dans les infections récidivantes

Il n'existe pas de consensus sur l'intérêt et la durée de l'antibioprophylaxie de l'IU.

L'antibioprophylaxie réduit la fréquence des épisodes dans le cadre des cystites à répétition en complément du traitement des facteurs de risque de l'infection : réplétion rectale, troubles mictionnels, prépuce physiologiquement étroit. Aucune efficacité n'a été démontrée chez les enfants présentant un reflux vésico-urétérorénal.

Si une antibioprophylaxie est décidée, les antibiotiques proposés sont :

- cotrimoxazole (contre-indiqué avant l'âge d'un mois) : 5–10 mg/kg par jour pour le sulfaméthoxazole et 1–2 mg/kg par jour pour le triméthoprime ;
- ou nitrofurantoïne (à partir de six ans) : 1 à 2 mg/kg par jour.

La durée du traitement prophylactique est de plusieurs mois en continu.

La prise en charge doit s'accompagner d'une hygiène périnéale adaptée et d'une vigilance accrue pour permettre un diagnostic précoce des pyélonéphrites aiguës, afin de maintenir une prévention optimale des cicatrices rénales et de leurs conséquences.

1. INTRODUCTION

L'infection urinaire (IU) est une des infections bactériennes les plus fréquentes en pédiatrie. Elle est souvent associée à une anomalie fonctionnelle ou anatomique des voies urinaires dont la plus fréquente est le reflux vésico-urétérorénal. Son risque essentiel est la survenue de cicatrices rénales pouvant conduire à long terme à l'hypertension artérielle et à la réduction néphronique. La prévalence de l'infection urinaire dépend de multiples facteurs, notamment de l'âge et du sexe, mais c'est dans la première année de vie que l'incidence du premier épisode est la plus élevée.

Les signes et symptômes des IU sont souvent non spécifiques, en particulier chez le nouveau-né et le nourrisson, et le diagnostic doit être systématiquement évoqué devant toute fièvre sans foyer infectieux patent. Le diagnostic repose sur l'examen cyto bactériologique des urines qui impose des conditions rigoureuses de prélèvement, de conservation et de réalisation. Les bandelettes réactives recherchant la présence de leucocytes et de nitrites dans l'urine, occupent, en dehors de la période néonatale, une place importante dans le dépistage des infections urinaires.

L'antibiorésistance croissante des bactéries impliquées dans les IU limite le choix des antibiotiques.

2. DÉFINITIONS

Le terme d'infection urinaire regroupe des situations cliniques hétérogènes qui ont comme caractéristiques communes

la présence de quantités significatives de bactéries dans les urines. Il est classique de distinguer :

- les cystites, infections localisées à la vessie, le plus souvent d'origine bactérienne, bénignes, toujours d'origine ascendante ; les cystites récidivantes de la petite fille sont définies par au moins trois épisodes par an ;
- les pyélonéphrites aiguës, infections urinaires bactériennes présumées ascendantes, avec atteinte du parenchyme rénal, qui sont potentiellement graves : elles peuvent être cause de lésions rénales et de diffusion systémique ;
 - les lésions rénales sont classiquement plus fréquentes chez les jeunes enfants, peuvent à long terme se compliquer de protéinurie, d'hypertension artérielle et de réduction néphronique. L'interprétation de ces lésions est parfois difficile, car certaines sont acquises mais d'autres sont congénitales ;
 - le risque de bactériémie est fonction de l'âge ; elle survient essentiellement dans les premiers mois de vie.

Les caractéristiques permettant de définir les infections urinaires compliquées chez l'adulte sont difficiles à appliquer en pédiatrie. Elles sont remplacées par les notions de :

- facteurs de risque : l'âge (moins de trois mois, en raison du risque bactériémique), l'existence d'une uropathie sous-jacente ou d'un état d'immunodépression ;
- facteurs de sévérité : un syndrome septique marqué (fièvre élevée mal tolérée, altération de l'état général, troubles hémodynamiques), des signes de déshydratation.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4149884>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4149884>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)