



Incidence et traitement des infections urinaires chez le patient porteur de vessie neurologique



Aurélien Dinh,
Jérôme Salomon,
Samira Daou,
Louis Bernard

Unité des maladies infectieuses,
Centre hospitalier universitaire
Raymond-Poincaré (AP-HP), Garches.

Résumé

Les patients ayant une dysfonction neurologique de la vessie sont plus à risque de développer des infections urinaires (IU) que la population générale. Il convient de bien différencier infection urinaire symptomatique et colonisation, cette dernière ne nécessitant pas de traitement antibiotique. Les signes cliniques d'infection sont divers et souvent extra urinaires, ce qui rend le diagnostic difficile chez des patients dont l'examen clinique est peu informatif. L'écologie bactérienne de ces IU est particulière, car elle concerne diverses espèces souvent multi résistantes. La prise en charge des patients est multi disciplinaire et doit comprendre le choix d'un mode mictionnel optimal et la lutte contre les facteurs de risques associés. Certains traitements préventifs sont en cours d'évaluation. L'antibiothérapie, lorsqu'elle est nécessaire, doit respecter les règles de bon usage : ciblée sur le germe responsable, la plus courte possible, secondairement adaptée si nécessaire.

Mots-clés : Blessés médullaires, vessies neurologiques, sondages intermittents.

Correspondance

Louis Bernard
Unité des maladies infectieuses
CHU Raymond-Poincaré (AP-HP)
104, bd Raymond-Poincaré
92380 Garches
louis.bernard@rpc.aphp.fr

Incidence and treatment of urinary tract infections in patients with neurogenic bladder

Abstract

Patients with neurogenic bladder are more likely to develop urinary tract infection than the general population. It is necessary to make the difference between Symptomatic urinary tract infection must be clearly distinguished from urinary tract colonization, which generally does not require antibiotics. Clinical signs of infection are variable and often non-urinary, making the diagnosis difficult in patients in whom clinical examination is inconclusive. The pathogens responsible for urinary tract infection comprise a large number of strains that are often resistant to multiple antibiotics. The standard of care for these patients is multidisciplinary, and must comprise determination of the best voiding practice and correction of predisposing factors. Certain prophylactic treatments are currently under evaluation. Curative antibiotic therapy, when needed, should be active on the pathogen, of short duration and secondarily adapted to antibiotic susceptibility test results, if necessary.

Key-words: Spinal cord injury, neurogenic bladder, intermittent catheterization.

Épidémiologie

Une des principales complications observées chez des patients atteints de troubles neurologiques est l'apparition d'une vessie neurologique dont la vidange n'est plus autonome. L'infection urinaire est la première cause de morbidité et d'hospitalisation ainsi que la deuxième de mortalité chez ces sujets [1, 2].

La principale cause de vessie neurologique et la plus étudiée est la lésion médullaire, dont l'incidence mondiale annuelle est d'environ

40 millions de personnes. Par ailleurs, chez les patients atteints de sclérose en plaques, 80 à 90 % développent une dysfonction vésico-sphinctérienne au cours de l'évolution de leur maladie ; l'incidence annuelle des infections urinaires dans cette population varie de 20 à 74 % selon les études [3].

La gestion des infections sur vessie neurologique est donc un problème majeur de santé publique par leur fréquence, leur coût et la morbi-mortalité qu'elles occasionnent.



Bactériologie

Les espèces microbiennes retrouvées dans les infections urinaires chez le blessé médullaire sont plus diversifiées que chez le sujet sans trouble neurologique vésico-sphinctérien : *Escherichia coli*, *Pseudomonas spp.*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *Serratia spp.*, *Providencia spp.*, Enterocoques et staphylocoques sont les germes les plus fréquemment retrouvés [4]. En outre, ces patients sont souvent porteurs de bactéries multi-résistantes (BMR) en raison de leurs fréquentes hospitalisations, des antibiothérapies itératives et des procédures invasives nécessaires (bilans urodynamiques, endoscopies urinaires, pose de matériel, implantation de pompe intra-thécale, etc.). Les infections plurimicrobiennes ne sont pas rares.

Mode mictionnel

Le choix du mode mictionnel est fondamental dans la prise en charge. La miction spontanée, en l'absence de résidu, reste le mode mictionnel ayant le moindre risque infectieux. En cas de nécessité de cathétérisme vésical, les études montrent qu'il faut privilégier le sondage intermittent au sondage à demeure et les techniques d'auto-sondages aux hétéro-sondages [5]. La sonde à demeure est à éviter car la colonisation est constante au-delà de 30 jours [10], ses indications et sa durée doivent être les plus restreintes possibles.

Aux techniques de drainage, il convient d'associer une déconnexion pharmacologique du détrusor suffisante, qui limite le reflux vésico-rénal et facilite la vidange vésicale évitant la stase et la distension. Ces différents paramètres doivent être régulièrement ré-évalués et le traitement adapté lors de consultations spécialisées.

Diagnostic

Il convient de différencier les infections urinaires symptomatiques (IUS) de la colonisation quasi permanente de ces patients. Soixante à 70 % des patients porteurs de vessie neurologique présentent une bactériurie asymptomatique :

il s'agit de la présence de germes dans les urines sans signe clinique. L'antibiothérapie dans ces cas là ne permet ni de diminuer l'incidence des épisodes fébriles, ni leur sévérité, ni la durée de la bactériurie [6, 7].

Il ne faut traiter une colonisation urinaire que dans les deux situations suivantes : chez des patients immunodéprimés ou avant un geste invasif. En dehors de ces indications, il faut réserver l'administration des antibiotiques aux infections symptomatiques, dont les signes cliniques peuvent être urinaires (pollakiurie, pyurie, dysurie, fuites, impériosité douleur pelvienne ou lombaire) ou extra-urinaires (fièvre, spasticité, céphalée, hyper-réflexie autonome). La fièvre serait le plus fidèle témoin de l'atteinte parenchymateuse d'après la conférence de consensus nord américaine de 1992 [8]. Toutefois, devant une fièvre, et en l'absence de signes d'orientation univoques, il faut rechercher une autre cause avant d'incriminer les urines (hyper-activité autonome, déshydratation, autres causes de sepsis, etc.). Si le traitement a été débuté, il ne faut pas hésiter à réviser le diagnostic initial.

Sur le plan clinique, la prise en charge de ces patients est d'autant plus délicate que leur examen physique est souvent difficile, faisant courir le risque d'une errance diagnostique ou de ne pas déceler à temps, des signes de gravité. Il convient de réaliser rapidement une imagerie (échographie réno-vésicale + prostatique) à la recherche d'abcès ou d'obstacle nécessitant un avis chirurgical urgent et qui peut aussi aider au diagnostic topographique de l'atteinte (pyélonéphrite, prostatite). Sur le plan biologique, les PSA peuvent aider au diagnostic topographique de l'atteinte et seront utiles pour le suivi, le choix de l'antibiotique et la durée de traitement.

L'ECBU permet d'identifier les germes responsables, mais les seuils de significativité de bactériurie et de leucocyturie déterminant une infection urinaire vraie sont mal définis. Dans le suivi de l'infection, il n'y a pas lieu de contrôler le prélèvement urinaire, en dehors de l'absence d'amélioration. Il faut donc privilégier les signes cliniques, mêmes

s'ils sont peu spécifiques pour le diagnostic et le suivi de ces patients.

Traitement

Actuellement, il n'y a pas de durée de traitement standardisée concernant les infections urinaires chez ces patients [1]. En effet, il n'existe pas d'étude randomisée de bonne qualité sur la prise en charge par antibiothérapie curative des infections urinaires survenant sur vessie neurologique. Chez le blessé médullaire, les données concernant les infections urinaires sont rares et contradictoires. Cependant, devant une infection urinaire basse, un traitement antibiotique de 5 jours semble raisonnable [4].

Concernant les infections urinaires fébriles, il n'est pas toujours aisé de différencier les prostatites des pyélonéphrites, le dosage des PSA et l'échographie prostatique peuvent aider à déterminer l'organe atteint. Habituellement, les pyélonéphrites sont traitées 7 à 10 jours et les prostatites 2 à 3 semaines.

Dans tous les cas, il convient d'utiliser des antibiotiques à bonne diffusion urinaire en privilégiant ceux à faible pression de sélection (furadantine, cotrimoxazole, céphalosporine de 3^e génération et fosfomycine orale) (figure 1).

Les fluoroquinolones doivent être discutées, car si leur activité et leur bonne pénétration urinaire en font un antibiotique de choix, cette classe augmente nettement le risque d'apparition de mutations responsables de résistance (pyocyaniques, entérobactéries) et l'incidence des BMR (en particulier les SARM).

De préférence, il faut utiliser un seul antibiotique afin de limiter l'impact sur la flore microbienne [4]. L'antibiothérapie empirique ne doit être réservée qu'à des cas particuliers ou graves et le choix de la molécule doit reposer sur la connaissance de l'écologie du patient et de son environnement, celle-ci doit toujours être secondairement adaptée aux résultats de l'antibiogramme.

Il faut tenter de limiter l'utilisation des aminoglycosides en raison de leur toxicité rénale

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4274050>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4274050>

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