

Infections urinaires chez le sujet âgé

- Cystite
- Pyélonéphrite
- Prostatite
- Orchiépididymite

LILLAZ J. (CCA UROLOGIE)

Objectifs

- Infectieux urologie = Sujet simple dans la plupart des cas.
 - A condition d'être précis, de connaître la physiopathologie et d'éviter certains pièges.
- Précision dans le type d'IU :
 - IU : terme insuffisant.
 - Homme ≠ femme.
 - Haute/ basse ou mieux fébrile/ non fébrile
- Connaître les indications :
 - D'hospitalisation.
 - D'imagerie.

Cystite

- Infection isolée de la vessie :
 - Signes urinaires irritatifs :PK, Impression de dysurie, BM.
 - Signes moins définis : cystalgies, douleurs pelviennes, urétrales.
 - Entité qui n'existe pas chez l'homme.
 - Pas de fièvre.
- Diag :
 - Clinique typique + BU > 0.
- Pièges :
 - Douleurs lombaires associées.

Cystite

- Diagnostic : basé sur la clinique + BU. Pas d'ECBU systématique en cas de cystite simple.
- Cependant : pas de cystite simple après 65 ans.
- Donc :
 - ECBU systématique.
 - Pas de traitement monodose.

Cystite

- Chez le sujet âgé :
 - Eliminer la présence d'un RPM qui va favoriser l'infection urinaire récidivante.
 - Eliminer une autre pathologie associée : lithiase vésicale, polype vésical,...
- ECBU positive chez un patient asymptomatique :
 - On parle de colonisation bactérienne.
 - Ne pas traiter.
 - SAUF SI :
 - Immunosuppression majeurs (transplantation)
 - Femme enceinte.

Cystite

- Antibiothérapie :
 - Si possible attendre résultat ECBU.
 - Eviter les FQ (surtout si résistance au négram).
 - Favoriser amoxicilline, bactrim, furadantine, oroken.
 - Si enterocoque : amox.
- Durée :
 - Antibiothérapie courte.
 - Pas de monodose.
 - 5 à 7 jours.

Pyélonéphrites aiguës

- Triade clinique :
 - Douleurs lombaires.
 - Hyperthermie.
 - Pyurie.
- Echographie rénale : éliminer un obstacle (dilatation ht appareil).
- ECBU systématique avant antibiothérapie.
- UROTDM au 3^e-4^e jour en cas de mauvaise évolution - doute diagnostic.

Pyélonéphrites aiguës

- Traitement hospitalier après 65 ans.
- 24- 48H : rocéphine +/- amiklin.
- Relai PO si apyréxie à adapter à l'antibiogramme.
- Désarmement thérapeutique :
 - À réaliser en fonction de l'antibiogramme.
 - Choisir une molécule adaptée.
 - Avec une pression de sélection moindre.
 - Type : amoxicilline.
- Durée traitement : 15 jours – 21 jours. Si FQ : Traitement plus court (7j).

Pyélonéphrites aiguës

- Amélioration clinique : 48-72H.
- En cas d'évolution défavorable :
 - Antibiothérapie inadaptée ?
 - Attendre ECBU.
 - Ajout amoxicilline vs enterocoque.
 - FQ : à éviter mais molécule intéressante en cas de bactério non contributive.
 - Attention : PAS DE TAVANIC (prix, résistance pneumo, pas d'intérêt uro par rapport aux autres FQ, seul intérêt = labo).
 - Obstacle voie excrétrice :
 - Toujours faire une imagerie rapidement.
 - Si obstacle = avis uro pour discuter d'une dérivation urinaire en urgence.
 - Intérêt de l'uroscanner à J3.
 - RPM = pose de SV jusqu'à apyréxie.

Particularité sujet âgé

- Souvent diag moins franc :
 - pas de douleurs lombaires.
 - AEG au premier plan.
 - Pyurie fréquente chez le sujet âgé.
 - Décompensation d'autres pathologies, perte d'autonomie.
- S'assurer de la bonne vidange vésicale (SV si besoin).
- PEC médicale en première intention car :
 - Equilibrer glycémies.
 - Bilan nutritionnel.
 - Evaluation de l'autonomie et du retour à domicile.
- Eviter l'orientation en service de chirurgie.

Prostatite aigue

- Sd infectieux clinique et biologique.
- Sd pseudo grippal + hyperthermie.
- Signes urinaires : BM, pollakiurie, dysurie, douleurs pelviennes/ périnéales/ parfois rectales.
- TR : prostate douloureuse.
- Signes d'orchite ou d'épididymite associés

Prostatites aigues

- HBP sous jascence souvent associée :
 - Préciser le statut mictionnel antérieur.
 - Rechercher les traitements à visée prostatique.
 - Introduire un traitement (ou le renforcer).
- Eliminer :
 - Une RAU = KTSP.
 - À un degré moindre mais plus fréquent chez le sujet âgé, la présence d'un RPM = KTSP/SV (si KTSP CI).

Prostatite aigue : PEC

- Assurer un bon drainage urinaire.
- ECBU systématique avant antibiothérapie.
- TTT ambulatoire ou hospitalisation selon :
 - Gravité du syndrome septique.
 - Statut mictionnel.
 - Co morbidités et état général.
- Antibiothérapie :
 - Milieu hospitalier : IV- C3G +/- aminoside jusqu'à 48H d'apyrexie. Puis relai PO à adapter à l'antibiogramme.
 - Ambulatoire : FQ- Bactrim. **Récupérer ECBU** puis adapter
 - Durée : 4-6 semaines.
- Dosage du PSA : **inutile**.

Bactériurie sur SAD

- Patient asymptomatique : colonisation.
 - Pas de recherche systématique d'ECBU.
 - Pas de traitement.
- Patient symptomatique : **fièvre** (douleur, frissons, confusion).
 - Bilan : ECBU + Hémo.
 - Vérification perméabilité de la sonde (RAU ?)
 - Ttt:
 - Absence de S de gravité: attendre bactéri
 - Si S de gravité: Pipéracilline/tazobactam + aminosides relais PO à l'apyrexie
 - Retrait de la sonde si pas indispensable sinon changement avant de débiter le traitement ou après 2j de traitement efficace

Facteurs favorisants

- Importance de traiter les facteurs favorisants les infections urinaires.
- Facteurs variables selon l'âge :
 - MST, activité sexuelle.
 - Grossesse.
 - Ménopause.
 - Disfonctionnement du système vésico sphinctérien par vieillissement physiologique/ Co morbidité et dégénérescence/ Troubles cognitifs,...

Pyelonéphrites : facteurs favorisants

- Reflux vésico urétéral :
 - Pyelo à répétition unilatérale.
 - Sujet jeune généralement.
- Phénomènes obstructifs :
 - Du haut appareil : lithiase urinaire (urgence), tumeur vésicale (HM associée), compression extrinsèque par une tumeur pelvienne.
 - Du bas appareil : RPM+++.
- Foyers infectieux résiduels :
 - Incontinence fécale/ manque d'hygiène.
 - Lithiases vésicales, rénales.
- Savoir y penser, ne pas hésiter à demander une imagerie.

Prostatite aigue : facteurs favorisants

- HBP et RPM +++
- Penser à rechercher un RPM.
- Prévention des infections :
 - Introduire un alpha bloquant (uroselectif : urorec 8mg (4)).
 - Ajouter un ISAR.
 - Avis uro pour chirurgie.
 - Autosondage dans certaines indications ?
 - SAD parfois ...
- Favoriser la vidange vésicale : lutte contre la constipation, stimuler l'autonomie, réduire l'alitement,...

LA VERITE EST PARFOIS AILLEURS...

- Attention à l'infection sans fièvre marquée car :
 - BU et ECBU souvent positives chez le sujet agé.
 - Signes urinaires fréquents.
 - Qui ne sont pas forcément des infections.
- Mr X 57 ans, porteur d'un KTSP à demeure depuis 5 ans sur vessie neuro (SEP). Adressé par MT pour hospit pour antibiothérapie sur IU récidivante avec découverte d'un pyocyanique résistant à ... Tout. Patient traité depuis 1 an par divers antibiotiques en continu. Il vient avec 30 ECBU toutes positives et se plaint toujours de douleurs sus pubiennes et d'un écoulement sale autour de son KT. BIO = CRP 20, blancs 11000, RAS par ailleurs. BU : sg,leuc,nit+++
- Votre avis ???

Avis uro devant IU récidivante/ résistante à un TTT bien conduit

- KT sus pubien = corps étranger donc :
 - BU +, colonisation constante.
 - Ecoulement possible : fibrine souvent.
 - Petit sd inflammatoire possible.
 - Douleurs qui témoignent d'une mauvaise tolérance de ce corps étranger.
- Donc : Ce patient n'a probablement jamais présenté d'infection urinaire : mauvaise interprétation sémiologique.
- 1 an d'antibiothérapie inutile.
- Sélection des germes.
- CAT : ditropan 1-1-1. Si sujet agé : CERIS : 1-0-1 a jeun.
- INFORMATION MT ++++
- Cas fréquent...
