

TRAITEMENT DE LA PYELONEPHRITE AIGUE (PNA) (HORS GROSSESSE)

GENERALITES

DEFINITIONS

La pyélonéphrite aiguë PNA simple, sans signe de gravité est une infection bactériémique du rein, associant des signes cliniques d'atteinte du bas et du haut appareil urinaire (douleurs lombaires) et des signes biologiques d'inflammation, associés à une bactériurie et une leucocyturie.

Elle concerne les femmes de 15 ans – 75 ans, sans uropathie ni contexte particulier.

La PNA a risque de complications, sans signe de gravité : c'est à dire associée à au moins un FDR de complication :

- Anomalie organique ou fonctionnelle de l'appareil urinaire
- Grossesse (cf. fiche de bon usage « Traitement des infections urinaires de la femme enceinte »)
- Sujet de plus de 75 ans
- Sexe masculin
- Immunodépression grave
- Insuffisance rénale chronique sévère (Cl créat < 30mL/min)
- Sujet de plus de 65 ans avec au moins 3 critères de Fried (vitesse de marche lente, faible endurance, faiblesse/fatigue, activité physique réduite, perte de poids involontaire dans l'année)

Le diabète même insulino-requérant n'est pas considéré comme un facteur de risque de complication

La PNA grave : PNA associée à un sepsis grave, un choc septique, PNA sur obstacle, une indication de drainage chirurgical ou interventionnel

CRITERES D'HOSPITALISATION

- Signes de gravité
- PNA obstructive
- PNA hyperalgique
- Doutes concernant l'observance du traitement
- Doute diagnostic
- Impossibilité de réaliser le bilan (ECBU, échographie) en ambulatoire
- Vomissements rendant impossible un traitement par voie orale
- Conditions socio-économiques médiocres

FACTEURS DE RISQUES DE EBLSE

- Colonisation urinaire ou IU à EBLSE < 6 mois
- Antibiothérapie par pénicilline + inhibiteur / C2G ou C3G / FQ < 6 mois
- Voyage récent en zone d'endémie d'EBLSE
- Hospitalisation < 3 mois
- Vie en long séjour

RECOMMANDATIONS

La prescription d'une fluoroquinolones dans les 6 mois précédents est une limite à leur utilisation (risque de sélection de souches moins sensibles) → activité sur les souches isolées à vérifier (acide nalidixique S)

Informez le malade du risque de survenue sous traitement par fluoroquinolones de tendinite, de photosensibilisation

Le traitement antibiotique doit être instauré le plus rapidement possible.

PYELONEPHRITE AIGUE SIMPLE (PNA), SANS SIGNE DE GRAVITE

Diagnostic

- Diagnostic avant tout sur signes cliniques de cystite et d'atteinte parenchymateuse : fièvre, frisson, douleur à l'ébranlement lombaire. Signes parfois trompeurs : troubles digestifs.
- BU positif ☞ ECBU (leucocyturie $>10^4$ /ml, bactériurie $\geq 10^3$ UFC/mL pour *E.coli* et $\geq 10^4$ UFC/mL pour les autres entérobactéries) avec antibiogramme
 - ☞ Échographie rénale dans les 24 heures en cas de PNA hyper-algique

Antibiothérapie : Monothérapie ambulatoire

Traitement initial probabiliste (à réévaluer au bout de 72 heures de traitement)

- C3G voie IV **ceftriaxone** IV/IM/SC 1g /jour
 cefotaxime IV/IM 1 g x 3/jour

OU

- Fluoroquinolones par voie orale (PO) d'emblée chaque fois que possible :
 - ciprofloxacine** PO 500mg x 2/jour – IV 400mg x 2/jour
 - lévofloxacine** PO/IV 500mg x 1/jour
 - ofloxacine** PO/IV 200mg x 2/jour
- En cas d'allergie : aminoside en monothérapie (**amikacine** IV/IM 15mg/kg x 1/jour, **gentamicine** IV/IM 3mg/kg x 1/jour ou **tobramycine** IV/IM 3mg/kg x 1/jour) ou **aztréonam** IV/IM 2g x 3/jour

Chaque posologie est à adapter à la fonction rénale du patient.

Traitement relais : réévaluation thérapeutique à H48 et désescalade par VOIE ORALE adaptée à l'antibiogramme

Durée totale de traitement

10 jours le plus souvent (amoxicilline/acide clavulanique, cotrimoxazole,...), **5 jours** pour les aminosides (après avis d'un référent en infectiologie), **7 jours** pour les C3G IV, fluoroquinolones et infections à EBLSE.
En cas de BLSE, se référer à l'ordonnance type de Temocilline®.

Suivi : Pas d'ECBU de contrôle systématique

Si évolution défavorable après 72 h : ECBU + antibiogramme +/- uroTDM ou écho rénale

PNA A RISQUE DE COMPLICATIONS, SANS SIGNE DE GRAVITE

Diagnostic

BU et ECBU avec antibiogramme, bilan biologique recommandé (CRP, urée, créatinine)
uroTDM en urgence ou échographie rénale si contre-indications à l'uroTDM

Antibiothérapie : Monothérapie ambulatoire : idem PNA simple

Traitement initial probabiliste (à réévaluer au bout de 72 heures de traitement)

- C3G voie IV **ceftriaxone** IV/IM/SC 1 à 2g /jour
 cefotaxime IV/IM 1 à 2g x 3/jour

OU

- Fluoroquinolones **ciprofloxacine** PO 500mg x 2 /jour (si IV : 400mgx2/j)
 lévofloxacine PO 500mg x 1/jour
 ofloxacine PO 200mg x 2 à 3/jour

→ Préférer les C3G voie IV car fort taux de résistance aux fluoroquinolones dans cette population

En cas d'allergie : aminoside en monothérapie ou **aztréonam**

Chaque posologie est à adapter à la fonction rénale du patient.

Traitement relais : idem PNA simple

Durée totale de traitement:

10 jours (5 jours pour les aminosides, **> 21 jours** selon la situation clinique (abcès rénal par ex.)

Suivi : Pas d'ECBU de contrôle sous et après traitement (sauf en cas de PNA sur lithiase pour exclure une PNA chronique)

Si évolution défavorable après 72 h : ECBU + antibiogramme +/- uroTDM

PYELONEPHRITE AIGUË GRAVE

Diagnostic

BU et ECBU avec antibiogramme, bilan biologique recommandé et hémocultures systématiques
Tomodensitométrie avec injection (uroTDM) ou échographie voies urinaires si contre-indications à l'uroTDM
En cas d'obstacle : avis spécialisé pour drainage en urgence des urines en amont de l'obstacle.

Protocole : Bithérapie

Traitement initial probabiliste (à réévaluer au bout de 72 heures de traitement) **avec drainage chirurgical ou interventionnel en cas d'obstacle**

- C3G voie IV recommandé en première intention :
cefotaxime 2 gx3/j ou **ceftriaxone 2 gx1/j** + **amikacine** (30mg/kg – bithérapie de 1 à 3 jours)
→ Pas de fluoroquinolones en traitement probabiliste de la PNA grave à entérobactéries
- En cas d'allergie : **aztreonam 2 gx3/j** + **amikacine 30mg/kg**
- En cas d'antécédent de colonisation urinaire ou IU à EBLSE < 6 mois : carbapénème (**imipénème** ou **meropenème**) + **amikacine 30mg/kg**
- En cas de choc septique, avec au moins un facteur de risque d'IU à EBLSE: carbapénème (**imipénème** ou **meropenème**) + **amikacine 30mg/kg**

Traitement relais : idem PNA simple

Durée totale : **10 jours** voire jusqu'à **21 jours** selon la situation clinique (abcès rénal)

Suivi

Pas d'ECBU de contrôle sous et après traitement (sauf en cas de PNA sur lithiase afin d'exclure une PNA chronique)
Si évolution défavorable après 72h : ECBU + antibiogramme +/- uroTDM

SOURCES DOCUMENTAIRES

¹Traitement de la pyélonéphrite aiguë – Fiche COMED CHRU de Tours, Octobre 2017 (F.Bastides – S.Provot)

²Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte - SPILF 2015

³Ordonnance Témocilline 1g ou 2g IV (NEGABAN®) – OMÉDIT Centre-Val de Loire – Février 2018