

LA PYÉLO-NÉPHRITE AIGUË DE L'ADULTE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE OU AMBULATOIRE ?

*Dr Adel BEN ALI
Infectiologue - Microbiologiste*

En France, l'incidence annuelle des infections urinaires (IU) est estimée entre 4 et 6 millions de cas (Rapport de l'association de Formation Continue en pathologie infectieuse, 1989), ce qui représente entre 6 à 9 épisodes pour 100 habitants par an (Lobel, 2007). 40 à 50 % des femmes ont au moins une IU au cours de leur existence. Chez la femme, la fréquence augmente avec l'âge, avec 2 pics au cours de la vie : l'un, au début de l'activité sexuelle et l'autre en période ménopausique (AFSSAPS, 2008).

Les IU sont le deuxième site d'infection bactérienne communautaire après l'appareil respiratoire (AFSSAPS, 2008) et représentent 1 à 2 % de l'ensemble des consultations de médecine générale (Revue Prescrire, 2007).

Une étude du CREDES (Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) de 1992 montre que 11 % de toutes les consultations hospitalières et de ville concernent les IU. Dans cette étude, les pyélonéphrites nécessitant une hospitalisation (Pyélonéphrite compliquée !) dépendent des caractéristiques de la population étudiée.

En effet, l'histoire naturelle et l'évolution de la pyélonéphrite dépendent d'une triptique constituée par la **bactérie/la patiente/ l'antibiotique**.

La bactérie : les bactéries uropathogènes sont dotées de certains facteurs de virulence, permettant l'adhésion aux muqueuses vaginale et urétrale réalisant ainsi

une ascension vers la vessie (McLaughlin, 2004). Selon ces différents et multiples facteurs, ces bactéries uropathogènes seraient plus ou moins aptes à atteindre le parenchyme rénal. Il est aujourd'hui impossible de prévoir lors d'une infection la probabilité qu'un *E. coli* soit porteur de ces facteurs de virulence. Donc, théoriquement, toutes les souches d'*E. coli* pourraient potentiellement être responsables de pyélonéphrite aiguë.

La patiente : l'ascension bactérienne est facilitée physiologiquement par la déformation de la jonction vésico-urétrale provoquée par l'inflammation vésicale. Celle-ci dépend de multiples facteurs génétiques conditionnant la réponse inflammatoire. Elle pourrait induire au maximum un choc septique. Ces facteurs génétiques qui vont conditionner une part de la présentation clinique sont actuellement impossibles à déterminer lors de la prise en charge aiguë de la pyélonéphrite. Par contre, les antécédents des patientes ayant un risque de complications doivent être recherchés rapidement (maladie uro-obstructive, neuro-vessie,...) car ils sont associés directement à la survenue d'une pyélonéphrite compliquée. Par ailleurs, l'histoire de la patiente pourrait nous informer quant au risque de résistance aux antibiotiques de l'uro-pathogène en cause (Montravers, 2007).

L'antibiotique : En dehors des facteurs de virulence de la bactérie, la résistance aux antibiotiques est associée dans plusieurs études à un mauvais pronostic et à une surmortalité, en particulier en cas de bactériémie. Ce risque est corrélé à la prise d'antibiotique, à une hospitalisation récente et récemment à la notion de voyage dans des régions où l'antibio-résistance devient endémique (Espagne et résistance aux fluoroquinolones, Moyen-Orient et résistances aux bêta-lactamines,...) (Leclercq, 2005).

Donc, la prise en charge de la pyélonéphrite peut se faire en ambulatoire à condition de bien analyser la présentation clinique (signes de gravité) et l'histoire personnelle de la patiente.