**Infections urinaires hautes de l'adulte: à propos de 261 épisodes. Tunis Med 2010 ; 88: 629 – 33.
(Letter to editor)**

Dr Sellami S

Service d'Urologie. Hôpital la Rabta.

Tunis, Tunisie

C'est une intéressante étude rétrospective à large effectif, traitant de l'infection urinaire haute (IUH) chez l'adulte. Cette dernière est une pathologie infectieuse grave, souvent mal traitée et mal explorée. Dans une recherche sur la base Pubmed, en utilisant « pyelonephritis », « adult » et « treatment » comme mots-clés et en se limitant aux essais cliniques rapportées en langue anglaise ou française, la présente étude serait l'une des plus grande série rapportée dans la littérature (45 articles depuis 1971). Elle a permis de répondre à plusieurs questions et surtout d'analyser les caractéristiques épidémiologiques et bactériologiques de cette pathologie en Tunisie. Les auteurs nous fournissent des données qui serviront dans l'avenir pour des études prospectives ciblés sur la conduite thérapeutique et les protocoles de surveillance. Nous félicitons les auteurs pour leurs efforts de recensement, d'analyse et de recherche.

Dans cette série et conformément aux données de la littérature, la prédominance féminine était évidente. Elle ne compte que 48 hommes sur 241 patients. Les auteurs ont signalé la fréquence des troubles urinaires du bas appareil mais ils n'ont pas déterminé la fréquence exacte d'une éventuelle hypertrophie prostatique (HBP) symptomatique ou compliquée.

Cette pathologie en plus de la lithiase urinaire (8,4% des patients) sont des facteurs de risque classique de survenu et de récurrence des infections urinaires (1,2). Dans la série de Lee et al, la fréquence de l'HBP et de la lithiase urinaire était respectivement de 16,4% et de 27,5% (2).

En fait, toute anomalie (fonctionnelle, anatomique ou pathologique) de l'appareil urinaire, les antécédents urologiques et les interventions récentes sur l'appareil urinaire sont tous des facteurs de risque d'infection urinaire et qu'il faut les chercher attentivement (1,3). Il est actuellement recommandé de faire une échographie et un cliché sans préparation de l'arbre urinaire permettant de détecter une éventuelle obstruction nécessitant un geste de drainage urgent (A-II). En cas d'obstacle avéré, un drainage de la voie excrétrice s'impose en urgence en milieu urologique (A-III) (1,3). Les auteurs n'ont pas précisé si un traitement chirurgical endoscopique ou à ciel ouvert a été indiqué dans la prise en

charge de certains de ces patients. Dans la série de Lee et al (2), de 1.026 patients avec IUH, 9,2% des patients ont nécessité un geste urologique autre que le traitement antibiotique dans la prise en charge.

Dans la présente série, parmi les 50 patients qui ont présenté une 2ème IUH, n'existe-t-il pas des cas d'infection nosocomiale chez ceux qui ont eu une geste endoscopique?

L'étude bactériologique chez ces derniers est très utile pour faire la part avec une rechute ou une récurrence puisque la conduite thérapeutique est très différente.

Les auteurs n'ont pas précisé si les facteurs de risque retrouvés ont été traités ou non et s'ils étaient la cause des récurrences ultérieures. Actuellement, il est recommandé de traiter correctement toute pathologie sous-jacente afin de prévenir les récurrences (1,3).

La prévention de cette infection grave passerait obligatoirement par une action efficace sur les différents facteurs de risque telle qu'une HBP symptomatique, une lithiase urinaire et autres.

Les auteurs ont rapporté que 8% des patients avaient ou ont rapporté la notion d'hématurie macroscopique. Je me permets d'insister sur la nécessité d'explorer correctement toute hématurie macroscopique même dans un contexte d'infection urinaire.

Vu la fréquence des tumeurs urothéliales en Tunisie (1er cancer urologique) et en particulier les tumeurs de la vessie (4), il est impératif de vérifier par les moyens appropriés l'absence de telle pathologie chez ces patients. N'oublions pas qu'une tumeur urothéliale peut se manifester par un tableau d'infection urinaire basse ou haute.

Références:

- 1) Bruyère F, Cariou G, Boiteux JP, et al. Pyélonéphrites aiguës. Prog Urol. 2008;18:14-8.
- 2) Lee DG, Jeon SH, Lee CH, Lee SJ, Kim JI, Chang SG. Acute pyelonephritis: clinical characteristics and the role of the surgical treatment. J Korean Med Sci. 2009;24:296-301.
- 3) Ramakrishnan K, Scheid DC. Diagnosis and management of acute pyelonephritis in adults. Am Fam Physician. 2005;71:933-42.
- 4) Hsairi M, Fakhfakh R, Ben Abdallah M, et al. Estimation à l'échelle nationale de l'incidence des cancers en Tunisie 1993-1997. Tunis Med. 2002;80:57-64.

Infections urinaires hautes de l'adulte: à propos de 261 épisodes Tunis Med 2010; 88: 629 – 33. (Reply)

*R Abdelmalek, B Kilani, F Kanoun, L Ammari, H Tiouiri Benaïssa, A. Goubontini, F Zouiten, T Ben Chaabane
Service des Maladies Infectieuses. Hôpital la Rabta.
Université Tunis El Manar*

Au nom des auteurs, je vous remercie vivement pour l'intérêt que vous avez porté à notre article paru au mois d'octobre 2010. Je serai honorée de vous répondre suivant les données qu'on a ressorti des dossiers des patients ; cela va de soit que je me limiterai à ces données qui répondaient à des objectifs clairs préétablis.

Dans notre série, nous avons dénombré 30 cas d'hypertrophie prostatique dont 12 avaient une sensibilité au toucher rectal. Six patients avaient bénéficié d'une adénectomie par voie endoscopique.

Nous avons déploré 12 infections nosocomiales dont six représentaient le premier épisode d'infection urinaire des patients en question. *Pseudomonas aeruginosa* était isolé dans 7 cas, *K. pneumoniae* dans 2 cas et *E. coli*, *E. aerugenes* et *A. baumannii* dans un cas chacun. Ces infections nosocomiales étaient secondaires à une sonde à demeure sur vessie

neurologique dans 3 cas, à une adénectomie dans 2 cas, à un sondage per-opératoire dans 1 cas, à un syndrome de la jonction opéré dans 1 cas et à un rétrécissement urétral dans 1 cas.

Lors de ces infections nosocomiales, la prostate était sensible dans 3 cas, un alitement était constaté dans 3 cas et une uropathie dans 6 cas.

La prise en charge des tares associées et des causes sous-jacentes, ne faisant pas partie des objectifs de notre étude, je suis hélas dans l'impossibilité de vous répondre avec exactitude. Je peux vous assurer que certains patients ont bénéficié de traitements médicamenteux (alpha modulateurs, hormones féminines, probiotiques), de rééducation fonctionnelle, de réduction de prolapsus ou encore de cure chirurgicale d'uropathies.

En espérant avoir répondu à vos remarques, veuillez cher confrère croire en mes respects.