

Infectiologie en Urologie

Table des matières

<i>Infectiologie en Urologie</i>	1
Infection urinaire simple VS à risque de complication	2
Cystite non compliquée	2
Cystite à risques de complication	3
Cystites récidivantes	4
Cystite interstitielle.....	4
Pyélonéphrite simple	5
Bactériurie asymptomatique.....	6
Infection urinaire pendant la grossesse	7
Infections urinaire (IU) chez le patient neurologique.....	8
Infection urinaire masculine	8
Urétrites	9
Orchite, Épididymite (adulte).....	9
Balanoposthite et lésions ulcéreuses	10
Infections par papillomavirus humains (HPV).....	10
Syphilis	11
Infections urinaires chez l'enfant	12
Gangrène de Fournier	12
Parasitoses : schistosomiases / bilharzioses	13
Tuberculose urogénitale	13

Infection urinaire simple VS à risque de complication

Facteurs de risque

Anomalies organiques ou fonctionnelles de l'arbre urinaire (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte récent)

Sexe masculin

Grossesse

Age : plus de 75 ans ou de plus de 65 ans avec ≥ 3 critères de fragilité (Critères de Fried)

- perte de poids involontaire au cours de la dernière année
- vitesse de marche lente
- faible endurance
- faiblesse/fatigue
- activité physique réduite

Immunodépression grave

Insuffisance rénale chronique sévère (clairance < 30 ml/min)

Cystite non compliquée

Essentiellement chez la femme. Incidence d'environ 10%, et 50 à 60% des femmes rapportent en avoir eu au moins une.

Étiologie et germes

E.coli 70 – 90%

S.saprophyticus 10 – 20%

Proteus mirabilis chez la femme jeune

Enterobacter chez l'homme

Facteurs de risque chez la femme

Post coïtal

Spermicides

Antécédents pédiatriques de cystite

Défaut d'hydratation

Déplétion hormonale, ménopause

Signes cliniques

Signes de la phase de remplissage

Douleurs ou pesanteur pelvienne

Hématurie.

Diagnostic positif

Le diagnostic est essentiellement clinique

Bandelette urinaire (BU)

Valeur d'orientation diagnostique

Chez la femme (VPN > 95 %), chez l'homme (VPP > 90 %)

Certains germes sont dépourvus de nitrate réductase : cocci Gram + (staphylocoque, streptocoque, entérocoque), BGN aérobie (Pseudomonas, Acinetobacter)

Certains régimes pauvres en légumes ou riches en vitamine C perturbent le résultat de ces bandelettes.

ECBU si symptômes atypiques, formes résistantes, récurrentes ou terrain particulier

Germe	Seuil de significativité	Sexe
E. coli, S. saprophyticus	103 UFC/ml	Homme ou femme
Entérobactéries autres que E. coli, entérocoque, Corynebacterium urealyticum, Pseudomonas aeruginosa,	103 UFC/ml	Homme
Staphylococcus aureus	104 UFC/ml	Femme

Causes de leucocyturie sans bactériurie

Infection urinaire décapitée
 Urétrite
 Polypes vésicaux
 Vaginite
 Syndrome douloureux vésical / cystite interstitielle
 Tuberculose urogénitale
 Période périmenstruelle
 Corps étranger (calcul, endoprothèse...)

Diagnostic différentiel

Vaginite : versant douleurs plus fréquent que les signes urinaires
 Urétrite : moins de signes irritatifs et plus
 Lésion urétrale

Prise en charge

Lutte contre les facteurs de risque
 Antibiotiques : fosfomycine-trométamol (Monuril®) en dose unique
 Deuxième intention : pivmecillinam (Selexid® 200 mg × 3/j) pendant 3 à 5 jours

Suivi

Pas systématique
 Recommandé si persistance des symptômes au-delà de deux semaines. Nécessité d'ECBU et d'ajustement thérapeutique

Particularités : La cystite chez l'homme

Le tableau simple sans implication du parenchyme prostatique (fièvre) est rare. De plus le sexe masculin est en soi un facteur de risque de complication

Cystite à risques de complication

Si le traitement peut être différé : traiter 7 jours sauf fosfomycine à J1, J3 et J5 et Cotrimoxazole 5 jours

- 1- Amoxicilline 1g x3/ jour
- 2- Pivmecillinam 400mg 2x/j
- 3- Nitrofurantoïne 100 mg 3x/j
- 4- Fosfomycine-trométamol 3g en prise unique
- 5- Cortrimoxazole 800mg/160mg 2x/j

Si le traitement ne peut être différé

- 1- Nitrofurantoïne
 - 2- Fosfomycine-trométamol
- Adaptation systématique à l'antibiogramme

Cystites récidivantes

Définition

≥4 épisodes de cystites aiguës par an

Facteurs favorisants

Relations sexuelles ; boisson insuffisante ; mictions rares ; constipation ; utilisation de spermicides, ménopause, antécédents familiaux, première IU avant 15 ans, surpoids, prolapsus vésical, incontinence

Bilan étiologique

ECBU

Résidu post-mictionnel

Selon le contexte : Uroscanner ou échographie, cystoscopie, urétrocystographie rétrograde, examen gynécologique

Prise en charge

Prophylactique non antibiotique

Apports hydriques suffisants

Mictions non retenues régulières

Régulation du transit intestinal

Arrêt des spermicides

Canneberge (Uniquement pour E.coli)

Œstrogènes locaux

Antibiotiques

Automédication avec différents antibiotiques pour les 3 prochains épisodes. Uniquement chez des patients sélectionnés

Antibioprophylaxie chez les patientes ayant 1 cystite/mois:

Il existe différents protocoles. Les antibiotiques fréquemment utilisés sont Cotrimoxazole ou Fosfomycine (2h avant ou 2h après le rapport sexuel)

La Nitrofurantoïne dans cette indication est formellement contre-indiquée en raison des complications pulmonaires.

Les Fluoroquinolones et bêta-lactamines doivent être évitées en raison du risque de sélection de résistance. Indiquée uniquement avec un ECBU négatif datant de moins de 2 semaines

Cystite interstitielle

Il s'agit d'un item à intégrer dans le syndrome vésical douloureux avec et sans lésions de Hunner.

Femmes autour de 50 ans

Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion lorsque les symptômes sont chroniques > 6 semaines

Signes cliniques

Syndrome d'hyperactivité vésicale, douleurs pelviennes, diminution de la capacité vésicale fonctionnelle

Troubles associés

Contexte anxio-dépressif

Colopathie fonctionnelle

Atopie

Fibromyalgie
Syndrome de fatigue chronique

Diagnostic

Clinique et éléments du catalogue mictionnel
ECBU, Cytologies urinaires
Cystoscopie avec mesure de la capacité vésicale sous anesthésie générale (à 80cm d'eau)
Biopsies
Classification ESSIC (basée sur les éléments de cystoscopie et biopsies)

Prise en charge

Médicamenteuse : Anticholinergiques, beta3 mimétiques, antalgiques, antidépresseurs, antihistaminiques, cortisone.
Instillations intravésicales : Pentosane phosphate, Heparine, Acide hyaluronique
Endoscopiques et chirurgicaux : toxine botulinique, cystectomie sus-trigonale
Particularités

Pyélonéphrite simple

Plus fréquente chez la femme
2 à 5% des infections urinaires
Contamination essentiellement ascendante, rarement hématogène (gram positifs)
Cependant moins de 3% font suites à une cystite

Signes cliniques

Fièvre, frissons et malaise
Douleurs lombaires
Nausées

Diagnostic positif

Syndrome inflammatoire biologique
Les hémocultures sont réservées aux PNA graves, à risque de complication
ECBU systématique
L'échographie permet d'éliminer une hydronéphrose secondaire à un obstacle ainsi qu'un abcès. Le scanner peut être réalisé d'emblée et il est fortement indiqué si persistance de la fièvre 48 à 72h. Systématique en urgence si risque de complications

Diagnostic différentiel

Pyelonephrite compliquée : calculs obstructif, rein unique, infarctus renal, abcès de plus de 3cm

Prise en charge

Les indications d'hospitalisation sont :
PNA hyperalgique
Doute diagnostique
Vomissements rendant impossible un traitement par voie orale
Conditions socio-économiques défavorables
Doutes concernant l'observance du traitement
Traitement par antibiotiques à prescription hospitalière (rares situations de polyallergie ou résistances connues).

Fluoroquinolones (FQ) (sauf antécédent de prise dans les 6 derniers mois). Ou C3G parentérale

Relai peros adapté à l'antibiogramme

- 1- Amoxicilline 1g x3/ jour
- 2- Cotrimoxazole 800mg/160mg 2x/j
- 3- FQ (ex ofloxacin 200mg 2x/j)
- 4- Céfixim 200mg 2x/j

Particularités

PN emphysémateuse

Rare, grave, survient sur terrain immunodéprimé / diabète

Bilatérale dans 10% des cas

Au scanner : Images bulleuses au sein du parenchyme et des voies excrétrices

Prise en charge hospitalière avec antibiothérapie IV ciblant les germes anaérobies (gram négatifs)

Néphrectomie si échec de traitement médicamenteux et sepsis non contrôlé

PN xanthogranulomateuse

Rare, très souvent unilatérale, ratio à 2 :1 en faveur des femmes

Ecoli P.mirabilis

Au scanner : aspect de tumeur rénale, avec lésions de densité graisseuse

Traitement : chirurgical (néphrectomie partielle, si impossible 3 à 10 semaines d'antibiotiques)

Bactériurie asymptomatique

Définition

10^5 cfu/ml

Chez le sujet âgé

20 à 50% des patients institutionnalisés

Femmes > hommes

Pas recommandé de traiter

Les complications sont fréquentes : abcès, déshydratation, perte d'autonomie, décompensation de comorbidités

En post-ménopause

Le risque d'IU est augmenté

Pas recommandé de traiter par antibiotiques

Œstrogènes locaux

Mesures hygiéno-diététiques : hydratation

Dans un contexte d'IU récidivante

Pression de sélection des traitements répétés

Au cours d'une grossesse

Exposé à un risque de PNA de 20 à 40% et de complications fœtales (accouchement prématuré, infection néonatale)

Asymptomatique + deux ECBU positifs avec la même bactérie (bactériurie $\geq 10^5$ UFC/ml)

Dépistage pendant la grossesse

- tous les mois à partir du 4e mois
- BU systématique
- ECBU en cas d'antécédent d'infection urinaire ou de positivité de la BU

Antibiothérapie adaptée en privilégiant:

1. l'amoxicilline
2. le pivmecillinam
3. la fosfomycine
4. le triméthoprim (après 2e mois)
5. la nitrofurantoïne, l'amoxicilline-acide clavulanique, le cefixime ou la ciprofloxacine

Durée : 7 jours (sauf 1 jour pour la fosfomycine)

ECBU de surveillance à 8 - 10 jours + ECBU mensuel.

Dans un contexte de changement de matériel

ECBU et traitement adapté en amont du changement

Pas de changement de matériel endourétéral recommandé en l'absence de symptômes, dilatation du haut appareil, antibiothérapie inefficace ou rechute

Avant chirurgie

Pas de BU en préopératoire

Avant biopsies de prostate : pas d'ECBU recommandé, moins d'infections avec la voie transpérinéale.

Avant tout geste chirurgical endourologique : ECBU et traitement adapté en amont du changement

Pas de C3G si ECBU polymicrobien, risques importants de résistance. Il convient de privilégier la Fosfomycine

Infection urinaire pendant la grossesse

La plus fréquente des infections bactériennes au cours de la grossesse

Facteurs de risque

Uropathie sous jacente, antécédents d'IU, diabète

Cystite

Antibiothérapie probabiliste puis adaptée 7 jours au total sauf fosfomycine en monodose

1- Fosfomycine 3g en monodose

2- Pivmecillinam 400mg 2x/j

Si échec ou résistance :

1- Amoxicilline 1g x3/j

2- Cotrimoxazole 800mg/160mg 2x/j (éviter les 2 premiers mois de grossesse)

Pyélonéphrite aiguë

Évaluation hospitalière initiale et initiation du traitement

Avis obstétrical systématique

Id PNA examen complémentaires

Antibiothérapie probabiliste en urgence secondairement adaptée. Id PNA grave ou arisque de complication

Contrôle ECBU 8-10 après la fin du traitement et surveillance mensuelle

Hydronéphrose et grossesse

Physiologique au cours de la grossesse, lorsqu'elle est de taille faible à modérée

Souvent prédominante à droite

Résolution spontanée fréquente en 2 à 5 jours des symptômes

Infections urinaire (IU) chez le patient neurologique

Définition d'une IU

Seuils de bactériurie

10^2 cfu/ml si sondage propre intermittent

10^4 cfu/ml si miction spontanée

Quelque soit le seuil si cathéter sus pubien

Ou leucocyturie >10 /champ avec symptômes

Signes cliniques

Fievre, malaise

Douleurs lombaires

Augmentation de la spasticité

Incontinence ou aggravation d'une incontinence

Dépôts ou urines malodorantes

Diagnostic positif

Lors des autosondages la colonisation est quasi-systématique

ECBU si symptômes ou urines toujours malodorantes malgré 72h d'hydratation et augmentation des autosondages.

Prise en charge

Pas de traitement des bactériuries asymptomatiques

Antibiothérapie 5 à 7 jours de préférence adaptés

Prévention par les règles hygiéno-dietétiques et l'hydratation

Infection urinaire masculine

20 à 50% des hommes

Après la puberté

Doit toujours faire rechercher une cause sous-jacente (obstacle sous vésical, trouble de la vidange, geste endourologique, dès le deuxième épisode).

Essentiellement secondaire à Ecoli

Variété plus grande dans les prostatites chroniques bactériennes. Ces dernières sont définies par une persistance des symptômes plus de 3mois avec preuve bactérienne.

Classification

1- Prostatite aiguë bactérienne

2- Prostatite chronique bactérienne (5-10%)

3- Prostatite chronique non bactérienne

a. Syndrome douloureux pelvien chronique inflammatoire

b. Syndrome douloureux pelvien chronique non-inflammatoire

Prostatite inflammatoire asymptomatique (diagnostic histologique)

Diagnostic

Il est clinique avec signes du bas appareil de remplissage et de vidange

Douleur au TR

Il faut toujours éliminer une rétention aigue d'urine

Syndrome inflammatoire biologique

Hémocultures si fièvre

Le PSA ne doit pas être réalisé pendant cette période. Il est élevé dans 60% des prostatites aiguës et 20% des chroniques

L'échographie peut être indiquée afin de faire le diagnostic différentiel si doute sur une PNA obstructive, ou pour diagnostiquer un abcès prostatique.

Prise en charge d'une prostatite aiguë

Critères d'hospitalisation : idem PNA

En cas de sepsis, choc septique, rétention, immunodépression la prise en charge est identique à une PNA compliquée

Dans les autres cas de traitement en ambulatoire les FQ peuvent être utilisées en 1^{ère} intention. Le Cotrimoxazole peut être une alternative.

Prise en charge des prostatites chroniques bactériennes

Le traitement antibiotique est recommandé pour une durée de 4 à 6 semaines

Urétrites

Aucun germe retrouvé dans 30% des cas

Urétrites non gonococciques (T.vaginalis, Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium)

Diagnostic

Histoire clinique et signes physiques (plus francs dans les infections à gonocoques)

Bandelette urinaire

ECBU avec PCR sur 1^{er} jet

Infections à gonocoques

L'incubation est de 10 à 14j

Rarement symptomatique chez la femme (cervicites, vaginites), mais peut être responsable de salpingites et avoir un retentissement sur la fertilité.

Le traitement est basé sur les C3G 1g IM en une seule injection + Doxycycline 100mg 2x/j pendant 7j

PCR 2 semaines après le traitement

Infections non gonococciques

Gardnerella vaginalis : Metronidazole 2g en monodose, ou 500 mg x 2 pendant 7j

Chlamydia trachomatis : germe intracellulaire, incubation 3-14j, 75% des femmes sont asymptomatiques, Doxycycline 100mg 2x/j pendant 7j ou Azithromycine 1g en peros en prose unique

Mycoplasma genitalium / hominis : 12-41% d'urétrites chroniques, Azithromycine ou moxifloxacine

Ureaplasma urealyticum / parvum : Azithromycine ou Doxycycline 7j

Trichomonas vaginalis : parasitose, Metronidazole 500 mg x 2 pendant 10 jours

Orchite, Épididymite (adulte)

Chlamydia et N.gonorrhoea essentiellement chez l'adulte jeune

E.coli >39ans

Causes rares : amiodarone, chimique par voie rétrograde, virale (ourlienne)

Signes cliniques

Douleur, inflammation locorégionale

Diagnostic

Clinique

ECBU sur 1^{er} jet et PCR

Échographie si doute sur situation compliquée

Prise en charge

Si le risque d'IST est faible : FQ 14j

Si risque d'IST : traitement monodose de C3G + 7j de Doxycycline

Balanoposthite et lésions ulcéreuses

Étiologies

Dermatoses : lichen, psoriasis, eczema, balanite de Zoon, atopie

Lésions précancéreuses : Maladie de Bowen, erythroplasie de Queyrat

Infectieuses : virales (HSV, HPV), bactériennes, parasitaires (T. vaginalis), fongiques (C. albicans)

Diagnostic

Histoire clinique

ECBU avec PCR

Écouvillonnage des lésions ulcéreuses ou des vésicules

Lichen plan

Affection chronique évoluant par accès / rémissions

Peut devenir précancéreux

Lésions précancéreuses

Sont liées à l'HPV ou au lichen scléreux

Elles évoluent vers un carcinome épidermoïde

Le diagnostic est anatomopathologique (biopsie)

Traitement : Crème Imiquimod 5%, fluorouracil 5%, thérapies focales (cryo, laser)

Lichen scléreux

Maladie inflammatoire chronique

Femmes > hommes

Signes cliniques : prurit, induration, aspect cicatriciel décoloré

Traitement : Corticoïdes locaux

Herpès génital

HSV2 essentiellement

IST

Signes cliniques : prurit, brulures, lésions vésiculeuses en bouquet qui évoluent en ulcérations

Les lésions de primo-infection sont plus étendues et durables que les récurrences

Diagnostic clinique, possible PCR en cas de doute

Traitement : Aciclovir 200mg 5x/j ou Valaciclovir 500mg 2x/j Pendant 10 jours en primo-infection, 5 jours si réactivation

Infections par papillomavirus humains (HPV)

Pas de manifestations inflammatoires

Infection fréquente 80% des femmes et probablement des hommes présenteront une infection à HPV

Élimination généralement en quelques semaines ou mois. Certains génotypes peuvent persister plus longtemps et occasionner des proliférations par modification du cycle cellulaire.

Proliférations bénignes (condylomes)

Proliférations malignes pour certains génotypes 16 et 18

Signes cliniques

Asymptomatique dans la majorité des cas

Condylomes : proliférations bénignes cutanéomuqueuses

Carcinomes du col, anal

Diagnostic

Clinique si la forme est symptomatique

Dépistage systématique et régulier de lésions précancéreuses par frottis cervico-vaginal (FCV) ou anal.

Traitement

Condylomes : traitement focal (cryo, electrocoagulation) Imiquimod

Lésions du col: laser, conisation selon les résultats de biopsies

Prévention

Deux vaccins (nonavalent et bivalent). Adolescents entre 11 et 14 ans et rattrapage à 19 ans, patients immunodéprimés dès 9 ans. HSH jusqu'à 26 ans (3 injections)

Syphilis

IST bactérienne chronique à *Tréponema pallidum*

Peut être associé à une infection au VIH

Dissémination hématogène et au niveau du système nerveux central

Formes cliniques

Syphilis primaire : contagion infectieuse 2-3 semaines, chancre syphilitique non douloureux, 5 à 15mm, à fond propre et bords indurés, disparition spontanée en 3 à 6 semaines

Syphilis latente : asymptomatique avec sérologies positives. Possibles récurrences cutanéomuqueuses contagieuses durant les 4 premières années

Syphilis secondaire : rash maculaire en deux poussées, malaise myalgies, fièvre, hépatosplénomégalie, hépatite, syndrome néphrotique. Résolution spontanée en quelques semaines à mois

Syphilis tertiaire : Rare avec de nombreuses manifestations, neurosyphilis (ataxie, démence, coma), cardiovasculaires (aortites, anévrismes), cutanéomuqueuses (gommages syphilitiques) ou ophtalmologiques.

Diagnostic

Sérologies : Test tréponémique automatisé (EIA, ELISA) qualitatif, confirmé en cas de positivité par un test non tréponémique (VDRL ou RPR) quantitatif. Positif 10 jours après le chancre.

Prise en charge

Penicilline G forme retard (benzathine-penicilline) parentérale

Syphilis précoce 1 injection IM

Syphilis tardive 3 injections IM à une semaine d'intervalle

Neurosyphilis pénicilline G non retard IV pendant 2 semaines

Si allergie aux pénicillines Doxycycline 14 jours

Si neurosyphilis ou femme enceinte : désensibilisation puis penicilline G

Si patient VIH : désensibilisation, et contre-indication absolue la doxycycline !

Suivi

Décroissance VDRL/RPR

Divisé par 4 à 6 mois

Négativité à 1 an (syphilis précoce) et 2 ans (syphilis tardive)

Infections urinaires chez l'enfant

Le raisonnement prend en compte les éléments suivants : site (bas ou haut appareil), nombre d'épisode, sévérité, terrain à risque

Signes cliniques

Surtout petite fille, antécédents chez la mère

La symptomatologie est aspécifique surtout avant 2 ans, fièvre, vomissements, ictère, anorexie.

Diagnostic

ECBU systématique <4 semaines même pour cystite, sinon BU suffit

ECBU et bilan sanguin si sexe masculin, antécédents de pyélonéphrite aiguë ou d'uropathie, fièvre isolée de plus de 48h

Le recueil par poche urinaire est largement remis en cause

Ponction lombaire systématique chez le <6 semaines

Echographie systématique si PNA, au 2^e épisode si cystite

Urétrocystographie rétrograde si suspicion de pathologie de reflux

Prise en charge

Cystites : amoxicilline ou l'amoxicilline/acide clavulanique (BLSE), Cotrimoxazole, cefixime 5 jours

Pyélonéphrite : C3G, Amikacine. Chez l'enfant de moins de 1 mois la ceftriaxone ne doit pas être administré (calcium dans les perfusions), Cotrimoxazole

Gangrène de Fournier

Fasciite nécrosante perineale engageant le pronostic vital

Facteurs de risque

Diabète

Obésité

Traumatisme local et porte d'entrée infectieuse

Infections perianales

Paraphimosis

Urinome

Signes cliniques

Cellulite locale en rapport avec la porte d'entrée

Signes inflammatoires locaux avec parfois bulles hémorragiques, nécrose cutanée, emphysème sous cutané. Puis sepsis avec tachycardie et fièvre, voire choc septique.

Diagnostic

Cliniques

Syndrome inflammatoire biologique

Imagerie à la recherche de bulles sous cutanées

Facteurs de mauvais pronostic

Retard de prise en charge

Défaillances d'organes

Prise en charge

Parage des lésions nécrotique, orchidectomie si nécessaire

Drainage urinaire

Traitement antibiotique à large spectre secondairement adapté

Colostomie de décharge si la marge anale est comprise dans les lésions

Parfois dispositifs de cicatrisation à pression positive (VAC)

Parasitoses : schistosomiasis / bilharzioses

Schistosoma spp. Plus de 200M de personnes infectées

S.mansoni, japonicum, haematobium

L'infection dépend de la durée de contact avec l'eau contaminée

Vecteur : trematode

Signes cliniques

Aigus : rash maculopapulaire prurigineux. Après 2 à 8 semaines peut rester asymptomatique ou donner un syndrome grippal, diarrhée, toux.

Chronique : Les œufs se retrouvent dans la muqueuse vésicale 8 à 12 semaines après l'infection. Il peut y avoir une hématurie ou dysurie.

Les séquelles à long terme peuvent être : Cicatrices rénales fibrotiques et du haut appareil en général, masse testiculaire, douleurs pelviennes chroniques, diminution de la capacité vésicale et ulcères, cystite granulomateuse chronique et carcinome épidermoïde

Diagnostic

Visualisation des œuf dans les urines ou les selles

Biopsies

Sérologies (>90% de sensibilité et spécificité) mais ne différencie pas la phase aigue de chronique

hyperéosinophilie possible pendant la phase de migration

Imagerie afin de visualiser les conséquences : épaissement vésical, hydronéphrose

Prise en charge

Praziquantel en monodose 40mg/Kg

Efficacité 60 – 90%

Chirurgie si sténoses, vessie de très petite capacité, hématuries très importantes

Tuberculose urogénitale

Mycobactérium tuberculosis

Mortalité 15%

Extrapulmonaire dans 10 à 20% des cas

Primaire : Souvent asymptomatique, syndrome grippal modéré

Secondaire : En cas d'immunodépression. Réactivation d'infections précédentes

Miliaire : Dissémination hémotogène, risque vital

Urogénitale : Période de latence entre la forme pulmonaire et urogénitale 22 ans en moyenne.

Stades cliniques de la TBK rénale

Stade 1 : lésions minimales, asymptomatique, bon pronostic avec peu de complications

Stade 2 : formes modérément destructives, bon pronostic, fibrose, pyélonéphrites post TBK

Stade 3 : cavernes, douleurs lombaires, >50% de complications, traitement chirurgical souvent nécessaire

Stade 4 : multi-caverneux, se complique de fistules, auto-néphrectomie par calcification

Diagnostic

BU : leucocyturie, hématurie

ECBU avec examen direct en coloration de Ziehl-Neelsen. Les cultures peuvent prendre du temps . recherche BK 3 jours de suite

Biopsies

Imagerie uroscanner

Cystoscopie si signes du bas appareil

Prise en charge

Quadrithérapie pendant 2 mois (Pyrazynamide, Ethambutol, Rifampicine, Isoniazide) puis 2 mois puis bithérapie Rifampicine + isoniazide

Vitamines B6, Allopurinol (si goutte clinique)

Chirurgical : Drainage rénal par sonde double J, néphrotomies, néphrectomies partielles et totales, agrandissement vésical avec cystectomie sus trigonale, chirurgie de reconstruction de l'uretère.