Mission Garde : Infections Urinaires aux Urgences



4 dossiers.

4 décisions qui comptent.

Votre équipe prend la garde

01 Discutez 40 secondes en équipe.

02 Levez une seule carte A, B, C ou D.

03 Justifiez en une phrase. Un nouveau rapporteur à chaque dossier.

04 Notez vos points et le symbole de chaque verrou.



Le piège de l’ECBU?



Patiente : Mme C., 84 ans, EHPAD.

T°	PA	FC
36.8°C	132/74	82

Motif :
Confusion aiguë.
Aucun symptôme urinaire.
Urines odorantes.

ECBU: *E. coli* 10^5 ⚠

Le piège de l’ECBU?



A Ceftriaxone tout de suite

B Attendre l’antibiogramme puis traiter

C Pas d’ATB à ce stade; bilan du delirium et surveillance

D Refaire l’ECBU pour confirmer l’infection

Patiente : Mme C., 84 ans, EHPAD.

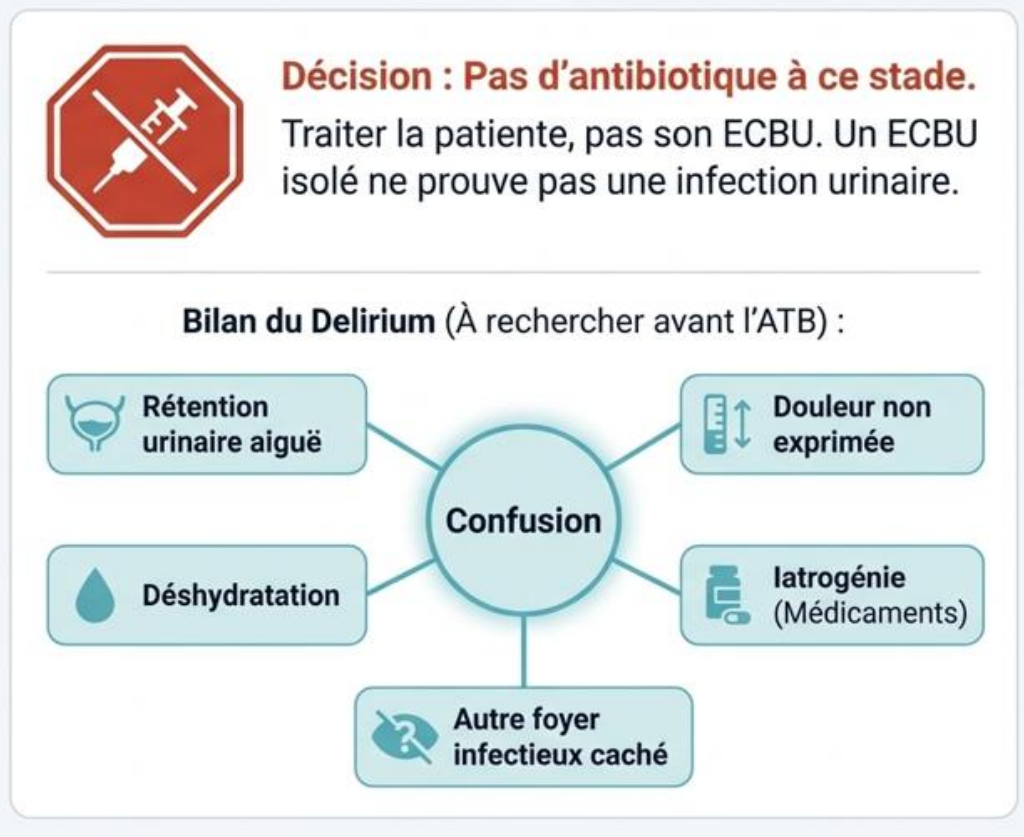
T°	PA	FC
36.8°C	132/74	82

Motif :
Confusion aiguë.
Aucun symptôme urinaire.
Urines odorantes.

ECBU: *E. coli* 10^5 ⚠

0

Traiter la patiente, pas son ECBU.



L'ECBU isolé ne prouve pas une IU.

Rechercher:

- rétention,
- douleur,
- déshydratation, médicaments
- autre foyer.

Rechercher une infection systémique si dégradation

L'absence de fièvre ne suffit pas à l'exclure.

Sources : R8

L’homme n’est pas une durée

Patient : M. P., 68 ans.
DFG 75 mL/min.

Motif : Brûlures et urgenturie. Apyrétique, pas de douleurs lombaires/périnéales.

Documentation : E. coli sensible à l'amoxicilline.

A Prostatite : ciprofloxacine 21 jours

B Cystite : amoxicilline 1 g × 3/j, 7 jours

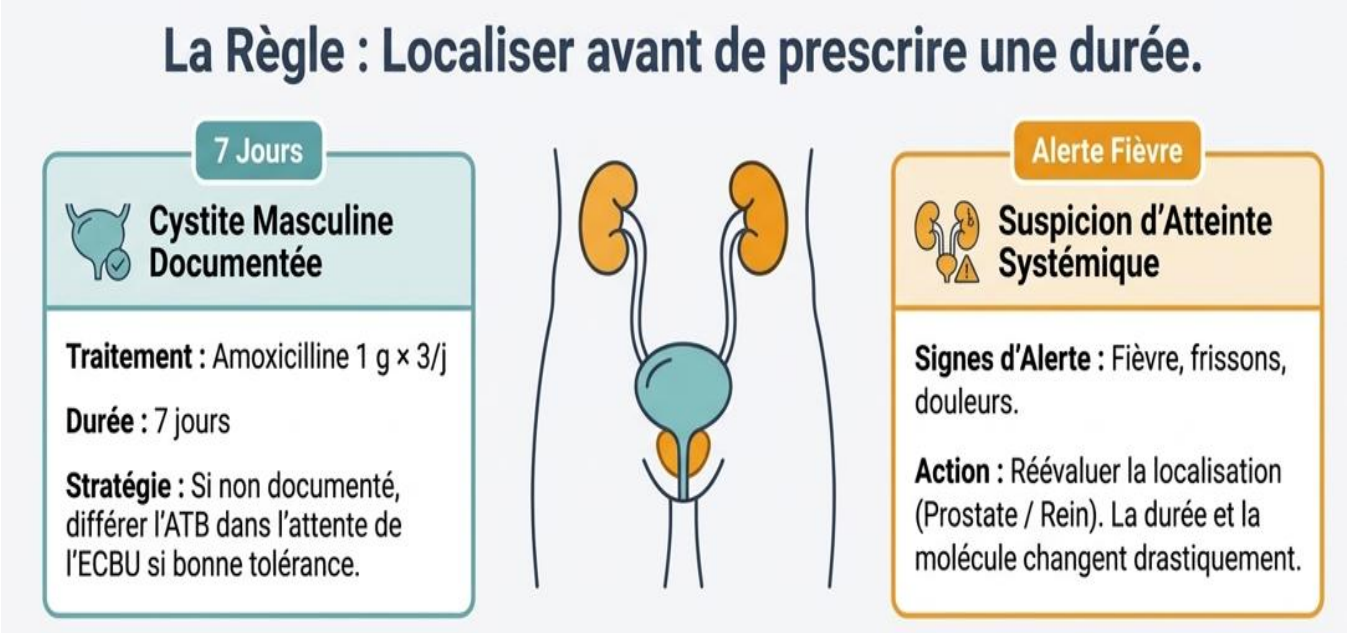
C Colonisation : aucun traitement

D Cystite : fosfomycine 3 g en dose unique



7

Localiser avant de prescrire une durée.



Cystite masculine documentée : ici amoxicilline 1 g × 3/j pendant 7 jours.

Avant documentation : ECBU ; différer si bonne tolérance et suivi fiable.

Si fièvre ou manifestations systémiques : réévaluer la localisation et la stratégie.

Sources : R1–R2

Le terrain change la règle

Mme B., 28 ans.

Brûlures et pollakiurie depuis 48 h.

Pas de fièvre ni douleur lombaire.

BU leucocytes +, nitrites +.

Fonction rénale normale, sans allergie.

Aucun antécédent connu.

Quelle information manque avant de conclure ?

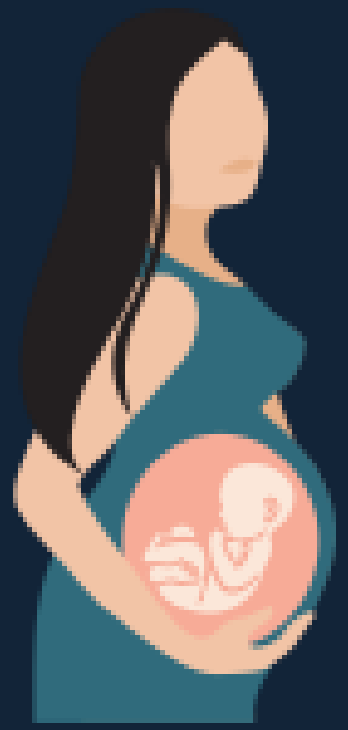


Une question peut changer votre décision.

Laquelle posez-vous ?

Nouvelle information

……« Au fait, je suis enceinte de 12 SA. »



A Pas d’ECBU ; fosfomycine puis aucun suivi

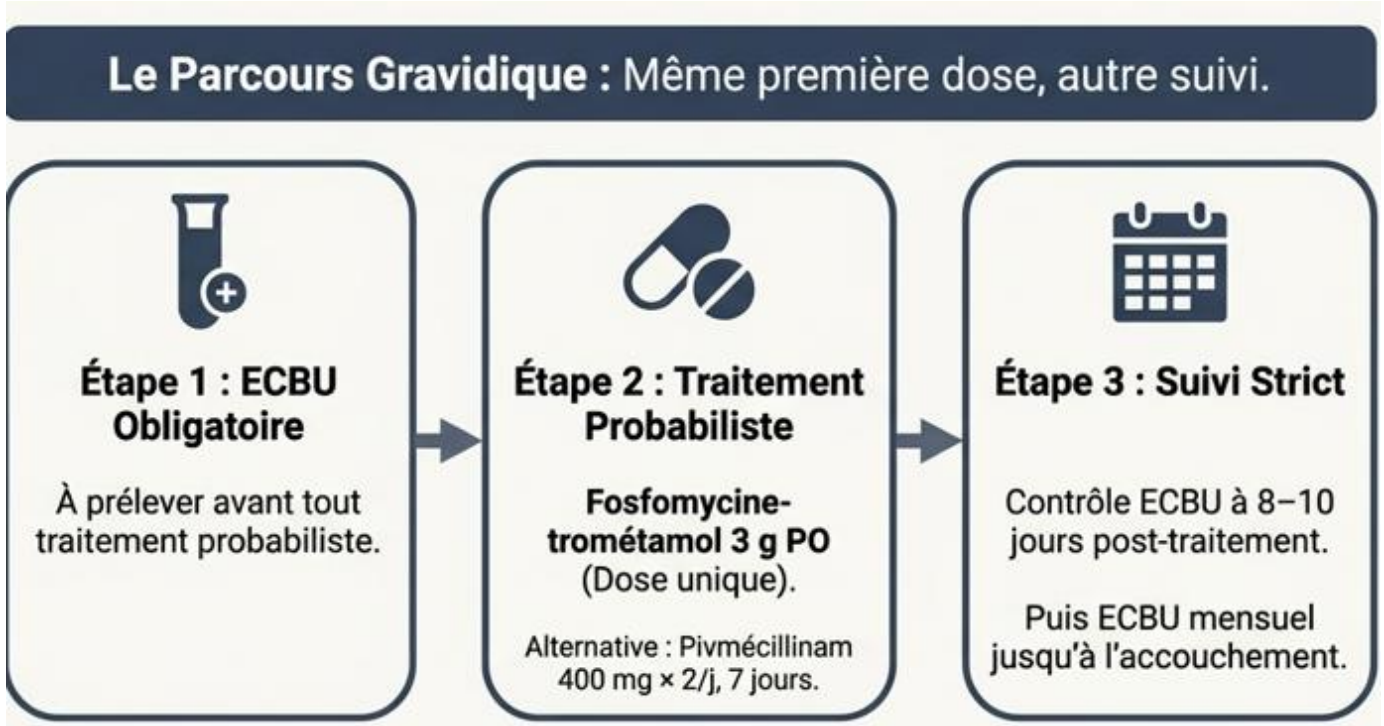
B ECBU ; attendre l’antibiogramme sans traitement

C ECBU puis fosfomycine 3 g PO, dose unique ; suivi organisé

D Pivmécillinam 400 mg × 2/j pendant 3 jours

1

Même première dose, autre parcours.



Cystite symptomatique gravidique : ECBU avant traitement probabiliste.

Fosfomycine-trométamol 3 g PO en dose unique ; alternative : pivmécillinam 400 mg × 2/j, 7 jours.

Contrôle ECBU 8–10 jours après la fin du traitement, puis mensuel jusqu'à l'accouchement.

Sources : R3–R4

Le rein sous pression

Mme L., 40 ans, 60 kg. Fièvre 39,5 °C, douleur lombaire intense. PA 78/54, FC 126, lactate 4,6 mmol/L, créatinine en hausse.

Imagerie obtenue en urgence : calcul urétéral proximal avec dilatation. Pas d'allergie connue.



Posez les 3 cartes ACTION à mener en parallèle.

A4 ATTENDRE LA CULTURE

A2 DRAINER EN URGENCE

A6 TRAITER LE CALCUL D'ABORD

A1 PRÉLEVER + TRAITER

A5 SORTIR AVEC UN ATB ORAL

A3 RÉANIMER + SURVEILLER

Nouvelle information

Malgré réanimation initiale et remplissage individualisé, la noradrénaline est nécessaire pour maintenir une PAM ≥ 65 mmHg.

ECBU il y a 2 mois : E. coli BLSE, résistant aux C3G, sensible au méropénème et à l'amikacine.

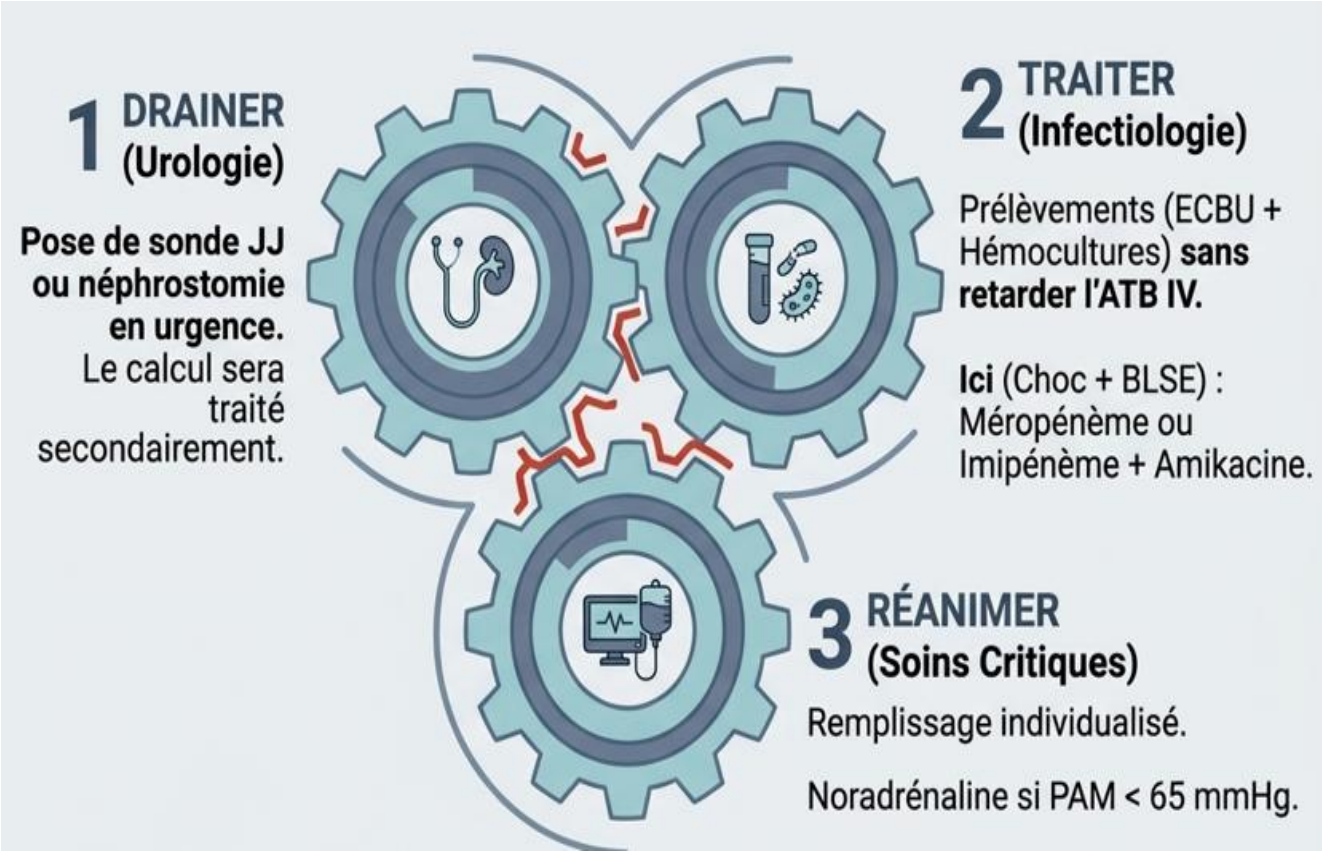
Quel antibiotique probabiliste maintenant ?

Quelles actions menez-vous en parallèle ?



U

Urgence Absolue : Obstacle Infecté. Traiter et drainer ensemble.



Obstacle infecté : urologue et soins critiques immédiatement ; JJ ou néphrostomie, calcul traité secondairement.

Prélever ECBU et hémocultures sans retarder l'ATB ; lactate et réanimation individualisée.

Après révélation : choc septique + BLSE récent → méropénème ou imipénème + amikacine, puis adaptation.

Sources : R6–R7–R11

Le code de sortie

0



Zéro ATB pour un ECBU isolé.

L'absence de symptômes exclut l'infection urinaire (sauf grossesse/geste urologique).

7



7 Jours pour l'Homme.

La cystite masculine documentée se traite sur 7 jours (exception : Fosfomycine J1-J3-J5).

1



1 Dose pour la Femme Enceinte.

Cystite gravidique = Fosfomycine 3g en dose unique, mais suivi prolongé obligatoire.

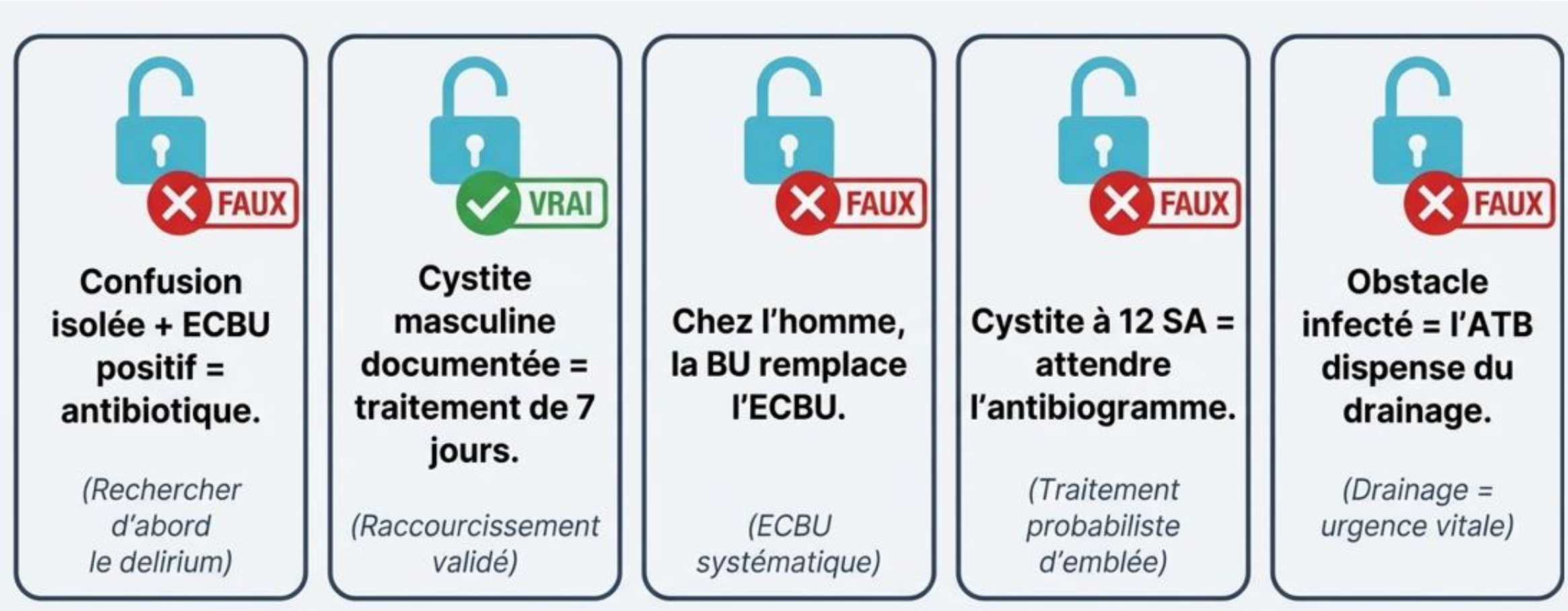
U



Urgence pour l'Obstacle.

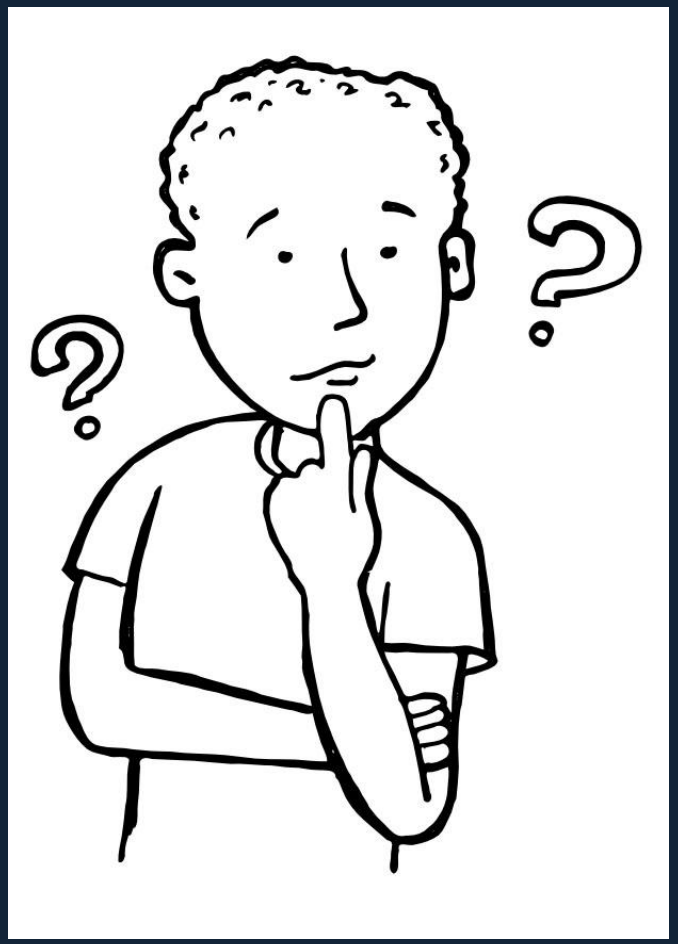
Obstacle urinaire infecté = Urgence absolue associant drainage immédiat et antibiothérapie IV.

Même test, nouvelle décision



Votre prochaine garde

« À ma prochaine garde, je vais… »



Un ECBU relu a besoin d’un responsable identifié.

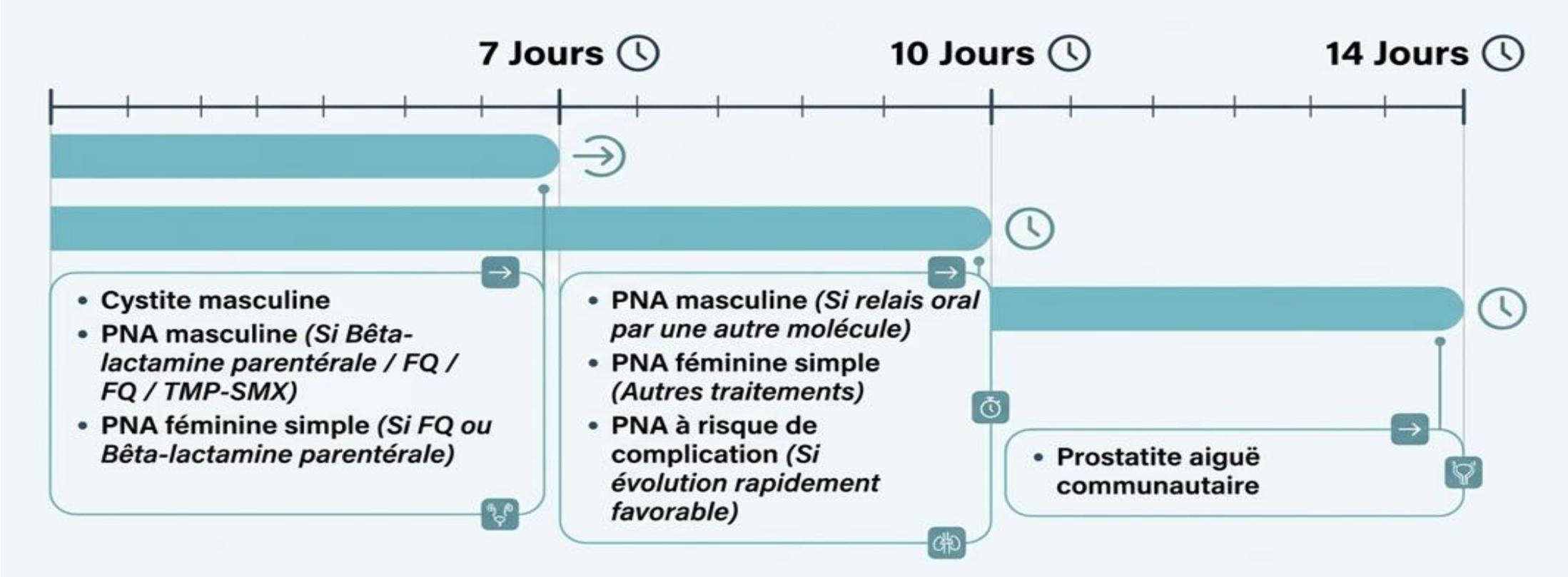
Une sortie a besoin de consignes comprises.

Repères de prescription : cystites

Terrain	Traitement de 1ère Intention	Alternative
Femme (Cystite Simple)	Fosfomycine **3 g PO** (Dose unique)	Pivmécillinam **400 mg × 2/j** (3 jours)
Femme (Grossesse)	Fosfomycine **3 g PO** (Dose unique)	Pivmécillinam **400 mg × 2/j** (7 jours)
Homme (Documentée)	Amoxicilline (si sensible) **1 g × 3/j** (7 jours)	-
Homme (Non Différable)	Fosfomycine **J1–J3–J5**	Nitrofurantoïne 100 mg × 3/j (7 jours) **OU** Pivmécillinam 400 mg × 2/j (7 jours)

Sources : R1–R4

Ne pas mélanger les durées





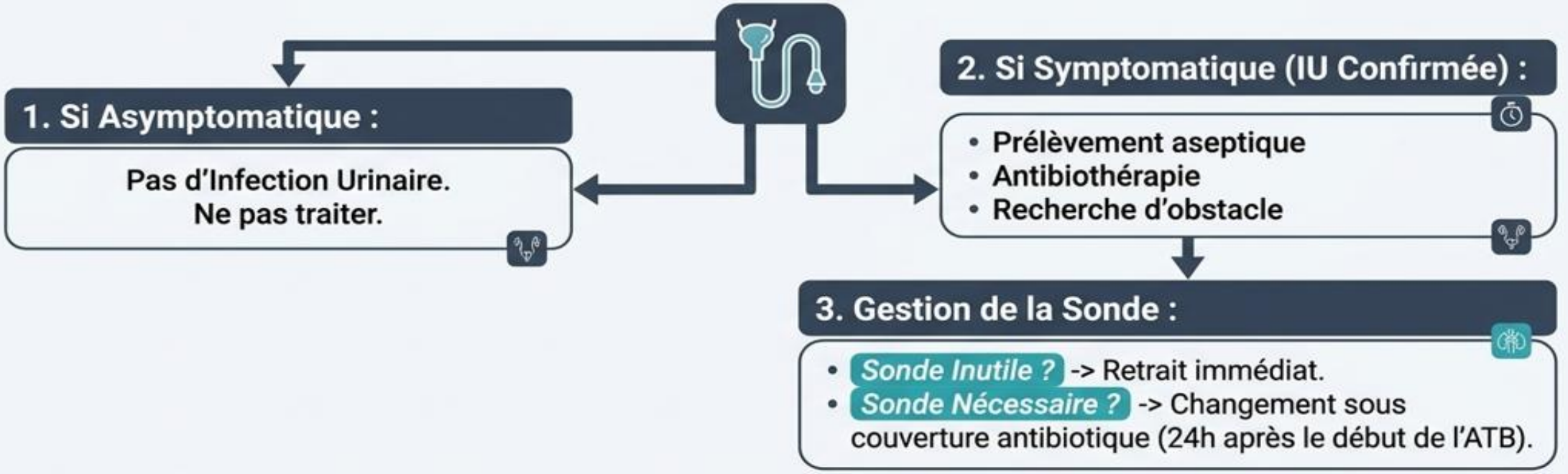
Cystite feminine exception fosfomycine dose unique

Cystite masculine exception fosfomycine J1–J3–J5.

Sources : R1–R5

La sonde est un autre dossier

Le Principe : Sonde + Bactériurie ≠ Infection Urinaire Automatique.



1. Si Asymptomatique :

Pas d'Infection Urinaire.
Ne pas traiter.

2. Si Symptomatique (IU Confirmée) :

- Prélèvement aseptique
- Antibiothérapie
- Recherche d'obstacle

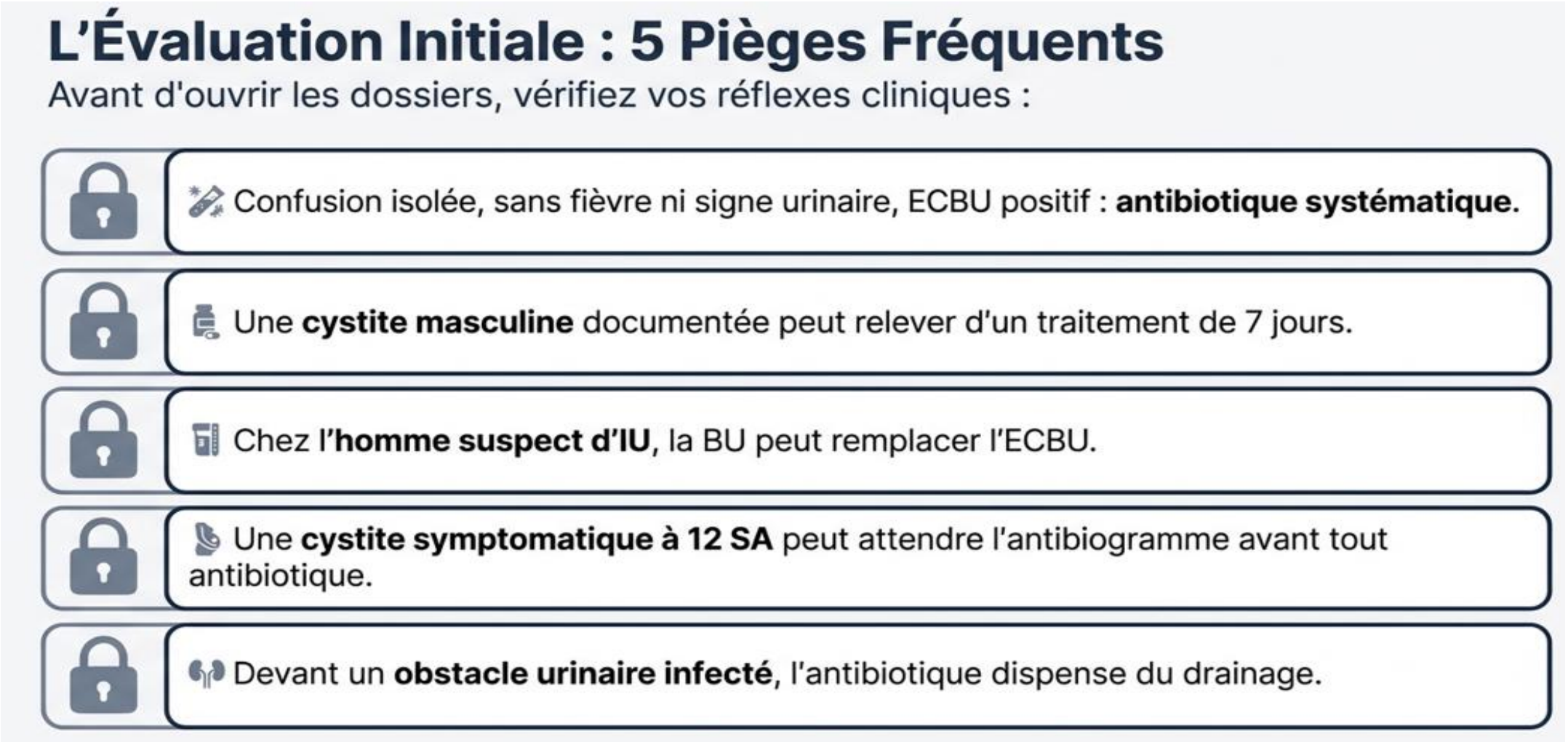
3. Gestion de la Sonde :

- *Sonde Inutile ?* -> Retrait immédiat.
- *Sonde Nécessaire ?* -> Changement sous couverture antibiotique (24h après le début de l'ATB).

Alerte Pratique : Ne jamais imposer le dogme "~~*Changer la sonde puis faire l'ECBU*~~" à tous les patients.

Sources : R9

Avant de commencer : votre réflexe ?



Références et dates des textes

[R1] Lafaurie M, Bruyère F, Boutfol W, et al. Updated guidelines for management of community-acquired urinary tract infections in adult men by the SPILF. Infect Dis Now. 2026;56(6S):105312. doi:10.1016/j.idnow.2026.105312. Publication électronique : 18 juin 2026. Sections 4–5 et tableau 3.

[R2] SPILF. Cystites de l’homme. Recommandation 2026, version du 22 septembre 2026. Synthèse opérationnelle de R1.

[R3] HAS–SPILF. Choix et durées d’antibiothérapies : cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante de la femme. Mise à jour du 13 mai 2025.

[R4] HAS–SPILF. Choix et durées d’antibiothérapies : femme enceinte, colonisation urinaire et cystite. Mise à jour du 13 mai 2025.

Références et dates des textes

[R5] HAS–SPILF. Choix et durées d’antibiothérapies : pyélonéphrite aiguë de la femme. Mise à jour du 13 mai 2025. Périmètre : formes simples ou à risque de complication sans gravité.

[R6] AFU, Comité lithiase. Recommandations de bonne pratique sur la prise en charge des calculs urinaires. Argumentaire, novembre 2022, p. 47–49 : colique néphrétique compliquée, drainage et report du traitement du calcul.

[R7] SRLF et sociétés partenaires dont SFMU, SPILF et SFAR. Prise en charge du sepsis du nouveau-né, de l’enfant et de l’adulte : recommandations pour un parcours de soins intégré. Label HAS, 29 janvier 2025. Prise en charge aiguë hospitalière.

[R8] Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, et al. Clinical practice guideline for the management of asymptomatic bacteriuria: 2019 update by the IDSA. Clin Infect Dis. 2019;68:e83–e110. doi:10.1093/cid/ciy1121. Section V : bactériurie et delirium chez la personne âgée.

Références et dates des textes

[R9] SPILF–AFU–SF2H. Infections urinaires associées aux soins. Recommandations 2015, R56–R57 : retrait/changement de sonde urinaire. Texte distinct des IU communautaires.

[R10] AFU et sociétés partenaires dont SPILF. Place de l’ECBU avant une prise en charge urologique chirurgicale ou interventionnelle chez l’adulte et modalités de traitement en cas de colonisation. Synthèse, mars 2026. Indications selon le geste.

[R11] SPILF. Pyélonéphrite aiguë de la femme. Recommandation 2018, synthèse actualisée le 15 septembre 2026. Formes graves, risque d’EBLSE et traitement probabiliste.