UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

L'infection urinaire du petit enfant Modes de révélation et problèmes diagnostiques

Makoroka, C

1992
UB, FM-Revue medicale
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1912

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

Modes de révélation et problèmes diagnostiques

*C. Makoroka**

I. Les signes d'appel

a. Le nouveau-né

L'infection urinaire atteint 1% des nouveau-nés en maternité, 3% des nouveau-nés hospitalisés. Les garçons sont beaucoup plus fréquemment touchés que les filles ; l'inversion se fait à partir de l'âge de six mois pour aboutir à une forte prévalence chez la fille.

L'infection urinaire chez le nouveau-né est souvent asymptomatique : 50 à 85% des cas. C'est une découverte par une recherche systématique car l'uroculture est un des examens systématiques indispensables chez le nouveau-né à risque infectieux.

Les symptômes, quand ils sont présents, ne sont pas spécifiques :

- troubles digestifs associés à une mauvaise courbe pondérale ;
- syndrome fébrile avec teint grisâtre ou cyanose périphérique, surtout après la première semaine ;
- troubles de comportement avec hyperexcitabilité ;

Les plus exubérantes sont :

- les formes septicémiques avec des signes de choc et trombopenie ;
- les formes ictériques qui surviennent assez tardivement (15-25e jour) et qui correspondent à un processus cholestatique ou à un processus d'hémolyse ou aux deux associés.

b. Le nourrisson et le petit enfant

La symptomatologie est vague et non spécifique :

- une fièvre inexpliquée (4% des étiologies) ;
- un retard de croissance staturo-pondéral ;
- des troubles digestifs : inappétence, soif, vomissements, diarrhées ;
- une tension des loges rénales, masses lombaires ;
- une faiblesse du jet urinaire, vessie percutable après miction ;
- une énurésie primaire ou secondaire ;
- une pollakiurie, une dysurie ;
- un erythème fessier ;
- une protéinurie de découverte fortuite.

II. Examen clinique

L'interrogatoire

Il permet une recherche des antécédents infectieux, souvent étiquetés "rhinopharyngites" traduisant des infections urinaires antérieures.

La notion d'uropathie dans la famille est à connaître car 20% des uropathies ont un caractère héréditaire. Il précise le comportement mictionnel habituel :

- acquisition de la propreté ;
- rythme des mictions ;
- existence d'incontinence.

Il recherche des facteurs favorisants : vulvite récidivante, oxyurose, malnutrition.

L'examen physique

Il doit être complet et centré sur la sphère urogénitale. Il faut faire une palpation des loges rénales, rechercher le globe vésical, une miction par regorgement.

Il permet un examen soigneux des organes génitaux externes :

- rechercher un méat hypospade souvent rétréci, une cryptorchidie pouvant être associée à une malformation grave de l'arbre urinaire homolatéral ;
- l'uretère ectopique peut s'aboucher à la vulve ou dans le vagin et se manifester par un écoulement ;
- rechercher un phimosis ou des adhérences préputiales, une coalescence des petites lèvres, une hypoplasie de la paroi musculaire abdominale fréquemment associée à une dilatation des voies urinaires supérieures (Prune Belly Syndrom).

Il faut terminer par un examen général en prenant la tension artérielle, en recherchant un syndrome polyuro polydipsie, un retard de croissance.

III. Les formes cliniques

1. La pyelonéphrite aiguë est une infection des voies urinaires hautes atteignant le parenchyme rénal. Il existe alors des signes infectieux généraux : fièvre supérieure à 38°, altération de l'état général, présence de douleurs lombaires ; les signes biologiques d'inflammation sont présents : C.R.P. supérieure à 20 mg/l

   V.S. supérieure à 30 mm H_1

2. La cystite ou infection basse symptomatique est définie par :
   - la présence de troubles mictionnels (dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnels) ;
   - l'absence de fièvre et de signes d'inflammation. C'est une forme rare et elle se rencontre essentiellement chez la fille après 3 ans. Le risque rénal est moindre qu'en cas d'infection haute ; néanmoins, il faut s'assurer de l'absence du reflux vésico-urétéral.
3. Les Bactériuries asymptomatiques sont par définition des découvertes d'examens systématiques réalisés dans le cadre de la surveillance d'une uropathie ou d'un passé d'infection symptomatique.

*Service de Pédiatrie - CHU Kamenge - Bujumbura

IV. Le diagnostic positif

Le diagnostic de l'infection urinaire repose sur l'examen bactériologique des urines et l'uroculture. La qualité des résultats dépend largement de la méthode de recueil des urines.

La technique du sac stérile ou du tube stérile ne doit être utilisée qu'en première intention à cause de son manque de fiabilité : les urines ainsi recueillies ne sont stériles que dans 20 % des cas.

La ponction suspubienne est le plus souvent nécessaire ; sa facilité et son coût faible (séringue de 5 ml avec une aiguille) offrent un avantage certain : fiabilité et rapidité d'exécution.

On considère que l'infection urinaire est certaine si on isole un germe unique donnant plus de 10^5 colonies par ml ; l'examen doit être refait si le nombre de colonies est plus faible ou lorsqu'il existe plusieurs populations bactériennes.

La cytologie urinaire a une valeur parfois discutée et on admet l'hyperleucocyturie au-delà de : 25/mm^3 pour le garçon nouveau-né, 50/mm^3 pour la fille nouveau-né, 10/mm^3 pour le nourrisson et l'enfant plus grand.

Les autres examens indispensables sont :
- l'hémoculture ;
- l'urée et la créatinine sanguines ;
- l'ionogramme sanguin ;
- les protéines de l'infammation : C.R.P., orosomucoïde.

V. Dépistage de l'infection urinaire

L'infection urinaire ne peut être affirmé que par l'ECBU qui est un examen onéreux. L'utilisation d'un dépistage dans un tri initial des échantillons permet une amélioration du rapport coût/efficacité.

Ce dépistage rapide et peu onéreux utilise des bandelettes réactives permettant la détection des estérases leucocytaires, des nitrites ou la combinaison des deux. Une étude menée par Lévy M. & al au C.H.U. Bichat a permis de montrer :

- que la bandelette réactive est plus utile pour éliminer le diagnostic d'infection urinaire, en utilisant la zone leucocytes seule ou l'association des zones leucocytes et nitrites que pour l'affirmer ;
- que 60 % des examens cytobactériologiques des urines seraient évités si l'examen était uniquement effectué sur des urines positives pour les zones leucocytes ou nitrites.

Ce dépistage présente donc un intérêt certain au point de vue coût et efficacité non seulement dans les pays développés mais encore plus dans les pays en voie de développement.

VI. Conclusion

La clinique de l'infection urinaire est peu parlante ; il faut savoir y penser souvent. Le diagnostic positif pour l'examen cytobactériologique des urines et l'uroculture exige un prélèvement de qualité ; la ponction sus pubienne semble être une technique appropriée chez le nouveau-né et le nourrisson.

L'infection urinaire est souvent le symptôme d'une anomalie anatomique de l'arbre urinaire (30 à 60 % des cas selon les séries cliniques) ; une exploration des voies urinaires s'impose dès le premier épisode infectieux, quel que soit l'âge et le sexe.

Bibliographie

1. Barthe P., *Infection urinaire.* In pédiatrie, volume 7. Simep, 1986 : 1509.
2. Cuendet A., *Urologie. In précis de pédiatrie.* Payot Paris ; 2e edition 1978 : 453
3. Larbre F. et Bourgeois J., *Infection urinaire du nouveau-né.* In périnatologie, pédiatrie pratique. Maloine, 1985 : 1230.
4. Levy M., Tournoi F. & al., *Evaluation du dépistage de l'infection urinaire par la technique de la bandelette réactive chez les malades hospitalisés.* La Presse médicale, 15 sept. 1990, 19, N° 29.
5. Mathieu H., *Infection urinaire.* In Néphnologie pédiatrique. Paris, Flammation Médecine - Sciences, 1983 : 133.