

Hôtes indésirables des voies urinaires



S. Grosch



CHU de Liège
Département de Néphrologie – Dialyse –
Transplantation

Infections urinaires en transplantation rénale

- **IU = infection la plus fréquente** en transplantation rénale
 - **Incidence** : 6-86 %
 - 40-50% de toutes les **complications infectieuses**
 - 74% la **première année** et 81.9% **durant les 3 premiers mois**
- **Bactériurie de > 100 000 CFU/ml**
- **IU non compliquées** (symptômes urinaires seuls) **versus** **IU compliquées** (présence de signes systémiques)
- **IU récurrente** : au moins 3 épisodes d'IU/1 an
- **Facteurs favorisant** à rechercher

Facteurs favorisant les IU

<i>Facteurs pré-opératoires</i>	<i>Facteurs péri- opératoires</i>	<i>Facteurs post- opératoires</i>
• Age • Sexe • Immunosupresseurs • Patho. du tractus urinaire • Infection du tractus urinaire natif • Temps prolongé en dialyse • Diurèse résiduelle • Ancienne greffe • Origine de l'IRC – Polykystose rénale	• Donneur cadavérique • Organe infecté • Solution de conservation du greffon contaminée • Manipulation chirurgicale du greffon • Reprise de fonction • Sonde JJ • Sondage urinaire prolongé	• Type et intensité de l'IS • Rejet • Diabète post- greffe • Complications associées à l'anastomose urétérale - Reflux VU • Manipulations urologiques • Lithiases • Infection à CMV • Mauvaise fonction rénale



Mr R.O. 57 ans ...

- IRC sur **ADPKD**
- **Néphrectomie droite** pré-greffe
- **Greffe rénale le 27/10/2007**
- **IS** : Ciclosporine, corticoïdes
- 11/2007 (M1): épisode de rétention urinaire + hydronéphrose greffon post-retrait SU → **hypertrophie prostate** → Tamsulosine



Quelles hypothèses diagnostiques ?

- A- Pyélonéphrite du greffon
- B- Infection de kystes du rein gauche
- C- Prostatite aiguë
- D- Hémorragie kystique
- E- Toutes les hypothèses sont possibles

- 18/3/18 : admis aux urgences.

→ **Motif :**

- Hématurie macroscopique
- Mictalgies
- Douleurs flanc gauche

→ **Cliniquement :**

- Apyrétique
- Douleur à la palpation des kystes rénaux à gauche

→ **Biologiquement :**

- CRP 15 mg/l à J0 et 120 mg/dl à J1
- Creat. stable à 1.5 mg/dl
- PSA : 19 microg/l
- Urines : GR : 3729/mm³, GB : 17732/mm³
bactériurie à E Coli multi-S



- **Pet- scanner :**

- Hyperfixation intense des 2 lobes prostatiques
- 2 petits foyers hypermétaboliques du rein gauche

➔ **Prostatite**

➔ Antibiothérapie de 3 semaines par Ciproxine



Melle P.P. 26 ans ...

- IRC sur **HSF**
- ATC de **cystites** à 2 reprises
- **Greffe rénale le 18/6/2016**
- **IS** : Advagraf – Myfortic – Medrol
- **12/2016 (M6)** : neutropénie fébrile + IU à E coli multiS (Cu U. + hemoc. positives) avec IRA → **pyélonéphrite du greffon** confirmée par scinti DMSA → Ciproxine 15 jours

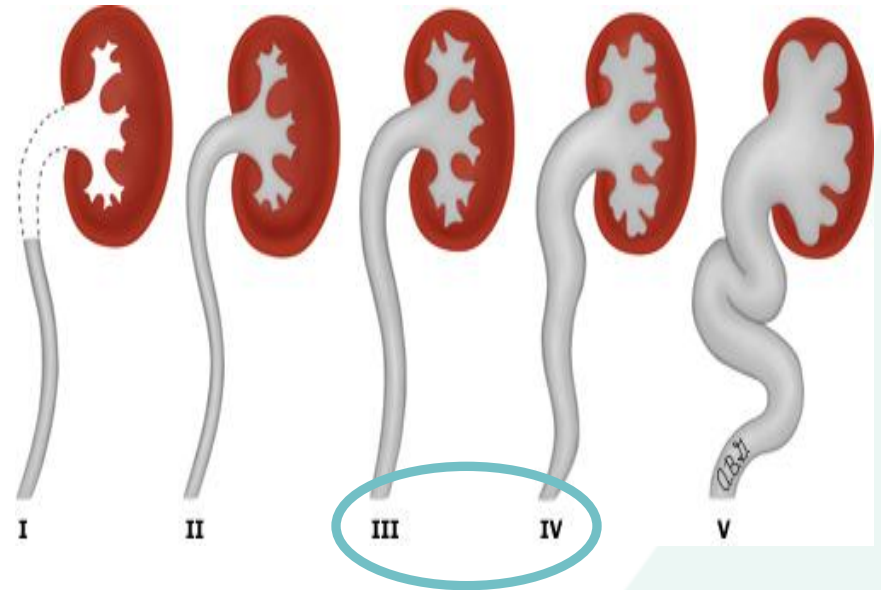
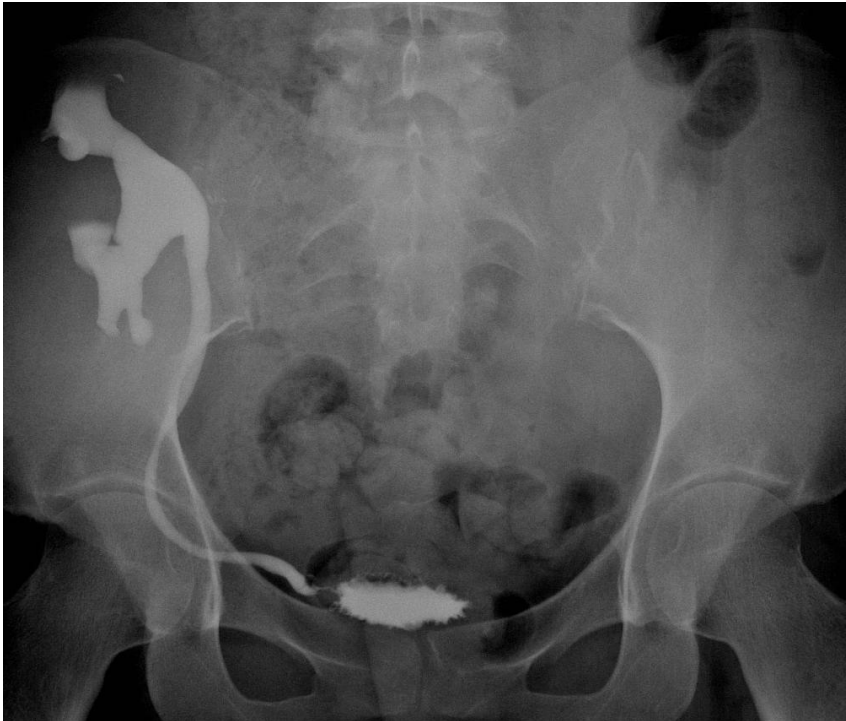
- **1/2017 (M7)** :
 - Fc greffon rétablie : creat. 1.2 mg/dl
 - Normalisation leucocytose et reprise Myfortic
- **2/2017 (M8) : fièvre + mictalgies**
 - **Bio** : Creat 1.2 mg/dl – CRP 40 mg/dl
 - **RUSCU** : leucocyturie + E Coli multi S > 100 000 germes



Quelle attitude ?

- A- Rien, on suit
- B- Récidive pyélonéphrite du greffon → reprise AB
- C- Récidive pyélonéphrite du greffon → reprise AB + prophylaxie au long cours
- D- Récidive pyélonéphrite du greffon → reprise AB + MAP urologique et cystographie vu aspect récidivant

→ *Reflux vésico-urétéral du greffon*



***Classification internationale du reflux
vésico-urétéral***

- **Avis uro (2/2017) : vu reflux : prophylaxie AB.**
- **7/2017 : récurrence pyélonéphrite du greffon avec IRA**
- **10/2017 : transposition uretère natif sur greffon**
- **Absence de récurrence d'IU compliquée**

IU : Evaluation après diagnostic

- Pourquoi ?

Exclure une anomalie fonctionnelle ou structurelle du tractus urinaire

- Pour qui ?

- Infections précoces dans la période post- greffe
- Histoire de néphrolithiases
- 2 ou > 2 épisodes d'IUC la même année

- Quels examens ?

- Echographie du système urinaire + étude post-mictionnelle
- Pet scan chez patients avec ADPKD
- IU récurrente :
 - Scanner sans contraste (lithiases, ...)
 - Cystographie per-mictionnelle (RVU)
 - Etude uro-dynamique



Mr B.S. 29 ans ...

- IRC sur néphropathie diabétique
- Greffe rein- pancréas le 1/7/18
- Pas de complication
- Pas de résidu post-mictionnel
- Retrait de la sonde JJ le 2/8/18
- **IS** : Prograft – Cell Cept – Medrol



Diagnostic et prise en charge ?

- A- Infection urinaire → antibiothérapie
- B- Glomérulopathie de novo → PBR
- C- Néphropathie à polyomavirus BK
→ PCR et PBR
- D- Rejet → PBR

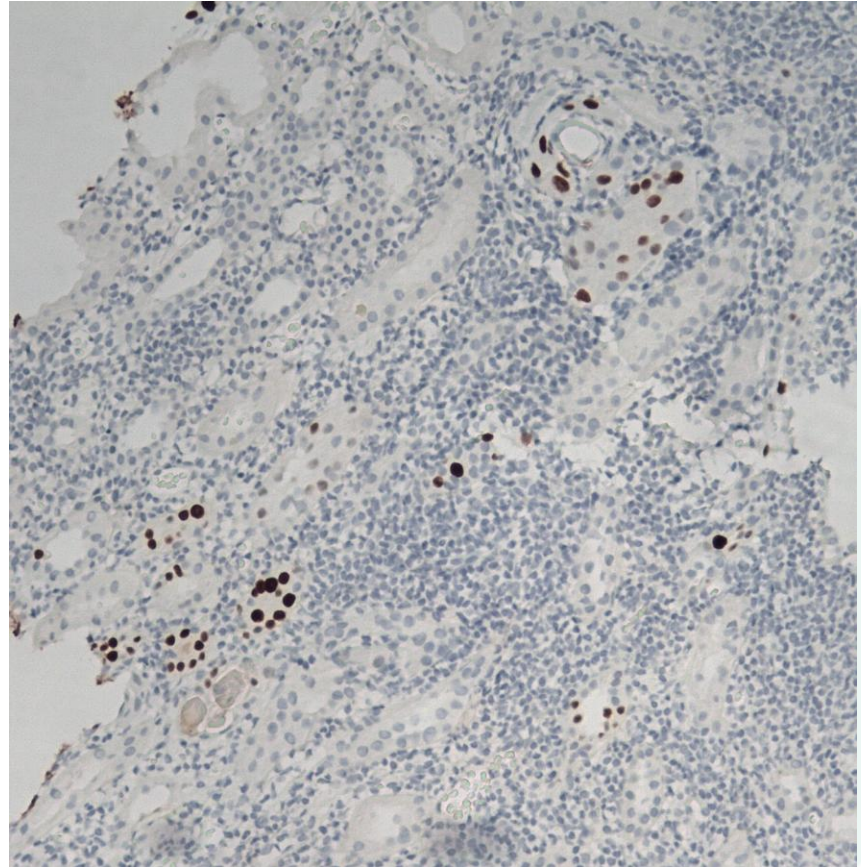
- **Consultation le 6/9/18 :**

- **Bio :**
 - creat. stable : 1.25 mg/dl
 - CRP négative
 - Tacro 9.9 microg/l
- **Urines :**
 - 16 GR/mm³
 - 218 GB/mm³
 - Culture négative
 - Protéinurie : 5,2 g/g de créatinine confirmée sur U de 24 heures
- **Scanner de suivi systématique :** aspect de pyélo-urétérite et de cystite

i2

- *PCR Polyomavirus BK sanguine* : 4.97 log
- *PCR Polyomavirus BK urinaire* : > 7.7 log

t3



SV40

➔ **Néphropathie à Polyomavirus BK**

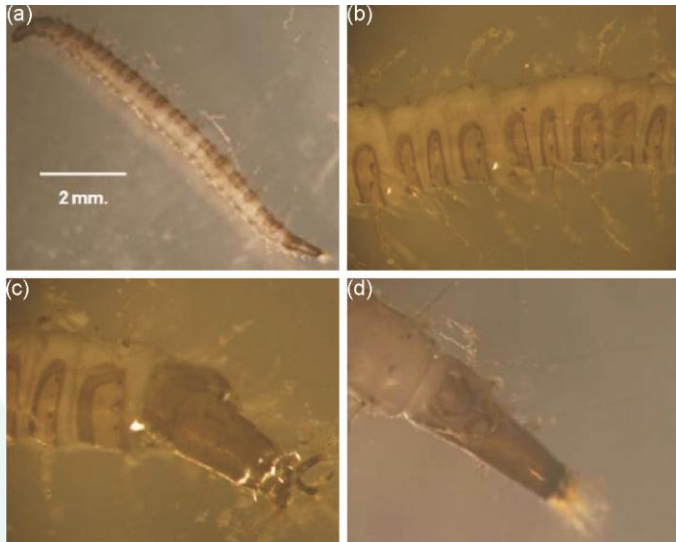
Et puis les hôtes peu communs ...



Human urinary myiasis due to larvae of *Clogmia* (*Telmatoscopus*) *albipunctata* Williston (Diptera: Psychodidae) first report in Egypt

Ayman A. El-Badry¹, Hosni Khairy Salem², Yusuf Abd El-Aziz Edmardash³

¹Medical Parasitology Department; ²Urology Department, Kasr Al-Ainy Faculty of Medicine; ³Entomology Department, Faculty of Science, Cairo University, Cairo, Egypt



Larvae of *Clogmia albipunctata* were reported before as cause of human nasopharyngeal myiasis^{14,20}, intestinal myiasis^{21–22} and urinary myiasis^{9,10}. Larvae in this case were passed for 10 days after antibiotic and antiseptic treatment; then larvae passage and other patient symptoms disappeared.

To our knowledge this the first report of human urinary myiasis caused by *Clogmia albipunctata* in Egypt and the second case worldwide. This case draws the attention of urologists and laboratorians of the possibility of detecting dipteran flies' larvae in urine and urinary myiasis as an unusual cause of urinary tract infection.

