

PYELITE, CYSTITES INCRUSTANTES

• Aspects cliniques et commentaires

- Survient surtout après une transplantation rénale, mais également vu chez d'autres patients [surtout chez la personne âgée avec maladies ou conditions (immunodépression) sous-jacentes ou après interventions uro-logiques].
- Pathologie infectieuse avec formation d'incrustations dans la paroi du bassinet rénal (avec extension potentielle dans les uretères) ou la vessie. Inflammation des tissus environnants avec possibilité d'obstruction.
- Exige la présence de facteurs prédisposants: présence de certaines bactéries qui provoquent un clivage des molécules présentes dans l'urine, une augmentation du pH et la formation de calculs de struvite. Les incrustations calcifiées peuvent être dissoutes par une acidification de l'urine [à maintenir pendant tout le traitement anti-infectieux (activité synergique avec l'antibiothérapie)].
- En cas de chronicité: intervention chirurgicale pour lever l'obstruction peut être nécessaire.
- Contrôles d'urine et CT-scans réguliers nécessaires pour contrôler l'efficacité du traitement.

• Pathogènes impliqués

- *Corynebacterium urealyticum*.

• Traitement anti-infectieux empirique

- Régime et posologie standard: vancomycine (dose de charge de 25 à 30 mg/kg iv, immédiatement suivie soit par une perfusion continue titrée pour atteindre des concentrations sériques de 20 à 30 µg/ml soit par des perfusions intermittentes q12h titrées pour atteindre des concentrations sériques de vallée de 15 à 20 µg/ml).
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté): plusieurs semaines (la durée optimale n'est pas définie et dépend de l'évolution clinique).