

P1 : PROFIL DE RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES DES *E. COLI* ISOLEES D'INFECTIONS URINAIRES A L'HOPITAL CHARLES NICOLLE DE TUNIS

I. AISSI, R. GHOZZI, A. KAMOUN, M. SAIDANI, I. BOUTIBA-BEN BOUBAKER, S. BEN REDJEB

Service de Microbiologie Hôpital Charles Nicolle de Tunis

E. coli est la principale espèce bactérienne impliquée dans les infections urinaires. Depuis plusieurs années, l'émergence de souches résistantes aux antibiotiques est devenue une préoccupation majeure induisant des difficultés thérapeutiques dans le traitement empirique des infections urinaires.

Afin d'évaluer les fréquences des résistances d'*E. coli* aux antibiotiques à l'hôpital Charles Nicolle, une étude rétrospective a été menée au laboratoire de microbiologie sur une période de cinq ans (2003-2007). Elle avait concerné tous les ECBU positifs des patients hospitalisés ou consultants à l'hôpital Charles Nicolle durant cette période. L'exploitation des résultats était faite avec le logiciel SIR (i2a).

14241 ECBU positifs ont été colligés au laboratoire de microbiologie, 6993 (49%) étaient à *E. coli*, provenant essentiellement du service d'urologie (27%) suivi des services de médecine (24%), de pédiatrie (17%), des consultations externes (14%), de gynécologie (11%), de chirurgie (5%) et de réanimation (2%). Durant cette période, les fréquences des résistances d'*E. coli* aux antibiotiques étaient pratiquement stables avec une moyenne globale de 63% aux aminopénicillines, 43% à l'association Triméthoprime - Sulfaméthoxazole, 21% à l'association amoxicilline- acide clavulanique, 20% à l'acide nalidixique, 15% aux fluoroquinolones, 6% aux aminosides et 5% aux céphalosporines de troisième génération.

Ainsi les fluoroquinolones gardent une bonne place dans le traitement des infections urinaires à *E. coli*. Par ailleurs ces molécules doivent être utilisées de façon raisonnée afin d'éviter la sélection de mutants résistants.

P2 : PLACE DES BACILLE GRAM NEGATIF NON FERMENTANTS DANS LES INFECTIONS URINAIRES

E LAKHAL-KHALFAOUI, H SOLTANI, M HAMZAOUI, M SAIDANI, R GHOZZI, A KAMMOUN, I BOUTIBA.BEN BOUBAKER, S BEN REDJEB.

Laboratoire de Microbiologie – EPS Charles Nicolle – Tunis.

Les bacilles à Gram négatif non fermentants (BGNNF) sont des bactéries pathogènes opportunistes responsables essentiellement d'infections nosocomiales. Naturellement résistantes à de nombreux antibiotiques, ces bactéries ont une grande capacité d'acquérir de nombreuses autres résistances.

Cette étude rétrospective s'étendant sur 5 ans (2003-2007), vise à déterminer la place des BGNNF dans les infections urinaires à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis et de définir leur profil de résistance aux antibiotiques.

Au cours de cette période, 1023 BGNNF ont été isolés à partir des urines. Le diagnostic d'infection urinaire s'est basé sur la numération de leucocytes et de bactéries. L'identification des souches a été faite par API système (Api 20 NE) et la sensibilité aux antibiotiques par la méthode de diffusion en milieu gélosé.

Les BGNNF représentaient 7% de l'ensemble des germes isolés d'urines. Ils étaient isolés essentiellement en urologie (50%) et en médecine (38%). Les espèces les plus fréquentes étaient *Pseudomonas aeruginosa* (76%) et *Acinetobacter baumannii* (19%). L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a montré des résistances globales respectives de 61% et 41% pour la ticarcilline, 68% et 32% pour la ceftazidime, 10% et 33% pour l'imipénème, 60% et 59% pour la gentamicine, 35% et 41% pour l'amikacine, 65% et 54% pour la ciprofloxacine. Pour la colistine, aucune résistance n'a été observée. L'évolution de ces résistances est restée globalement stable sauf pour *P.aeruginosa* vis-à-vis de l'imipénème dont la résistance a diminué de 43% en 2003 à 23% en 2007.

Vu la multirésistance de ces germes, la prévention de ces infections par une meilleure maîtrise de l'environnement hydrique hospitalier, l'application rigoureuse des mesures d'hygiène et l'emploi raisonné des antibiotiques s'avère indispensable.

P3 : EVOLUTION DE LA RESISTANCE AUX FLUOROQUINOLONES CHEZ LES BACTERIES RESPONSABLES D'INFECTIONS URINAIRES

H SOLTANI, M SAIDANI, B BOUHEJBA, R GHOZZI, A KAMMOUN, I BOUTIBA-BEN BOUBAKER, S BEN REDJEB.

Laboratoire de Microbiologie-Hôpital Charles Nicolle

Les infections urinaires comptent parmi les plus fréquentes infections bactériennes, aussi bien en pratique de ville qu'en milieu hospitalier. Les fluoroquinolones représentent une des classes thérapeutiques les plus utilisées dans le traitement

de ces infections. Leur utilisation de plus en plus fréquente a été rapidement suivie par l'émergence de souches résistantes. Nous rapportons dans ce travail l'état actuel de l'activité des fluoroquinolones vis-à-vis des bactéries responsables d'infections urinaires isolées au laboratoire de Microbiologie de l'hôpital Charles Nicolle de janvier 2003 à Décembre 2007.

Au cours de cette période, 14 241 souches ont été colligées. L'identification des souches a été faite par les méthodes conventionnelles et la sensibilité aux antibiotiques a été déterminée par la méthode de diffusion en milieu gélosé.

Les résultats retrouvés sont représentés dans le tableau suivant :

Germes	Acide nalidixique	Ofloxacine	Ciprofloxacine
Entérobactéries (n=11 276)	25%	19%	19%
<i>Pseudomonas</i> spp (n=797)	99%	59%	54%
<i>A baumannii</i> (n=201)	78%	65%	65%
<i>S. aureus</i> (n=214)	–	7%	7%
Staphylocoques à Coagulase négative (n=780)	–	12%	12%

Les fréquences de résistance de ces bactéries aux fluoroquinolones ne montrent pas de variations importantes au cours des années étudiées.

Ainsi, ces molécules gardent une assez bonne activité sur les entérobactéries et les staphylocoques. Cependant, il est nécessaire de les utiliser de façon raisonnée afin d'éviter la sélection de mutants résistants.

P4 : ETUDE DES GENES DE VIRULENCE ET RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES CHEZ *ESCHERICHIA COLI* ISOLEES DE PYELONEPHRITES ET DE CYSTITES A L'HÔPITAL CHARLES NICOLLE DE TUNIS

M.SAÏDANI, S.FERJANI, S.ENNIGROU, S.BEN REDJEB

Laboratoire de Microbiologie Hôpital Charles Nicolle, Bd 9 avril, 1006, Tunis

Introduction

E.coli uropathogènes se caractérisent par leur richesse en facteurs de virulence et l'acquisition de résistances à plusieurs familles d'antibiotiques. Notre objectif est d'étudier ces différentes caractéristiques chez des souches d'*E.coli* isolées d'infections urinaires hautes et basses en vue de dégager d'éventuelles corrélations entre la

virulence des souches, la résistance aux antibiotiques et le type d'infection urinaire.

Matériels et Méthodes

Entre 2006 et 2007, 129 souches non redondantes d'*E.coli* colligées d'infections urinaires ont été étudiées. L'identification bactériologique a été réalisée par les méthodes usuelles et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques par la technique de l'antibiogramme. Les groupes phylogénétiques (A, B1, B2 et D) ainsi que 18 gènes de virulence ont été déterminés par PCR multiplex. L'analyse statistique a été faite par le test χ^2 de Pearson (seuil de signification fixé à 0,05)

Résultats

Les souches d'*E.coli* ont été isolées de cystites (n=73) et de pyélonéphrites (n=56) avec des taux de résistances respectifs : ampicilline (73,9/66%), amoxicilline + acide clavulanique (38,3/19,6%), céfotaxime (21,9/10,7%), acide nalidixique (54,8/19,6%), ciprofloxacine (50,6/16%), amikacine (17,8/7,1%), gentamicine (31,5/12,5%), nétilmicine (21,9/8,9%), tétracycline (71,2/55,3%) et triméthoprime-sulfaméthoxazole (43,8/46,4%). Les fréquences des groupes phylogénétiques parmi les cystites et les pyélonéphrites étaient respectivement A (32,8/19,6%), B1 (10,9/5,3%), B2(45,2/64,2%) et D (10,9/10,7%). Les taux des facteurs de virulence étaient respectivement: *papG* II (9,5/46,4%), *papG* III (4,1/3,5%), *sfa/foc* (17,8/28,5%), *afa/dra* (5,4/1,7%), *fimH* (89/89,2%), *hlyA* (17,8/42,8%), *cnf1* (13,7/14,3%), *sat* (28,8/57,1%), *fyuA* (60,3/73,2%), *iutA* (56,2/58,9%), *iroN* (23,3/39,3%), *iha* (38,4/57,1%), *kpsM*II (46,6/53,6%), *traT* (63/75%), *usp* (47,9/57,1%), *pai* (52,1/57,1%) et *ompT* (43,8/62,5%). Les souches responsables de pyélonéphrites étaient significativement associées aux gènes de virulence *papGII* ($p = 2 \cdot 10^{-6}$), *hlyA* ($p = 10^{-3}$), *iroN* ($p = 0,04$), *iha* ($p = 0,03$) et *ompT* ($p = 0,03$), au groupe phylogénétique B2 et à la sensibilité aux fluoroquinolones ($p = 4 \cdot 10^{-5}$), celles isolées de cystites n'étaient significativement associées à aucun de ces paramètres.

Conclusion

Les résultats de cette étude viennent confirmer la virulence des souches d'*E.coli* responsables de pyélonéphrites et consolider la validité du protocole thérapeutique préconisant les fluoroquinolones comme antibiotiques de choix au cours de ces infections.

P5 : PLACE DES COCCI A GRAM POSITIF DANS LES INFECTIONS URINAIRES A L'HOPITAL CHARLES NICOLLE DE TUNIS

R.MARRAKCHI, M.SAÏDANI, S.MAZHOUD, R.GHOZZI, A.KAMMOUN, I.BOUTIBA, S.BEN REDJEB

Introduction

Les infections urinaires (IU) comptent parmi les plus fréquentes infections bactériennes. Leur étiologie est dominée par les bacilles à Gram négatif et moins souvent par les cocci à Gram positif (CGP). L'objectif de ce travail est d'évaluer la place de ces dernières dans les IU et d'étudier les profils de sensibilités aux antibiotiques des principales espèces rencontrées

Matériels et Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 5 ans (Janvier 2003-Décembre 2007) ayant colligé toutes les cultures des examens cyto bactériologiques des urines positives à CGP. Le diagnostic d'IU s'est basé sur le dénombrement des leucocytes et des bactéries. L'identification des germes a été faite par les techniques usuelles et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques par la méthode de l'antibiogramme selon les recommandations du CLSI

Résultats

Les CGP représentaient 12.4 % (1795/14421) de l'ensemble des bactéries isolées d'IU avec des taux pratiquement stables au cours des années d'étude (11%/2003-15%/2007).

Le genre *Staphylococcus* était le plus fréquent (43.6%) suivi des genres *Enterococcus* (31.2%) et *Streptococcus* (23.3%). Parmi les Staphylocoques, les espèces les plus incriminées étaient *S. saprophyticus* (33.2%), *S.aureus* (27,4%) et *S.epidermidis* (16,1%). *E. faecalis* était prédominant parmi les Entérocoques (81.9%) et *S.agalactiae* parmi les Streptocoques (86.1%). Ces bactéries provenaient essentiellement des services de réanimation (17.6%), de médecine (14.5%) et de gynéco-obstétrique (14.4%). Les taux de résistance aux antibiotiques sont présentés sur le tableau ci-dessous :

Sur les 5 ans d'étude, les taux de résistances étaient stables pour *S.saprophyticus* et *S.aureus*. Concernant *E.faecalis*, les taux de résistance étaient en augmentation pour le cotrimoxazole (19% /2003-36%/2007) et la ciprofloxacine (41% /2003- 58% /2007) et ceux à la gentamicine étaient élevés mais stables (30%/2003-36%/2007).

Conclusion

Les CGP occupent une place minoritaire dans les IU, les taux de résistance des principales espèces impliquées demeurent faibles en dehors d'*E.faecalis*

	NB	OXA	AMP	GEN	K/A	CHL	ERY	CLI	CIP	VAN	SXT	FOS
<i>E.faecalis</i>	459	-	0	30	-	27	57	RN	42	0	23	-
<i>S.agalactiae</i>	360	-	0	1	-	18	34	31	3	0	8	-
<i>S.saprophyticus</i>	261	2	16	2	2	12	17	2	1	0	1	RN
<i>S.aureus</i>	215	7	53	6	19	6	17	4	6	0	3	17

OXA :oxacilline,AMP :ampicilline,GEN :gentamicine,K/A :kanamycine/amikacine,CHL:chloramphénicol,ERY:érythromycine, CLI :clindamycine, CIP :ciprofloxacine, VAN :vancomycine, SXT :cotrimoxazole, FOS : fosfomycine

P6 : LES ENTEROCOQUES RESPONSABLES D'INFECTION URINAIRE : FREQUENCE ET SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES (2006-2007)

F MEZGHANI, S MEZGHANI, A ZNAZEN,
F MAHJOUBI, A HAMMAMI.

Laboratoire de Microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction :

Les bactéries du genre *Enterococcus* sont de plus en plus responsables d'infections nosocomiales. Le site urinaire est le site le plus fréquemment colonisé par ce genre bactérien. Outre la résistance naturelle, les entérocoques présentent de nombreuses résistances acquises vis-à-vis de nombreux antibiotiques (aminopénicillines, aminosides, glycopeptides..).

Le but de notre travail est de décrire la fréquence d'isolement des entérocoques à partir des urines dans notre laboratoire durant les 2 années 2006 et 2007 ainsi que leurs taux de résistance aux antibiotiques.

Matériel et méthodes :

L'identification bactérienne a été faite en se basant sur les caractères morphologiques, culturels et biochimiques. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée selon les normes du Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie (CA-SFM).

Résultats :

Durant la période d'étude, le nombre d'entérocoques isolés à partir des urines était de 468 souches, ce qui représente 6,5% du nombre total de bactéries (7170) et 52,3% des bactéries à Gram positif isolées d'urines. L'espèce *E. faecalis* était majoritaire (83,5%) suivie par l'espèce *E. faecium* (15,8%). Ces entérocoques étaient isolés surtout chez des patients de sexe masculin (59%) et dans le service d'urologie (39,2%).

Les taux de résistance à l'amoxicilline, au nitrofurane, à l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole et à la lévofloxacine étaient respectivement de 0%, 1%, 54% et 65% pour *E. faecalis*. Ces taux étaient respectivement de 100%, 26%, 61% et 91% pour *E. faecium*. La résistance de haut niveau à la gentamicine était de 48,2% pour *E. faecalis* et de 50% pour *E. faecium* alors que celle à la streptomycine était de 60,4% pour *E. faecalis* et de 89,9% pour *E. faecium*. Toutes les souches d'entérocoques étaient sensibles aux glycopeptides.

Conclusion :

Les entérocoques occupent une place importante parmi les bactéries à Gram positif responsables d'infection urinaire. *E. faecalis* est l'espèce la plus rencontrée. *E. faecium*, moins fréquemment isolé,

pose le problème de sa multi résistance aux antibiotiques.

P7 : PROFIL DES BACTERIES IMPLIQUEES DANS LES INFECTIONS URINAIRES EN MILIEU PEDIATRIQUE

E LAKHAL-KHALFAOUI, H TEBBINI, R GHOZZI , M SAIDANI , A KAMMOUN , I BOUTIBA-BEN BOUBAKER, S BEN REDJEB.

Laboratoire de Microbiologie – Hôpital Charles Nicolle

L'évolution de la résistance aux antibiotiques des bactéries impliquées dans les infections urinaires de l'enfant pose le problème du choix thérapeutique. Le but de notre étude est de préciser la fréquence des germes de l'infection urinaire et leur sensibilité aux antibiotiques. Notre étude a reposé sur l'analyse rétrospective de 1657 cas d'infections urinaires diagnostiquées en milieu pédiatrique sur une période de 5 ans (Janvier 2003 - Décembre 2007). L'étude de la répartition des germes a montré une prédominance des entérobactéries (91%), essentiellement *E. coli* (74%) et *K. pneumoniae* (12%), suivies et des staphylocoques (3%). L'étude de la sensibilité de ces germes aux antibiotiques a montré une résistance très élevée de l'ensemble des germes responsables d'infections urinaires pour l'ampicilline, la céfalotine et le cotrimoxazole (respectivement 75, 58 et 52%). La résistance d' *E. coli* et *K. pneumoniae* était respectivement de 20% et 38% pour l'amoxicilline+acide clavulanique, 9% et 53% pour les céphalosporines de 3^{ème} génération, 11% et 46% pour la gentamicine et 7% et 36% pour l'amikacine. Aucune résistance à l'imipénème n'a été détectée. Concernant les staphylocoques, bien que rarement isolés, 41% étaient résistants à la méticilline. L'évolution des résistances est restée stable au cours des 5 années d'étude.

Les taux de résistance aux antibiotiques élevés en milieu pédiatrique imposent une politique de lutte contre les infections urinaires nosocomiales par le respect strict des mesures d'hygiène et l'utilisation raisonnée des antibiotiques. Aussi, la surveillance des taux de résistance doit être continue et systématique afin de mieux adapter l'antibiothérapie de première intention.

P8 : ANALYSE DES EXAMENS CYTOBACTERIOLOGIQUES DES URINES DU SERVICE DE PEDIATRIE AU COURS DE L'ANNEE 2007

S. MNIF, S. MEZGHANI, A. ZNAZEN, F. MAHJOUBI, A. HAMMAMI

Laboratoire de microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax

L'infection urinaire est une cause fréquente de morbidité infantile. L'examen cytbactériologique des urines (ECBU) reste l'examen capital tant pour le diagnostic que pour l'ajustement thérapeutique.

Le but de ce travail était d'analyser les résultats des ECBU provenant du service de pédiatrie de Sfax et évaluer la sensibilité aux antibiotiques des bactéries isolées.

Nous avons mené une étude rétrospective au laboratoire de microbiologie CHU Habib Bourguiba de Sfax portant sur les ECBU provenant du service de pédiatrie (CHU Hédi Chaker de Sfax), du premier janvier au 31 décembre 2007. L'interprétation des ECBU était basée sur les critères habituels (leucocyturie supérieure à 10^4 /ml, bactériurie supérieure à 10^5 UFC/ml). L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été effectuée selon les normes du CA-SFM.

Durant la période d'étude, 5036 ECBU ont été analysés. 3082 (61%) avaient une culture négative dont 648 (21%) avaient une leucocyturie supérieure à 10^4 /ml. 1382 (27%) étaient souillés. La culture était positive avec isolement d'un seul germe dans 566 cas (12%) dont 121 (21%) avaient une leucocyturie inférieure à 10^4 /ml.

Les microorganismes les plus fréquemment isolés étaient les entérobactéries 90% (*Escherichia.coli*: 76% puis *Klebsiella pneumoniae*: 14%) suivi par les entérocoques 5%.

Pour *E.coli*, les pourcentages de résistance aux antibiotiques étaient de 77% pour l'amoxicilline, 50% pour l'association amoxicilline-acide clavulanique, 10% pour les céphalosporines de troisième génération, 55% pour le cotrimoxazole, 9% pour la gentamicine et 2% pour les furanes.

Conclusion

Le pourcentage faible d'ECBU positifs (12%) nous incite à proposer la réalisation de bandelettes urinaires comme moyen de dépistage des infections urinaires chez l'enfant âgé de plus de 3 mois.

Des meilleures conditions dans la pratique des prélèvements ainsi que le transport des urines pourraient réduire la fréquence des ECBU souillés. Dans notre région, le taux de résistance des souches d' *E.coli* aux céphalosporines de troisième génération et à la gentamicine est faible. Ainsi ces molécules sont utilisables de première intention dans le traitement des infections urinaires chez l'enfant. Les nitrofuranes sont nettement plus actives que le cotrimoxazole donc ils pourraient constituer une alternative thérapeutique aussi bien dans le traitement des infections urinaires basses que dans la prophylaxie des infections urinaires récidivantes.

P9 : PYELONEPHRITE AIGUE CHEZ L'ENFANT DE 2 ANS A 15 ANS (À PROPOS DE 104 CAS)

R. CHABCHOUB BEN ABDALLAH ; F. KAMMOUN ; J. ELLEUCH ; O. GHANMI ; B. MAALEJ ; S. ABDELMOULA ; M. BEN SALAH ; N. BEN HALIMA ; A. MAHFOUDH.

Service pédiatrie, urgences et réanimation pédiatrique
CHU Hédi Chaker SFAX

Introduction : L'infection urinaire représente un problème fréquent en pédiatrie. Il représente 2,5 à 3,5% des admissions en médecine infantile.

Objectif : réaliser une étude épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutive de l'infection urinaire haute chez l'enfant.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective de 104 cas colligés au service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique de Sfax sur une période de 3 ans (2005 -2007)

Résultats : Il s'agit de 88 filles (84,6 %) et 16 garçons (15,4%). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 6ans avec des extrêmes allant de 2 ans à 13 ans. Le diagnostic a été évoqué devant une fièvre dans 100% des cas, des signes urinaires à type brûlure mictionnelle (53,8%), pollakiurie (38,5%), dysurie (16,3%), incontinence (11,5%), hématurie (4,8%), des signes digestifs : vomissements (27,9 %), douleur abdominale (43,3%) et diarrhée (5,8%).

Les facteurs favorisants sont : impériosité mictionnelle (14,4%), oxyurose (4,8%), constipation (2,9%) et vulvite (1,9%).

A l'examen : fièvre $>39^\circ$ (61,5%), ébranlement lombaire douloureux (73,1%).

La bandelette urinaire a été faite dans 57,7% : la leucocyturie était positive dans 83,3% et les nitrites étaient positifs dans 66,6%. À la culture on a isolé *E.Coli* (87,5%), *Klebsiella pneumonia* (5,8%), *Protéus* (5,8%) et *Pseudomonas* (1%).

A la biologie : les globules blancs étaient $>10000/\text{mm}^3$ (77%), CRP >20 mg/l (97.1%) et VS >20 (91,3%).

L'échographie a été faite dans 94% des cas, l'UCR radiologique (37,5%), l'UCR isotopique (13,5%). Les explorations ont montré des malformations dans 19% des cas : RVU (14%), méga uretère (1%), lithiase (2%), vessie neurologique (2%).

Le traitement de première intention était à base de céphalosporine de troisième génération et aminoside dans 100% des cas. L'ECBU de contrôle réalisé dans tous les cas était stérile dans 100% des cas.

Le traitement prophylactique était à base de bactrim (70%), bactrim+furadoine (21%), bactrim+cedrox (9%).

L'évolution a été marquée par une rechute (13,5%). Les malades étaient perdus de vue dans 63,5% des cas.

Conclusion : La pyélonéphrite aigue chez l'enfant doit être traitée en parentérale les deux premiers

jours. Le bilan de contrôle n'est plus systématique d'après les recommandations de 2007. La recherche de facteurs favorisants doit être systématique à cette tranche d'âge. L'échographie doit être le seul examen systématique. En cas de récurrence, une uropathie malformative doit être recherchée. L'antibioprophylaxie n'est plus indiquée d'après les recommandations de 2007. Elle n'est recommandée qu'en cas de RVU de haut grade en attendant l'intervention chirurgicale.

P10 : PYELONEPHRITE AIGUE REVELANT UN REFLUX VESICO-URETRAL CHEZ L'ENFANT (A PROPOS DE 14 CAS)

R. CHABCHOUB BEN ABDALLAH¹; J. ELLEUCH¹ ; O. GHANMI¹ ; F. KAMMOUN¹; B. MAALEJ¹; S. ABDELMOULA¹; M. BEN SALAH¹; N. BEN HALIMA¹ ; R.MHIRI²; A. MAHFOUDH¹.

¹Service pédiatrie, urgences et réanimation pédiatrique
CHU Hédi Chaker SFAX

² Service chirurgie pédiatrique. CHU Hédi Chaker SFAX

Introduction :

L'infection urinaire chez l'enfant peut être le motif de révélation d'une uropathie malformative en particulier le reflux vésico-urétéral.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective de 14 cas colligés au service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique de Sfax sur une période de 3 ans (2005 -2007).

Résultat :

Il s'agit de 14 enfants dont 12 filles et 2 garçons. L'âge moyen de révélation du diagnostic était avec des extrêmes allant de 2 à 7 ans.

Tous ces enfants ont été hospitalisés pour pyélonéphrites aiguës. Certains d'entre eux ont présenté des troubles mictionnels: dysurie (40%), fuites urinaires (33,3%), impériosité (13,3%). concernant les facteurs favorisants : deux enfants avaient la notion d'oxyurose, des vulvites à répétition dans un cas et un cas de vessie neurologique.

Le reflux vésico-urétral était de grade 1 : n = 4 ; grade 2 : n = 5; grade 3 : n = 4, grade 4 (n = 2) grade 5 (n = 1) et bilatéral dans 4 cas.

Le traitement était dans la majorité des cas médical : antibioprophylaxie dans tous les cas et sondage intermittent pour le cas de la vessie neurologique. Un enfant a eu un traitement endoscopique et un autre une réimplantation chirurgicale. L'évolution a été marquée par la chute des infections urinaires dans 10 cas. L'UCR de contrôle a été faite dans deux cas avec une régression du reflux dans un cas et une aggravation dans l'autre cas.

Conclusion :

Le RVU reste l'uropathie la plus fréquemment associée à l'infection urinaire et il faut savoir le rechercher. Une fois dépistée, le traitement curatif et préventif de l'infection urinaire sont les éléments essentiels de la conduite pratique.

P11 : LA PYONEPHROSE DE L'ENFANT A PROPOS DE 40 CAS

KCHAOU S ; SAHNOUN A ; BEN ABDALLAH I; CHAABENE CH ; CHABCHOUB K ; FAKHFAKH H ; BAHLOUL A ; MHIRI M N.

Service d'Urologie, CHU Habib Bourguiba – Sfax

Introduction : La pyonéphrose est une suppuration diffuse du parenchyme rénal associée à une rétention purulente et une destruction du rein. Le but de notre étude est de dégager les particularités cliniques et thérapeutiques de la pyonéphrose chez l'enfant.

Matériel et Méthodes : Notre étude est rétrospective portant sur 40 enfants présentant une pyonéphrose, colligée sur une période de 24 ans (1982-2007) parmi 94 néphrectomies réalisées au cours de la même période.

Résultats : L'âge moyen de nos patients est de 9 ans (4 mois-16 ans). Le sex-ratio est de 1,8. Des antécédents lithiasiques ont été retrouvés chez 30 % des enfants, dont la moitié a subi une intervention chirurgicale antérieure. La symptomatologie clinique a été dominée par un syndrome septicémique sévère (65% des cas) avec gros rein palpable (30% des cas). L'ECBU a été positif dans 11 cas (27,5 %), avec une prédominance des différentes espèces de *Protéus* (47,5%) *Eschélchia-coli* et *Entérobacter* ont été retrouvés chacun dans 14,2%. Sur le plan de l'imagerie : l'urographie intra-veineuse (87.5%), l'échographie (90%) et l'uro-TDM (4 cas) ont conclu à une rétention purulente en amont d'un calcul urinaire, dans plus de la moitié des cas, une malformation urinaire (2 cas), un phlegmon périnéphrétique et une tumeur rénale associés respectivement dans (8) et (2) cas). Le traitement a été chirurgical dans tous les cas, il a consisté en une néphrectomie dans 34 cas (85%). Pour les 15% des cas restants la conservation du rein a été rendue possible grâce à l'amélioration de la fonction rénale après un drainage par une néphrostomie percutanée première. L'évolution a été favorable dans la plupart des cas ; nous déplorons un décès survenu dans un tableau septique grave. L'examen anatomopathologique était en faveur d'une pyélonéphrite xanthogranulomateuse (20 cas) et une malakoplakie (1 cas).

Conclusion : La pyonéphrose est une affection grave chez l'enfant. Son incidence est en nette

régression sous nos climats. L'étiologie lithiasique reste prédominante. Nous insistons sur l'importance de la prévention en traitant précocement toute pathologie urinaire infectieuse et obstructive.

P12 : PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES INFECTIONS URINAIRES CHEZ LES GREFFES RENAUX (2006-2007)

S. HADRICH, A. ZNAZEN, S. MEZGHANI, F. MAHJOUBI, A. HAMMAMI

Laboratoire de Microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax

L'infection du tractus urinaire (IU) constitue la complication la plus fréquente après transplantation rénale. Ces infections, traitées d'une manière inappropriée peuvent affecter le fonctionnement du greffon.

Le but de ce travail était de déterminer le profil des bactéries responsables d'infections urinaires chez les greffés rénaux dans les hôpitaux de Sfax, et d'étudier leur sensibilité aux antibiotiques.

Nous avons mené une étude rétrospective au laboratoire de microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax. Nous avons inclus tous les examens cytotactériologiques des urines (ECBU) positifs réalisés chez les greffés rénaux transplantés en 2006 et 2007 et suivis au service de néphrologie du CHU Hédi Chaker de Sfax.

Nous avons noté 51 épisodes d'IU chez 32 patients. 12 patients (37,5%) ont développés plus qu'un épisode d'IU. Pendant la période d'étude, 55,2% des greffés rénaux ont développé une IU. Le sex.ratio était de 0,4. L'âge moyen était de 27 ans. Le délai moyen entre la greffe et le 1^{er} épisode d'IU était de 1 mois et 4 jours (2 jours-6 mois). 46 épisodes étaient dans les 6 premiers mois après transplantation et 5 épisodes étaient après 6 mois. Les bactéries les plus incriminées étaient les Entérobactéries dans 64,7 % des cas.

K pneumoniae et *E. coli* étaient responsables de 24% et 22% des infections urinaires respectivement. *Pseudomonas aeruginosa* était responsable de 10 épisodes d' IU (19,6%). Parmi les 7 épisodes (13,7%) dus à des bactéries à Gram

positif, 5 (9,8%) étaient dus à *Enterococcus faecalis*. Les Entérobactéries isolées étaient sensibles à l'amoxicilline/acide clavulanique dans 36,4% des cas, au céfotaxime (CTX) dans 72,7% des cas, au cotrimoxazole dans 9,1% des cas, à la gentamicine dans 63,6%, à la ciprofloxacine dans 50% des cas et à l'imipénème dans 100% des cas. Toutes les souches de *Pseudomonas aeruginosa* isolées étaient multirésistantes aux antibiotiques. Seule la colistine, l'imipénème étaient actifs dans 100% des cas. La fosfomycine était active dans 40% des cas.

Toutes les souches d'*Enterococcus faecalis* étaient sensibles à l'ampicilline.

Dans notre étude, les IU chez les greffés rénaux étaient essentiellement dues à bacilles à Gram négatif. *K pneumoniae*, *E. coli* et *Pseudomonas aeruginosa* étaient les bactéries les plus fréquentes à la différence des études de la littérature où *E. coli* était la bactérie la plus incriminée. Des taux élevés de résistance aux antibiotiques ont marqué les bactéries de notre étude.

P13 : LES GERMES URINAIRES ET LEUR PROFIL DE SENSIBILITE (Etude à propos de 214 ECU)

A.MUSTAPHA, A.TAHRI, W. KAROU, S. CHAKROUN, L. BOUZID, N. Ben ABDALLAH, M. BIRHAIM.

Hôpital Régional de Jebeniana

Objectifs : relever la fréquence des germes responsables des infections urinaires parenchymateuses et déterminer leur sensibilité afin de rationaliser l'antibiothérapie de 1^{ère} intention.

Méthode : Notre étude a consisté à analyser les ECU pratiqués chez les patients hospitalisés dans les différents services de l'hôpital régional de Jebeniana durant la période allant du mois d'Avril 2007 au mois d'août 2008.

Résultats : Nous avons isolé 214 germes. Le germe le plus fréquemment retrouvé était l'*Escherichia. Coli* (66,8%), suivi de *Klebsiella pneumoniae* (14,5%), d'autres germes ont été isolés : *Entérocoque*, *Acinetobacter*, *Protéus*, *Pseudomonas*, *Streptocoque B...*. Le taux de résistance à l'Amoxicilline tout germe confondu était de 74,8% (*E. coli* 71,3%, *K.pneumoniae* 100% et *Entérocoque* 66,7%). L'association Amoxicilline-Acide clavulanique a restauré en partie l'activité des aminopénicillines avec un taux de sensibilité global de 57,7% (41% pour *E. coli*, 67,7% pour *K.pneumoniae* et 66,7% pour l'*Entérocoque*). Le taux de résistances des germes à la gentamicine, Ciprofloxacine et au Céfotaxime était respectivement de 11,7% ; 13,1% et 8,9% (*E. coli* : 5,6% ; 9,1% et 0% ; *K.pneumoniae* : 19,4% ; 16,1% et 9,7%). Le *Pseudomonas*, isolé une seule fois, n'était sensible qu'à la colistine

Conclusion : Compte tenu des données obtenues, nos recommandations concernant le traitement probabiliste des infections urinaires rejoignent celles de la littérature soit une céphalosporine de 3^{ème} génération ou une fluoroquinolone, sauf cas particuliers.

P14 : PYELONEPHRITES AIGUES A STAPHYLOCOCCUS SAPROPHYTICUS : ETUDE DE ONZE CAS

HARRABI H., ATTAR M., LAHIANI D., MARRAKCHI CH., MAALOUL I., HAMMAMI B., BEN JEMAA M.

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax

Le *Staphylococcus* est un Staphylocoque à coagulase négative. Son rôle pathogène dans les infections urinaires de la femme jeune est bien connu. Il est responsable de la cystite de la femme jeune. Les infections urinaires hautes ne sont pas exceptionnelles. Considérée comme bactérie saprophyte, ces infections restent encore sous estimées dans notre pays.

Le but de notre étude est d'identifier les particularités épidémiocliniques des pyélonéphrites aiguës à *S. saprophyticus* et d'insister sur le rôle pathogène de cette bactérie.

Notre étude est rétrospective, étalée sur 14 ans (1995-2008). Nous avons colligés 11 cas de pyélonéphrites aiguës à *S. saprophyticus* survenant chez 11 femmes d'âge moyen de 34ans (22 - 51 ans). Il s'agit de 10 femmes mariées dont 2 enceintes et d'une jeune fille. Un dispositif intra-utérin était noté dans 5 cas. Le tableau clinique avait associé des troubles mictionnels à des lombalgies fébriles dans tous les cas.

L'examen physique a objectivé une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ dans 8 cas et une douleur lombaire provoquée dans tous les cas. Une hyperleucocytose ≥ 10.000 a été objectivée dans 5 cas et une accélération de la vitesse de sédimentation > 30 mm à la première heure a été notée dans 5 cas. La fonction rénale était normale dans tous les cas.

S. saprophyticus était isolé dans l'examen cytotactériologique des urines dans tous les cas. Il était résistant à la pénicilline (1cas) et à l'acide fusidique (3cas). Il était de sensibilité intermédiaire à l'ofloxacine (3cas) et à l'acide fusidique (2cas).

Une échographie rénale, réalisée dans 10 cas, était normale (8 cas) et a trouvé une dilatation modérée des cavités pyélocalicielles (1cas) et une mal rotation rénale droite (1cas).

L'antibiothérapie de première intention était à base de céfotaxime (5cas), cotrimoxazole (4cas) et ciprofloxacine (2cas). Une adaptation secondaire, après identification du germe, était réalisée dans tous les cas. La durée moyenne du traitement efficace était de 14 jours (10 – 23 jours). L'évolution était favorable dans tous les cas.

Le rôle pathogène du *S. saprophyticus* ne doit pas être négligé ni méconnu. Il est responsable classiquement d'infections urinaires particulièrement des cystites chez les femmes en période d'activité sexuelle, et plus rarement celles présentant des désordres au niveau de l'arbre urinaire. Actuellement, il est de plus en plus rapporté comme agent de pyélonéphrites.

P15 : LES BACTRIURIES A *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*. ETUDE DE 22 CAS

F. BOUATTOUR, Ch. MARRAKCHI, D. LAHIANI, H. HADJ KACEM, L. SIALA, N. KALLEL, M. BEN JEMAA

Service Des Maladies Infectieuses – Chu Hedi Chaker - Sfax

Le *Staphylococcus aureus* représente 0.5 – 6 % des bactéries identifiées sur les ECBU à culture positive. Cet isolement est parfois d'interprétation difficile puisqu'il peut être le témoin d'une véritable infection urinaire ou d'une septicémie.

Notre objectif est d'identifier les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients admis au service des maladies infectieuses de Sfax pour une bactériurie à *Staphylococcus aureus* entre 1993 et 2005.

Vingt deux patients sont inclus. Il s'agit de 14 hommes et 8 femmes, âgés en moyenne de 65 ans (31- 87). Cinq malades étaient diabétiques et 13 avaient une pathologie urologique. Six patients avaient récemment eu une intervention urologique ou un sondage vésical et 6 autres avaient une lésion cutanée infectée. Les tableaux cliniques étaient dominés par la fièvre (77,2%) et les signes urinaires (88,3%). Les hémocultures étaient positives dans 7 cas. Le germe était résistant à la pénicilline dans 3 cas. Le diagnostic retenu était une pyélonéphrite aiguë dans 19 et une bactériémie avec localisation rénale dans 3 cas. L'imagerie rénale était normale pour 16 patients. Elle a objectivé un abcès du rein dans 3 cas et une dilatation des voies urinaires dans 3 cas. Le traitement anti staphylococcique était de 2-3 semaines pour les infections urinaires non compliquées et de plus de 1mois pour les bactériémies et les formes compliquées.

Le *Staphylococcus aureus* est une cause rare de pyélonéphrite aiguë. Son isolement au niveau des urines résulte soit d'une infection urinaire ascendante soit de l'envahissement du rein par voie hématogène à l'occasion d'une bactériémie. Une analyse attentive des facteurs de risques et des signes cliniques devraient permettre au clinicien de reconnaître l'un ou l'autre de ces mécanismes, étant donnée que leur prise en charge est différente.

P16 : INFECTIONS URINAIRES A *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* ETUDE DE 22 CAS

H. HARRABI, D. LAHIANI, B. HAMMAMI, CH. MARRAKCHI, I. MAALOUL, M. BEN JEMAA

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax

L'infection urinaire à *Streptococcus agalactiae* (*S. agalactiae*) est rare, représentant 0,5 à 3 % de l'ensemble des infections urinaires bactériennes. Les pyélonéphrites à ce germe sont plus rares.

Le but de notre étude est de déterminer les particularités épidémiocliniques et thérapeutiques des pyélonéphrites aiguës (PNA) à *S. agalactiae*. Notre étude est rétrospective, étalée sur une période de 14 ans (1995-2008), ayant intéressé 22 cas de PNA à *S. agalactiae*. Il s'agissait de 16 femmes et 6 hommes, d'âge moyen 58,5 (21 -79) ans. Dans leurs antécédents, on note une pathologie néphro-urologique (11 cas), un diabète (9 cas) et une maladie de système (3cas). Douze femmes étaient ménopausées et une était enceinte. Une manœuvre récente sur les voies génito-urinaires était signalée dans 2 cas (une urétrocystographie rétrograde dans un cas et une interruption volontaire de grossesse dans un autre cas). Une symptomatologie urinaire fébrile était retrouvée dans 18 cas (81,8%). La fièvre résumait tout le tableau clinique dans 4 cas. Une orchépididymite était associée dans 3 cas.

S. agalactiae était isolé dans l'examen cytobactériologique des urines dans tous les cas et dans les hémocultures dans un cas. L'antibiothérapie était à base de pénicilline A (20 cas) et de cotrimoxazole (2 cas). La durée moyenne du traitement efficace était de 20 jours (12 – 40j). L'évolution était favorable dans 21 cas et fatale dans 1 cas suite à un état de choc septique sur terrain débilisé.

Les infections urinaires hautes à *S. agalactiae* surviennent surtout sur terrain de diabète, d'immunodépression ou d'antécédents urologiques ou gynécologiques. Leur évolution est habituellement favorable. Elles sont à redouter particulièrement dans les formes septicémiques et sur terrain débilisé.

P17 : PYELONEPHRITE ET DIABETE. ETUDE DE 110 CAS

M. ELLEUCH; D.LAHIANI; I. MAALOUL.; CH.MARRAKCHI; B. HAMMAMI; N BEN ARAB; M. BEN JEMAA.

Service des maladies infectieuses CHU Hédi Chaker, 3029 Sfax

Le diabétique est plus fréquemment prédisposé aux infections qui sont caractérisées par un tableau clinique et biologique particulier. La pyélonéphrite aiguë en est l'infection bactérienne la plus fréquente.

Le but de ce travail est de décrire le profil clinique, bactériologique et évolutif, ainsi que la prise en charge des pyélonéphrites aiguës chez les diabétiques. Il s'agissait de 110 patients colligés au service des maladies infectieuses CHU Hédi-

Chaker de Sfax entre Janvier 2006 et Mai 2008. L'âge moyen était de 63 (26-95) ans. Le sexe féminin était prédominant (68%). Le diabète était essentiellement de type 2 (91,8%). Il s'agissait d'une infection communautaire dans la plupart des cas (96,3%). Une infection urinaire antérieure était notée dans 32 cas (29%), une antibiothérapie préalable dans 32 cas (29%) et une lithiase urinaire dans 15 cas (13,6%). La symptomatologie clinique initiale était faite de douleurs lombaires dans 63,6% et/ou de symptomatologie urinaire dans 77,2%. L'examen avait objectivé une fièvre (71,8%), un ébranlement lombaire douloureux (70%) et une prostate douloureuse (17%). Le diabète était déséquilibré dans 67% des cas dont 32% de cétose. Le germe a pu être isolé dans 78 cas. Il s'agissait particulièrement de bacille à gram négatif dans 64 cas: *Esherichia coli* (39 cas), *Klebsiella pneumoniae* (14 cas), *Enterobacter aerogenes* (4 cas), *Pseudomonas aeruginosa* (2 cas), *Acinetobacter baumannii* (1 cas), *Citrobacter koseri* (2 cas), *Proteus mirabilis* (1 cas) et *Serratia marcessens* (1 cas). Les hémocultures étaient positives dans 18% des cas. L'échographie rénale avait objectivé la présence de lithiases urinaires (14,5%), et de dilatation des voies urinaires (42,7%). La pyélonéphrite était compliquée de suppuration ou d'hydronéphrose dans 11,8% des cas avec recours à un drainage percutané pour 7 patients. L'antibiothérapie adaptée était essentiellement à base de céphalosporines de 3^{ème} génération (73,6%), de fluoroquinolones (10%) et d'imipénème (9%). La durée moyenne du traitement était de 19 jours. L'évolution était favorable dans 87,3 % des cas. Une rechute et/ou récidive était notée dans 7,4% et le décès dans 5,4%.

L'infection urinaire, cause fréquente de déséquilibre de diabète, est une pathologie grave du fait qu'elle survient particulièrement chez des patients multitarés avec un risque de menacer aussi bien le pronostic fonctionnel que vital, d'où la nécessité d'une prise en charge précoce et adéquate.

P18 : LA PYELONEPHRITE EMPHYSEMATEUSE: A PROPOS DE 9 CAS

SMAOUI W; CHABCHOUB K; GASSARA M; KETATA H; FAKHFAKH H; BAHLOUL A; MHIRI M N.

Service d'Urologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Introduction : La pyélonéphrite emphysemateuse (PNE) est une infection rénale rare et grave. Notre but est d'étudier les caractéristiques cliniques, paracliniques de cette affection et les résultats de son traitement souvent mutilant.

Matériels et méthodes : notre étude est rétrospective portant sur 9 cas. L'âge moyen des patients est de 46 ans avec une prédominance féminine (sexe ratio 0.22).

Résultats : le diabète a été retrouvé dans tous les cas. L'atteinte du haut appareil urinaire était unilatérale chez 7 patients. Une lithiase urinaire a été retrouvée chez 8 patients; les signes cliniques révélateurs étaient: les lombalgies (100%), la dysurie (85%). Les examens bactériologiques ont permis d'isoler *Klebsiella pneumoniae* dans 55% des cas, *Escherichia Coli*, *Proteus Mirabilis* et *Candida Albicans* dans un seul cas respectivement. Le cliché de l'arbre urinaire sans préparation a permis de mettre en évidence des images de tonalité gazeuse se projetant sur l'aire rénale dans 88% des cas. L'échographie a montré des échos de réverbération de la voie excrétrice dans 55% des cas. La TDM abdomino-pelvienne a confirmé le diagnostic de la PNE dans tous les cas, en montrant des bulles de gaz dans les cavités excrétrices, au sein du parenchyme rénal ou péri-rénal. La TDM a permis la classification des patients selon la classification de VAN: type I (5cas) et de type II (4 cas). La néphrectomie a été pratiquée chez 4 patients, dont 2 étaient classés type II ; nous déplorons un décès postopératoire dans ce groupe ; le traitement conservateur à type de drainage par une sonde urétérale a été réalisé chez 5 patients devant la gravité du choc septique ou la bilatéralité des lésions, nous déplorons 4 décès post-opératoires dans ce groupe.

Conclusion : La PNE affecte surtout des patients diabétiques. Il s'agit d'une affection grave et à pronostic sévère. La néphrectomie en demeure le traitement de référence ; le traitement conservateur peu être bénéfique en cas d'atteinte bilatérale ou sur rein unique ou lorsque les conditions du malade ne permettent pas un geste chirurgical (type I de VAN).

P19 : LES PYELONEPHRITES AIGUES BACTERIEMQUES DE L'ADULTE. ETUDE DE 58 CAS

L. SIALA¹, Ch. MARRAKCHI¹, H. HARABI¹, B. HAMMAMI¹, D. LAHIANI¹, I MAALOUL¹, N. BEN ARAB¹, A. HAMMAMI², M. BEN JEMAA¹

1 : Service Des Maladies Infectieuses - Chu Hédi Chaker – Sfax

2 : Laboratoire De Microbiologie – Chu Hbib Bourguiba – Sfax

Les pyélonéphrites bactériémiques sont des pathologies fréquentes. Elles sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité importantes, particulièrement chez les personnes âgées.

Notre but est de décrire les particularités épidémiologiques, cliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives des bactériémies à porte d'entrée urinaire de l'adulte.

Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée entre septembre 2005 et septembre 2008 au service des maladies infectieuses de Sfax. Ont été inclus dans ce travail tous les patients ayant eu un tableau clinique compatible avec une pyélonéphrite aiguë et qui avaient une leucocyturie > 10.000 /ml et au moins une hémoculture positive.

Cinquante huit patients (17 hommes et 41 femmes) ont été colligés. L'âge moyen était de 63 ans (14 – 94) et 53% des patients avaient plus de 70 ans. Le délai moyen de consultation était de 4j. La fièvre, les signes urinaires, les douleurs lombaires et les troubles digestifs dominaient les tableaux cliniques. 16% des patients avaient un sepsis sévère et 19% avaient un choc septique. Une insuffisance rénale a été notée dans 62% des cas, une hydronéphrose dans 32% des cas et 5% des patients ont présenté des localisations septiques secondaires. Un BGN était responsable de l'infection chez 57 patients. *E. coli* et *klebsiella pneumoniae* ont été isolés respectivement dans 40 et 10 cas. L'antibiothérapie de première intention était dans tous les cas une bithérapie à base de C3G-aminoside ou de C3G-fluoroquinolone. La durée moyenne du traitement efficace était de 22 jours. Cinq patients ont nécessité un drainage des voies urinaires. L'évolution immédiate était favorable dans 48 cas. Un passage en milieu de soins intensif était nécessaire pour 9 patients, et l'évolution était fatale dans 2 cas.

Les pyélonéphrites sont des infections fréquentes. Leurs formes bactériémiques sont particulièrement graves, avec une mortalité pouvant dépasser les 25%. Elles sont souvent dues à des germes plus virulents. L'amélioration de leur pronostic passe par le diagnostic précoce et par l'antibiothérapie adéquate sans retard.

P20 : LES INFECTIONS URINAIRES CHEZ LES HEMODIALYSES : A PROPOS DE 25 CAS

N. KALLEL, B. HAMMAMI, I. MAALOUL, CH. MARRAKCHI, D. LAHIANI, N. BEN ARAB, M. BEN JEMAA

Service des maladies infectieuses CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction :

Les complications infectieuses, en particulier bactériennes, sont une source de morbidité et de mortalité chez les insuffisants rénaux chroniques. Les infections urinaires ont été peu étudiées chez les malades dialysés, malgré leur incidence élevée. En effet, le risque d'infection à point de départ

urinaire est particulièrement élevé lorsque la diurèse résiduelle est faible, s'il existe des antécédents d'infection du parenchyme rénal, sur terrain de lithiase ou de polykystose rénale, ou lorsqu'il existe un terrain particulier telle qu'un diabète ou une immunodépression.

Objectif :

Déterminer les particularités épidémiologiques, cliniques et biologiques des infections urinaires chez les hémodialysés chroniques.

Patients et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant 25 patients ayant une insuffisance rénale chronique (IRC) au stade d'hémodialyse et hospitalisés pour infection urinaire au service des maladies infectieuses de Sfax sur une période de 8 ans (2000-2007).

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 52,5 ans (20 à 83 ans). Le sex ratio était 1. Outre l'IRC au stade d'hémodialyse, les facteurs favorisant l'infection étaient le diabète (6 cas), le sondage vésical prolongé (6 cas), la lithiase urinaire (4 cas), des ATCD de pyélonéphrite aiguë (PNA) (3 cas), la polykystose rénale (3 cas) et l'immunodépression par corticothérapie au long cours (1 cas). Le tableau clinique était dominé par des lombalgies (12 cas), une fièvre (19 cas), les troubles mictionnels (15 cas). L'examen physique avait montré une douleur provoquée au niveau lombaire dans la majorité des cas (80 %). Les germes isolés à l'ECBU étaient *E.coli* (6 cas), Entérocoque (1 cas), Streptocoque B (1 cas), *Klebsiella pneumoniae* (1 cas) et *Pseudomonas aeruginosa* (1 cas). La culture était négative dans 15 cas. L'échographie rénale réalisée dans 18 cas avait montré une dilatation modérée des cavités pyélocalicielles chez 5 patients, une polykystose rénale (3 cas), alors qu'elle était normale dans 10 cas objectivant deux petits reins de néphropathie chronique. L'antibiothérapie de première intention était la céftriaxone dans 11 cas, le céfotaxime dans 5 cas, la ciprofloxacine dans 2 cas et l'imipènème dans 3 cas, avec une adaptation secondaire après identification du germe. La durée moyenne du traitement était de 16 jours et celle de l'hospitalisation était de 8 jours. L'évolution était favorable et la guérison était la règle pour 18 patients. Mais, une aggravation de la fonction rénale a été constatée dans 2 cas, une réinfection dans 3 cas, une rechute dans 1 cas et une bactériurie asymptomatique persistante (1 cas).

Conclusion :

L'infection urinaire reste une cause fréquente d'hospitalisation chez les patients hémodialysés chroniques. En effet, l'oligurie liée à l'insuffisance rénale terminale, et les modifications de la muqueuse qui en résultent favorisent la colonisation bactérienne.

P21 : PYELONEPHRITES AIGUES GRAVIDIQUES. ETUDE DE 60 CAS

HADJAKEM H, HAMMAMI B, KALLEL N, SIALA L, MARRAKCHI Ch, MAALLOUL I, BEN ARAB N, LAHIANI D, BEN JEMAA M

Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, 3029 Sfax

Les infections urinaires représentent les infections bactériennes les plus fréquentes au cours de la grossesse. La prévalence augmente avec l'âge, la parité, le diabète et les mauvaises conditions sociales. En effet, multiples facteurs de risque sont responsables de pyélonéphrite chez la femme enceinte qui sont la modification des propriétés physico-chimiques de l'urine, modification hormonale et modification anatomique.

La grossesse représente un facteur de complication pouvant rendre l'infection plus sévère et le traitement plus complexe.

Le but de notre étude est d'identifier les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la pyélonéphrite chez la femme enceinte.

Notre étude est rétrospective ; étalée sur 8 ans (2001-2008). Nous avons colligé 60 cas de pyélonéphrite chez la femme enceinte. L'âge moyen de nos patientes était de 27 ans (18-42).

Il s'agit de 59 femmes mariées et d'une jeune fille célibataire.

On a noté 26 femmes enceinte au premier trimestre ; 33 enceinte au deuxième trimestre et une seule femme enceinte au troisième trimestre.

L'antécédent d'une infection urinaire à répétition était noté chez 12 femmes.

Le tableau clinique avait associé des troubles mictionnels à des lombalgies fébriles dans 41 cas ; lombalgies fébriles dans 8 cas ; lombalgies associées à des troubles mictionnels sans fièvre dans 2 cas ; troubles mictionnels avec fièvre dans 7 cas et une fièvre isolée dans 2 cas .

Le délai de consultation était de 6 jours.

L'examen physique a objectivé une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ dans 38 cas ; une douleur lombaire provoquée dans 43 cas ; dont 27 du côté droit. Des leucorrhées pathologiques ont été retrouvées chez 17 de nos patientes.

Une hyperleucocytose $\geq 10000/\text{mm}^3$ était objectivée dans 34 cas ; une accélération de la vitesse de sédimentation ≥ 30 mm à la première heure était notée dans 34 cas et la fonction rénale était normale dans tous les cas.

L'examen cyto bactériologique des urines a retrouvé des urines troubles dans 59 cas avec une leucocyturie $\geq 10000/\text{ml}$ dans 58 cas. La culture était positive dans 33 cas ; isolant l'*E coli* dans 24 cas ; *klebsiella pneumoniae* dans 6 cas ;

Entérobacter (1cas); *Pseudomonas aeruginosa* (1cas) et *Staphylococcus saprophyticus* (1 cas). Les hémocultures étaient positives à E coli dans un seul cas.

L'échographie rénale était réalisée dans 50 cas. Elle était normale dans 33 cas; a trouvée une dilatation modérée des cavités pyélocalicielles droites dans 11 cas; un foyer de néphrite dans 2 cas; une image lithiasique dans 2 cas; une dilatation des cavités pyélocalicielles associée a un foyer de néphrite dans 2 cas.

L'antibiothérapie de première intention était à base de Céfotaxime (48 cas); Ceftriaxone (7 cas); céfotaxime+ Gentamicine (3cas); Colimycine (1cas) et Ceftazidime (1cas).

La durée moyenne du traitement antibiotique était de 18 jours (15-22).

L'évolution immédiate était marquée par l'obtention de l'apyrexie 2 jours après l'hospitalisation.

L'évolution ultérieure était favorable dans 27 cas. Une rechute était notée dans 4 cas; une réinfection dans 8 cas et non connue dans 21 cas.

Aucune complication obstétricale n'a été notée chez toutes nos patientes.

Conclusion :

La pyélonéphrite aiguë chez la femme enceinte survient fréquemment au cours du deuxième trimestre de grossesse.

La forme atypique de la présentation clinique est fréquente avec possibilité des formes pauci symptomatiques de la pyélonéphrite. Une échographie rénale est à faire de façon systématique à la recherche d'autres facteurs favorisants et par crainte de complications. En raison des risques de rechute, il est nécessaire d'assurer une surveillance mensuelle de l'ECBU jusqu'à l'accouchement.

P22 : RECHERCHE DE LA BACTERIURIE ASYMPTOMATIQUE EN CAS DE MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

LANDOLSI H ; YOUSSEF A ; SAADOULI Z ; NASR M ; MALEK M ; BEN AMARA F ; NEJI K ; REZIGA H.

*Service de Gynécologie obstétrique B –
Centre de Maternité et de néonatalogie de Tunis*

La prise en charge de la menace d'accouchement prématuré associe repos, tocolyse et une recherche soigneuse de son étiologie.

Nous proposons une étude rétrospective reprenant 40 dossiers de femmes ayant eu une menace d'accouchement prématuré et hospitalisées dans le service.

Un ECBU a été pratiqué systématiquement chez toutes ces patientes à la recherche d'une bactériurie asymptomatique.

Etablir la relation entre MAP et bactériurie asymptomatique.

Etudier les germes en cause.

Evaluer l'évolution clinique après un traitement antibiotique.

- Une bactériurie asymptomatique a été trouvée chez 30% des patientes.

- L'*Escherichia coli* est le germe le plus fréquemment retrouvé.

- L'évolution a été favorable après traitement dans 85% des cas.

La recherche de la bactériurie asymptomatique chez les femmes présentant une menace d'accouchement prématuré paraît nécessaire afin de prendre en charge efficacement ces patientes.

P23 : LES PYELONEORITES SUR REIN UNIQUE : ETUDE DE 29 CAS.

H. HADJ KACEM, Ch MARRAKCHI, E. ELLEUCH, F. BOUATTOUR, B. HAMMAMI, I. MAALOUL, D. LAHIANI, N. BEN ARARB, M. BEN JEMAA

Service Des Maladies Infectieuses – Chu Hedi Chaker – Sfax

Après une néphrectomie, le rein restant subit une hypertrophie compensatrice provoquant des dommages de la première barrière de résistance locale non spécifique, responsable de pyélonéphrites aiguës plus rapides et d'évolutions sévères. A travers une étude rétrospective réalisée entre 2001 et 2008, nous essayerons de déterminer les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des cas de pyélonéphrites aiguës observées chez des personnes non transplantées porteuses d'un rein unique.

Vingt neuf épisodes de PNA sur rein unique, survenus chez 18 patients ont été colligés. L'âge moyen au moment de la survenue de la PNA était de 54 ans (19 – 80 ans). Dans les antécédents, on note que la cause de la néphrectomie était principalement infectieuse, lithiasique ou tumorale. Quatre patients avaient déjà une insuffisance rénale chronique, mais personne n'était en dialyse. Le délai moyen de consultation était de 5 jours. Le tableau clinique a comporté principalement de la fièvre (97%) et des lombalgies (69%). Les troubles mictionnels n'étaient présents que chez 21% des patients. La douleur lombaire provoquée était présente dans 76% des cas. Un prolapsus génital a été noté dans 5 cas et une hypertrophie prostatique dans 3cas. Une hyperleucocytose $\geq 10000/\text{mm}^3$ a été objectivée dans 11 cas, une VS > 30 mm a été notée dans 10 cas et une insuffisance rénale aiguë secondaire à l'infection a été notée dans 10 cas. Les urines étaient troubles dans 27 cas. Une leucocyturie $\geq 10^4/\text{ml}$ a été notée

dans 27 cas La culture de l'ECBU était positive dans 14 cas isolant principalement un *E.coli*. Les hémocultures étaient négatives dans tous les cas. L'ASP a objectivé des lithiases urinaires dans 7 cas. L'échographie rénale était normale dans 16 cas. Elle a objectivé une dilatation modérée des cavités pyélocalicielles dans 9 cas, des lithiases urinaires dans 2 cas, un rein de pyélonéphrite chronique dans 1. L'antibiothérapie de première intention était une monothérapie à base d'une C3G dans 15cas, d'une FQ dans 1 cas et imipénème dans 2 cas ou une bithérapie associant une C3G + FQ dans 4 cas ou une C3G + un aminoside dans 7 cas. La durée moyenne du traitement Antibiotique était de 16 jours (6-28). Aucun geste urologique n'a été nécessaire. L'apyrexie était rapide dans tous les cas. Ont été notées une rechute dans 1 cas et une réinfection dans 6 cas.

Notre étude démontre que la survenue d'une PNA sur un rein unique expose à un risque important de dégradation de la fonction rénale. Cette pathologie doit être rapidement évoquée même en l'absence de troubles urinaires. Elle impose une surveillance post thérapeutique vu les risques de rechutes et de réinfections.

P24 : LES ABCES DU REIN A PYOGENES. ETUDE DE 14 CAS

H. HARRABI¹, Ch. MARRAKCHI¹, D. LAHIANI¹, B. HAMMAMI¹, I. MAALOUL¹, MN. MHIRI², M. BEN JEMAA¹

1 : Service Des Maladies Infectieuses – Chu Hedi Chaker - Sfax

2 : Service D'urologie – Chu Hbib Bourguiba - Sfax

Les abcès du rein à pyogènes constituent une complication rare des infections urinaires et des bactériémies. Les facteurs prédisposant à leur survenue sont essentiellement représentés par l'existence d'un obstacle sur les voies urinaires, d'un diabète ou d'une immunodépression. Leur diagnostic est en général tardif du fait d'une symptomatologie non spécifique et de leur évolution insidieuse.

Le but de notre étude est de dégager les données épidémiologiques, cliniques, microbiologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives des abcès du rein à pyogènes.

Notre étude est rétrospective, étalée sur une période de 14 ans (1994 - 2007), ayant inclus tous les patients hospitalisés au service des Maladies Infectieuses du CHU Hédi Chaker de Sfax pour abcès du rein à pyogènes. Il s'agit de 8 femmes et 6 hommes, âgés en moyenne de 36 ans (16 – 75ans). Des antécédents de diabète (1 cas), de lithiase rénale (1 cas) et d'infection urinaire à répétition (1 cas) étaient notés. Le délai moyen de consultation était de 10 jours (2 – 30 jours).

Le tableau clinique était dominé par la fièvre (12 cas), les lombalgies (8 cas), les troubles mictionnels (8 cas), les vomissements (4 cas) et une altération de l'état général (3 cas). Une hyperleucocytose était notée dans 10 cas et un syndrome inflammatoire biologique était présent dans tous les cas. L'abcès du rein compliquait une pyélonéphrite aigue dans 11 cas et une bactériémie à *Staphylococcus aureus* dans 3 cas. L'agent causal était identifié dans le prélèvement de pus de drainage de l'abcès (4 cas), l'examen cyto bactériologique des urines (3 cas) et dans les hémocultures (1 cas). Il s'agit d'un bacille à Gram négatif uropathogène (4 cas) et d'un *Staphylococcus aureus* (3 cas). Le diagnostic a été confirmé par l'imagerie (échographie et/ou tomodensitométrie rénale), qui a objectivé dans 8 cas un phlegmon périnephrétique associé.

La prise en charge s'est basée sur une antibiothérapie double dans tous les cas, associée à un drainage percutané (4 cas) et à une chirurgie à ciel ouvert (2 cas). La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 62 jours (21 – 120 jours). L'évolution était favorable dans tous les cas.

La découverte d'un abcès du rein se fait à l'occasion de lombalgies succédant à une pyélonéphrite aigue ou à une bactériémie. L'atteinte corticale est plus en faveur de l'origine staphylococcique. La prise en charge repose sur une antibiothérapie prolongée associée ou non à un drainage percutané ou à une montée de sonde urétrale. La chirurgie est réservée aux larges collections ne répondant pas au traitement médical et en cas d'échec du drainage percutané.

P25 : ASPECTS THERAPEUTIQUES DES ABCES DU REIN.

FAKHFAKH H., FOURATI M., MSEDDE M.A., CHABCHOUB K, KETATA H., HADJ SLIMEN M., BAHLOUL A, M'HIRI MN.

Service d'urologie du CHU Habib Bourguiba de SFAX.

L'abcès du rein pose souvent un problème de démarche thérapeutique. Le but de notre travail est de proposer une attitude thérapeutique devant une telle pathologie.

Matériel et méthodes : nous rapportons une étude rétrospective de 34 cas d'abcès du rein colligés sur une période de 20 ans au service d'urologie du CHU Habib Bourguiba de SAFX.

Il s'agit de 20 hommes et de 14 femmes d'âge moyen de 32 ans avec des extrêmes allant de 1 à 70 ans.

La symptomatologie clinique est dominée par une colique néphrétique fébriles dans 23 cas, un syndrome septicémique grave dans 4 cas, une fièvre au long cours dans 23 cas, une masse

donnant l contact lombaire dans 2 cas et enfin une coxite dans 2 cas.

L'échographie pratiquée dans 33 cas et l'examen tomodensitométrique pratiqué dans 20 cas ont permis de confirmer le diagnostic d'abcès rénal, la taille de ce dernier était inférieure à 4 cm dans 10 cas, entre 4 et 10 cm dans 22 cas et supérieure à 10 cm dans les 2 cas restants.

Tous les patients ont été mis sous traitement antibiotique par voie intra veineuse pendant une durée moyenne de 21 jours. Un drainage percutané complémentaire de l'abcès a été réalisé dans 2 cas. Un traitement chirurgical d'emblée a été préconisé pour 22 patients en présence d'une importante collection rénale ou d'un sepsis sévère dont 2 néphrectomie pour un rein complètement détruit. Un traitement chirurgical secondaire a été réalisé chez deux patients devant l'échec du drainage percutané dans un cas et devant la persistance de l'abcès malgré l'antibiothérapie dans l'autre cas. L'antibiothérapie seule n'a été proposée que chez 10 patients pour des abcès dont la taille était inférieure à 4 cm, 90% de ces patients ont guéri et nous n'avons déploré aucun décès.

Conclusion : l'abcès du rein pose un problème de démarche thérapeutique. Le traitement est basé sur une antibiothérapie associée ou non à un geste de drainage percutané ou chirurgical. La décision thérapeutique sera prise en fonction de la taille de l'abcès et du retentissement sur l'état générale du patient.

P26 : LES PARTICULARITES DE L'INFECTION URINAIRE CHEZ L'HOMME : ETUDE DE 84 CAS

Ch. MARRAKCHI¹, F. BOUATTOUR¹, E. ELLEUCH¹, A. ZNAZEN², I. MAALOUL¹, D. LAHIANI¹, B. HAMMAMI¹, N. BEN ARAB, A. HAMMAMI², M. BEN JEMAA¹

1 : Service Des Maladies Infectieuses - Chu Hedi Chaker- Sfax.

2 : Laboratoire De Microbiologie – Chu Hbib Bourguiba – Sfax

L'infection urinaire constitue une cause fréquente de consultation et de consommation d'antibiotiques. Sa survenue chez l'homme est habituellement le témoin d'une anomalie du tractus urogénital. A travers cette étude rétrospective, nous essayerons de dégager les particularités épidémiocliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutives des infections urinaires masculines (IUM) observées au service des maladies infectieuses de Sfax entre janvier et décembre 2005.

Quatre vingt malades âgés en moyenne de 58 ans ont présentés 84 épisodes d' IUM, dont 68 %

étaient communautaires. Des ATCD de sondage vésical (27,4%), d'IU à répétition (26,2%), de lithiase urinaire (21,4%) et de diabète (22,6%) ont été notés. Le tableau clinique était dominé par la fièvre, les frissons et les signes digestifs. Les signes urinaires manquaient dans 30% des cas. L'examen a révélé une hypertrophie prostatique dans 51% des cas, une prostatite aiguë dans 30% des cas, et un abcès testiculaire dans un cas. Le s'est compliqué d'une insuffisance rénale aiguë dans 49% des cas, de décharges bactériémiques dans 20% des cas, d'un choc septique dans 3 cas, d'une hydronéphrose dans 4 cas, d'une pyonéphrose dans 2 cas, d'un abcès rénal dans un cas et d'un abcès prostatique dans un cas. Seuls 56% des épisodes IUM étaient bactériologiquement documentés. *E.coli*, *Klebsiella pneumoniae* et *protéus mirabilis* étaient les germes les plus fréquemment impliqués. La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 21 j (15 – 85j). un geste urologique de drainage était nécessaire dans 8 cas. L'évolution à la fin du traitement était favorable dans tous les cas. Huit patients ont présenté une rechute et 6 malades ont eu une réinfection.

L'IUM est fréquente chez le diabétique et en cas d'uropathie obstructive acquise. Ses complications septiques sont nombreuses et peuvent être graves. Sa prévention passe par le traitement de la cause favorisante et par la réduction des infections nosocomiales succédant aux gestes urologiques.

P27 : ABCES PROSTATIQUE : A PROPOS DE CINQ CAS

FAKHFAKH H; CHARFI W ; HADJSLIMEN M ;SMAOUI W ;GASSARA.M ; BAHLOUL.A ; M'HIRI.MN.

Service d'urologie CHU H.Bourguiba Sfax.

Introduction : Notre but est d'exposer les caractéristiques clinique, thérapeutique, et évolutive des abcès prostatiques.

Matériel et méthode : Nous rapportant 5 observations d'abcès prostatique colligées sur une période de 2 ans (2006-2008).

Résultats : L'âge moyen de nos patients a été de 54,75 ans (44-72). Les circonstances de découverte ont été un écoulement urétral purulent dans un cas, une rétention vésicale aiguë dans un contexte fébrile, dans deux cas, un examen systématique à l'occasion d'une brucellose aiguë systémique dans un cas et une échographie endorectale lors d'une biopsie prostatique pour PSA élevé dans un cas. Le toucher rectal a montré, dans 4 cas, une prostate succulente, très douloureuse et bombant dans le rectum. Le diagnostic a été confirmé par échographie endorectale dans les 5 cas. Une mise à plat de l'abcès

par voie transrectale a été nécessaire d'emblé

dans 2 cas. L'abcès a été drainé par une ponction évacuatrice sous contrôle échographique dans 3 cas. Le prélèvement de pus a été positif à *Staphylococcus aureus* dans un cas, à *Prévotella bivia* et *Streptococcus saprofiticus* dans un cas et à *brucella* dans un cas. L'évolution a été favorable dans 4 cas. Cependant, malgré la ponction évacuatrice, l'abcès a nécessité une mise à plat chirurgicale dans un cas. Outre le drainage de l'abcès, tous nos patients ont eu un drainage vésical par cathéter sus pubien associé à une antibiothérapie adaptée pendant 2 mois. Une bonne évolution a été notée dans les 5 cas. Deux patients ont eu une résection endoscopique de prostate 4 mois plus tard.

Conclusion : L'abcès prostatique est une pathologie rare mais potentiellement grave. Mise à part les petits abcès de moins d'un centimètre qui peuvent être traités par une antibiothérapie exclusive, un geste de drainage s'avère nécessaire pour la majorité des cas dont le type est tributaire de la localisation, du volume et de la présence ou non d'une fistule rectale, urétrale ou péri prostatique.

P28 : ABCES PROSTATIQUE A BRUCELLA

H. GHORBEL¹; N. BEN ARAB¹; C. MARREKCHI¹; B. KHEMEKHEM HAMMAMI¹; A. BOUHLEL²; N. MHIRI²; A. HAMMAMI³; M. BEN JEMAA¹

1- Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax

2- Service d'urologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax

3- Laboratoire de microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax

La brucellose est une zoonose due à l'infection par *Brucella*. Elle sévit en Tunisie sous le mode endémoépidémique. Les localisations urogénitales sont assez fréquentes, à type le plus souvent d'orchépididymite. L'abcès prostatique d'origine brucellienne est exceptionnel. Nous en rapportons un nouveau cas en insistant sur les difficultés de diagnostic étiologique.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, hospitalisé pour fièvre prolongée associée à des brûlures mictionnelles. Le diagnostic d'abcès prostatique a été apporté par l'échographie prostatique endorectale. L'étiologie brucellienne a été confirmée par l'isolement de *Brucella melitensis* dans le pus d'abcès après culture.

L'abcès prostatique brucellien peut être révélateur de la maladie. De ce fait, l'étiologie brucellienne reste à évoquer devant un tableau d'abcès prostatique, particulièrement dans les régions endémiques.

P29 : LES INFECTIONS PROSTATIQUES : ETUDE DE 89 CAS

E. ELLEUCH, D. LAHIANI, I. MAALLOUL, CH. MARRAKCHI, B. HAMMAMI, N. BEN ARAB, M. BEN JEMAA

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker de Sfax

L'infection de la prostate est relativement fréquente et doit être systématiquement recherchée devant toute infection urinaire masculine.

Notre étude a pour but de décrire les aspects cliniques et bactériologiques des infections du parenchyme prostatique, préciser les moyens du diagnostic et décrire la prise en charge thérapeutique. Nous avons inclus tous les cas de patients hospitalisés au service des maladies infectieuses du CHU Hédi Chaker de Sfax pour infection du parenchyme prostatique (prostatite aigue, prostatite chronique et abcès prostatique). Durant une période de huit ans (2000-2007), nous avons recensé 89 cas (prostatite aigue : 61 cas, prostatite chronique : 17 cas dont onze étaient en poussée aigue et 11 cas d'abcès prostatique). Les abcès prostatiques étaient une complication d'une prostatite aiguë (9 cas) et secondaires à une bactériémie (2 cas). L'origine communautaire de l'infection était trouvée dans 91% des cas. L'âge moyen de nos patients était de 54 (16 -91) ans. Parmi les facteurs favorisant l'infection, le diabète a été trouvé dans 14 cas, des antécédents d'infection urinaire et de prostatite dans 19 cas, une manœuvre urologique dans 8 cas et une anomalie urologique sous jacente dans 4 cas. La symptomatologie clinique était faite d'un syndrome infectieux (90 %), des troubles mictionnels (84%), d'une douleur pelvienne (18%) et d'une rétention vésicale (13,4%). Un sepsis sévère était trouvé dans 4 cas et un état de choc septique dans 2 cas. L'examen physique avait objectivé une sensibilité pelvienne à la palpation (41,5 %), une douleur exquise au toucher rectal (91%) avec constatation d'une fluctuation chez 3 patients, une orchépididymite associée (10%) et un globe vésical (12,4%). Un germe a été isolé à l'examen cyto-bactériologique des urines (53%) et/ou dans les hémocultures (10%). La culture était monobactérienne dans 46 cas. *Escherichia coli* était le germe le plus fréquent (32 cas) suivi par *Klebsiella pneumoniae* (8 cas). L'échographie rénale et prostatique a été faite dans 71 cas. Elle a montré une hypertrophie prostatique (27 cas), des calcifications parenchymateuses (14 cas) et un abcès prostatique (11 cas). L'antibiothérapie de première intention la plus utilisée était une association de fluoroquinolone et d'aminoside (26 cas) suivie de l'association céphalosporine de

3^{ème} génération et d'aminoside (23 cas). L'antibiotique de 2^{ème} intention le plus utilisé était

une fluoroquinolone (55 cas). La durée moyenne de traitement médical était de 30 jours pour les prostatites et de 65 jours pour les abcès prostatiques. On a eu recours à un drainage des urines par cathétérisme sus pubien dans 11 cas. Aucun patient n'a eu un drainage chirurgical de l'abcès prostatique. L'évolution est faite vers la guérison dans 63 cas, la persistance de troubles mictionnels dans 12 cas, la récurrence d'infection urinaire et/ou de prostatite dans 11 cas et le décès dans 3 cas dont un par état de choc septique. Les infections du parenchyme prostatique sont fréquentes chez l'homme. Une bonne analyse clinique, une amélioration des techniques d'identification bactériologique et d'explorations radiologiques et le bon choix des antibiotiques sont nécessaires pour une meilleure prise en charge de ces infections.

P30 : LES PROSTATITES AIGUES : A PROPOS DE 23 CAS

A. Berriche, L.Ammari, H.Tiouiri Benaissa, R.Abdelmalek, B.Kilani, F.Kanoun, T.Ben Chaabane

Service des maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis

Les prostatites ont une prévalence de 9% dans la population adulte masculine et qui augmente avec l'âge. La prostatite aiguë est une infection aiguë bactérienne de prostate. Elle touche essentiellement l'homme jeune. Elle est fréquemment associée à une infection urinaire haute ou une infection sexuellement transmissible.

Objectif : le but de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, microbiologiques et thérapeutiques des prostatites aiguës.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service des maladies infectieuses de l'hôpital la Rabta durant 10 ans (1998 à 2007). Ont été inclus tous les patients de sexe masculin, pris en charge pour une prostatite retenue devant des signes urinaires et/ou une prostate douloureuse au toucher rectal, confirmée bactériologiquement.

Résultats : Nous avons colligé 23 patients dont l'âge moyen est de 59,9 ans. Le début est brutal dans 91 % des cas. La symptomatologie est dominée par la fièvre dans 95,6% des cas, les troubles urinaires dans 82,6% des cas. Une rétention aiguë d'urine est notée chez un patient. A l'examen, la prostate est douloureuse chez 21 patients (91%) et une douleur à l'ébranlement lombaire a été trouvée dans 56% des cas. Au plan biologique, 78% des patients ont une

hyperleucocytose avec polynucléose et un syndrome inflammatoire. L'étude microbiologique

révèle des entérobactéries chez tous les patients avec la prédominance d'*E.Coli* dans 74 % des cas. Le germe en cause a été identifié par l'ECBU dans 91 % des cas et par les hémocultures dans 9 % des cas. L'échographie prostatique, réalisée chez 19 patients, a révélé des abcès prostatiques dans 26% des cas et des calcifications au sein du parenchyme dans 10 % des cas. Chez 6 patients, l'échographie est normale. L'origine nosocomiale est notée dans 2 cas. La prostatite aiguë est associée à une infection urinaire haute dans 61 % des cas. Elle est isolée dans 26 % des cas. L'antibiothérapie prescrite comporte une bithérapie initiale à base de fluoroquinolone ou d'une céphalosporine de 3^{ème} génération (C3G) associée à un aminoside ou une C3G et une fluoroquinolone pour une durée moyenne de 32 jours. L'évolution est favorable chez tous les patients. Une récurrence a été objectivée chez un patient.

Conclusion : La prostatite aiguë est fréquente, facile à diagnostiquer. Le principal écueil de sa prise en charge est la durée de l'antibiothérapie qui ne peut être inférieure à 3 semaines. Ainsi, un traitement précoce et adapté des prostatites permet de prévenir la survenue des prostatites chroniques

P31 : ORCHIEPIDIDYMITES AIGUES D'ORIGINE BACTERIENNE ETUDE DE 28 CAS

H. HARRABI, Ch. MARRAKCHI, I. MAALOU, B. HAMMAMI, N. BEN ARAB, D. LAHIANI, M. BEN JEMAA

Service Des Maladies Infectieuses - Chu Hédi Chaker – Sfax

L'orchépididymite aiguë désigne l'infection du testicule et de l'épididyme. Les orchépididymites peuvent compliquer une MST, une bactériémie ou une infection urinaire à germe uropathogène. Notre but est de dégager les particularités épidémiocliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives des orchépididymites aiguës bactériennes non tuberculeuses ni brucelliennes observées au service des maladies infectieuses du CHU Hédi Chaker de Sfax entre 1995 et 2008.

Vingt huit patients, âgés en moyenne de 50,6 ans (18 - 90 ans) ont été inclus. Des antécédents de diabète (6 cas), d'adénomectomie récente de la prostate (3 cas), d'infections urinaires (2 cas) et de lithiase urinaire (1 cas) ont été notés. Le délai moyen de consultation était de 5 jours (1 – 21 jours). La fièvre, les troubles mictionnels et la tuméfaction scrotale étaient les principaux signes fonctionnels. L'examen physique a montré une

tuméfaction testiculaire et épiddymaire douloureuse (28 cas), une prostatite aiguë (9 cas)

et une douleur lombaire (6 cas). Les germes en cause étaient *Escherichia coli* (14 cas), *Klebsiella pneumoniae* (1 cas) et *Staphylococcus aureus* (2 cas). L'échographie abdomino pelvienne et scrotale pratiquée dans 22 cas a objectivé une atteinte unilatérale (20 cas), une atteinte bilatérale (2 cas), un abcès épидидymaire (3 cas), un nodule testiculaire (2 cas), une hydrocèle vaginale associée (5 cas), une hypertrophie prostatique (3 cas), et une lithiase rénale (1 cas).

L'antibiothérapie de première intention était à base d'une fluoroquinolone ou d'une céphalosporine de troisième génération ou du cotrimoxazole dans tous les cas. Elle était associée à un aminoside dans 16 cas. La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 35 jours (14 – 120 jours). Une mise à plat d'un abcès épидидymaire a été pratiquée dans 1 cas. L'évolution était favorable dans tous les cas.

En dehors des MST, l'orchépididymite aigue touche classiquement l'homme de plus de 35 ans. Une pathologie urogénitale ou une manipulation endo-urétrale récente sont classiquement retrouvées, plus rarement l'atteinte orchépididymaire survient au cours d'une bactériémie. Le traitement doit être rapide afin de préserver la fertilité masculine. Il est basé sur l'antibiothérapie ciblée au germe suspecté en cause. La chirurgie est de recours en cas de collection persistante sous antibiothérapie ou d'emblée en cas de fente purulente du testicule.

P32 LES INFECTIONS URINAIRES A CANDIDA. ETUDE DE 17 CAS

A. MUSTAPHA, B. HAMMAMI, CH. MARRAKCHI, M. ATTAR, I. MAALLOUL, N. BEN ARAB, A. AYADI*, M. BEN JEMAA.

Service des Maladies Infectieuses. CHU Hedi Chaker de Sfax.

** Laboratoire de Parasitologie - Mycologie. CHU Habib Bourguiba de Sfax.*

Introduction : Les infections urinaires (IU) à *Candida* (C.) sont en recrudescence ces dernières années, néanmoins différencier une colonisation d'une véritable infection reste souvent difficile.

Objectifs : Déterminer les caractéristiques épidémiocliniques, les aspects évolutifs et les moyens thérapeutiques de l'infection urinaire à *Candida*.

Patients et Méthode : C'est une étude rétrospective exhaustive basée sur la revue et l'analyse des dossiers des patients hospitalisés au service des Maladies Infectieuses de Sfax, entre janvier 2001 et fin juin 2008, pour IU candidosique.

Resultats : Nous avons colligé 17 cas dont 2 ont présenté deux épisodes d'IU à *Candida* durant la période d'étude. Onze cas (65%) ont été recrutés

entre 2006 et 2008. Une prédominance féminine a été notée (15 cas) avec Sex Ratio F/H de 7,5. L'âge médian était de 63 ans avec des extrêmes de 18 et 88 ans. Quinze patients (88%) avaient un ou plusieurs facteurs favorisant une infection candidosique. Le facteur favorisant prédominant était le diabète retrouvé dans 12 cas (71%) ; 3/4, parmi eux, étaient au stade de complications dégénératives. D'autres facteurs ont été notés : l'âge avancé > 65ans (8 cas), l'insuffisance rénale chronique (1cas), le sondage vésical à demeure (1cas), la lithiase rénale (3 cas) et les IU récidivantes (5 cas). Le tableau clinique était variable, la fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a été constatée 11 fois (58%), accompagnée de lombalgies (6 fois) et de troubles mictionnels (5 fois). L'analyse des examens cyto-bactériologiques et mycologiques des urines a pu mettre en évidence une co-infection candidosique et bactérienne 6 fois (2 cas à *Enterococcus faecalis* et 4 cas à BGN). Le diagnostic positif était basé sur l'examen mycologique des urines. *C. glabrata* était l'agent le plus fréquemment retrouvé (8 fois soit 40%), suivi de *C. albicans* (7 fois, 35%), *C. tropicalis* (4 fois, 20%) et *C. krusei* (1 fois, 5%). Un patient avait une co-infection par *C. tropicalis* et *C. albicans*. L'antifongique utilisé était l'Amphotéricine B (4fois), le Fluconazole (14 fois) et Voriconazole (1 fois). L'évolution immédiate était souvent favorable (14 cas, 82%). Dans trois cas, une aggravation a été constatée : survenue d'un état de choc septique sévère, d'une aggravation d'insuffisance rénale et d'un sepsis à Entérocoque. L'évolution tardive n'a pu être étudiée que dans 8 cas, elle était bonne dans 75% des cas avec un recul allant de 40 jours à un an. Une récurrence ultérieure de l'IU candidosique a été constatée 2 fois.

Conclusion : L'IU à *Candida* est une pathologie en recrudescence, particulièrement fréquente chez les diabétiques. Le tableau clinique est parfois sévère, d'où la nécessité d'établir des critères bien codifiés pour différencier la colonisation de l'infection, ainsi que l'IU haute de l'IU basse.

P33 : LA CANDIDURIE EN MILIEU DE REANIMATION : SIGNIFICATION ET INTERET DE LA NUMERATION DES LEVURES DANS LES URINES

A. SELLAMI¹, S. BOUJELBENE, A. CHROUDA, H. SELLAMI¹, F. MAKNI¹, M. BAHLOUL², F. CHEIKH-ROUHOU¹, M. BOUAZIZ², A. AYADI¹

1- Laboratoire de parasitologie-mycologie, faculté de médecine, Sfax, Tunisie

2- Service de réanimation, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

La constatation d'une candidurie est de plus en plus fréquente chez les patients hospitalisés en réanimation mais sa signification diagnostique est encore controversée.

Objectifs : Préciser l'intérêt de la numération des levures dans les urines et rechercher une éventuelle corrélation entre l'importance de la candidurie, l'indice de colonisation et les facteurs de risque d'une candidose invasive.

Patients et méthodes : Étude réalisée chez 162 patients hospitalisés durant plus de 72 heures au service de réanimation sur une période de quatre mois. La recherche de *Candida* dans les urines a été effectuée une fois par semaine, associée à des prélèvements au niveau d'autres sites permettant le calcul de l'index de colonisation de Pittet.

Résultats : La candidurie a été décelée chez 56 patients (34 %). Elle était supérieure ou égale à 10^4 UFC/ml chez 28 patients (50 %).

Candida tropicalis a été isolée dans 41 % des cas, *Candida glabrata* (22 %), *Candida albicans* (20 %). Tous les patients avaient plusieurs facteurs de risque de candidose invasive associés. Six patients (10 %) ont développé une candidose invasive. La mortalité a été de 52%. L'index de colonisation de Pittet a différencié significativement entre les malades ayant une candidurie isolée et ceux présentant une candidose invasive ($p = 0,01$). De même, un index supérieur à 0,5 a représenté le seul facteur significativement associé à une candidurie supérieure ou égale à 10^4 UFC/ml.

Conclusion : La constatation d'une candidurie supérieure ou égale à 10^4 UFC/ml associée à des facteurs de risque pourrait constituer un facteur prédictif d'une éventuelle invasion candidosique.

P34 : CANDIDA DUBLINIENSIS DANS LE CHU DE SFAX

SELLAMI H., KHLIF M., BOERCHANI S., SELLAMI A., MAKNI F., CHEIKH-ROUHOU. F., AYADI. A.

Laboratoire de Parasitologie mycologie CHU Habib Bourguiba Sfax Tunisie

Depuis sa découverte en 1995, *Candida dubliniensis* ne cesse de gagner de l'importance comme agent pathogène opportuniste. Cet organisme partage un grand nombre de traits phénotypiques et phylogénétiques avec *C. albicans*. Objectif : Identifier et détecter *C. dubliniensis* par différentes méthodes phénotypiques et immunologique.

Matériel et méthodes: Etude prospective, réalisée sur une période de six mois (Janvier 2004 à Juin 2004) portant sur 367 souches

de levures isolés à partir de patients (HIV négatifs) hospitalisés en unité de soins intensifs dans notre CHU à partir de plusieurs sites anatomiques. Ces

isolats ont été identifiés en tant que *C. albicans* par les tests d'identification mycologique classique (test de blastèse, test de chlamydosporulation).

Pour la discrimination entre les deux espèces *C. albicans* et *C. dubliniensis*, plusieurs méthodes ont été utilisées: repiquage sur Sabouraud dextrose agar et incubation à 45°C ; culture sur milieux différentiels supplémentés avec les extraits de semences (Staib agar, Pal's agar) et sur milieu chromogène Candiselect 4; tests d'assimilations des sucres. Le Bichro-Dubli Fumouze a été aussi utilisé comme test de confirmation.

Résultats : 14 isolats ont été identifiés en tant que *C. dubliniensis* sur la base de l'aspect des colonies sur milieu Staib agar et Pal's agar, abondance et disposition des chlamydozoïdes en doublet ou en triplet sur la base des pseudohyphes. La couleur des colonies sur milieux chromogènes. L'identité de ces 14 isolats a été vérifiée par le test immunologique Bichro Dubli Fumouze.

La prévalence de *C. dubliniensis* dans notre étude a été 3.8 %. La prévalence la plus élevée a été observée dans les hémocultures 15 %, Urine 9.1 %, lésions cutanées 6.7 % et buccale 3 %. Ces isolats ont été obtenus à partir de 12 patients présentant certaines signes cliniques: réanimation post chirurgicale (6 cas), détresse respiratoire (5 cas), polytraumatisme (1 cas).

Conclusion : *C. dubliniensis* a été le plus souvent rapporté chez les patients HIV positifs. Notre étude a décrit l'identification de *C. dubliniensis* à partir de plusieurs sites anatomiques chez des patients HIV négatifs hospitalisés en réanimation. La prévalence élevée de *C. dubliniensis* observée dans les hémocultures indique que cette levure peut causer des infections profondes chez ces patients à haut risque candidosique. Une attention particulière doit être adressée à cet agent opportuniste pour son identification en routine dans les prélèvements profonds

P35 : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES.

FAKHFAKH H., KCHAOU S., GASSARA M., CHAABENE CH. HADJ SLIMEN M., BAHLOUL A., MHIRI MN.

Service d'Urologie CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Introduction : L'infection urinaire nosocomiale (IUN) représente un véritable problème de santé publique responsable d'une sur-morbidité non

négligeable. Le but de notre travail est de déterminer l'incidence des infections urinaires nosocomiales dans notre service d'urologie, de

rechercher les facteurs de risque de cette infection, de déterminer les germes en cause et de définir les mesures de prévention adéquates.

Patients et méthodes : Notre étude est rétrospective transversale étalée sur une période de 9 mois. Nous avons

inclu dans notre travail tous les patients hospitalisés au service d'Urologie durant une période supérieure à

48 heures et ayant bénéficié d'un ECBU en pré et en post opératoire. Ainsi, 566 patients ont répondu à ces critères ; ils ont été sub-divisés en deux groupes, en fonction de leur ECBU à l'admission; Groupe 1: patients présentant une infection urinaire 220 cas (38%).Groupe 2: patients présentant des urines stériles 346 cas (62%).

Résultats : L'IUN a été retrouvées chez 58 patients, ainsi le taux d'incidence de 10,2%. Ces taux se répartissent selon les groupes en 14,5% (groupe 1) et 7,51% (groupe 2).

Ces IUN semblent survenir chez des patients âgés de plus de 70 ans (24 cas soit 41,3%). L'intervention chirurgicale chez les patients hospitalisés est de type endoscopique dans 51,7% des cas et à type de chirurgie à ciel ouvert dans 48,3% des cas. La durée moyenne de séjour est de 19 jours pour les patients du G1 contre 12,26 jours pour les patients du G2. Les germes en cause étaient tous des bacilles Gram-négatifs (51 cas soit 88%) et sont représentés essentiellement par *Escherichia coli* (34,4%), *Entérobacter* (22,4%) et *Klebsiella pneumoniae* (19%), avec respectivement un niveau global de résistance aux antibiotiques de 35%, 25% et 10%.

Conclusion : L'incidence de l'IUN en Urologie reste élevée. Les facteurs favorisants seraient l'âge, l'existence d'infection urinaire préopératoire, la durée de séjour préopératoire, la chirurgie de lithiase, la résection de la prostate et la durée de drainage postopératoire. Il faudrait veiller à limiter l'IUN en préconisant une antibioprophylaxie adéquate.

P36 : LES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES ETUDE DE 92 CAS

HARRABI H., BEN ARAB N., GHORBEL H., ATTAR M., MAALOUL I., HAMMAMI B., *HAMMAMI A., BEN JEMAA M.

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax

**Laboratoire de microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax*

Les infections urinaires nosocomiales (IUN) sont les plus fréquentes des infections nosocomiales, représentant 48% de ces infections. Bien que la

mortalité imputable à cette pathologie soit faible, elle constitue un problème majeur de santé publique, du fait d'un surcoût élevé.

Le but de notre étude est de ressortir les particularités épidémiocliniques et microbiologiques des IUN et d'insister sur les mesures préventives.

Notre étude est rétrospective, étalée sur une période de 5 ans (2004-2008). Nous avons inclus tous les patients hospitalisés au service des Maladies Infectieuses du CHU Hédi Chaker de Sfax pour IUN durant la période d'étude. L'IUN est définie comme une bactériurie ($\geq 10^5$ ufc/ml sans qu'il y ait plus de 2 germes isolés) ou une candidurie, symptomatiques ou non, survenues 48 heures après l'hospitalisation ou secondaires à une contamination microbienne contemporaine d'un drainage urinaire, d'une intervention endo-urologique.

Nous avons colligé 92 cas, survenus chez 90 malades répartis en 58 hommes et 32 femmes. L'âge moyen était de 61 (16 - 90) ans. Les facteurs favorisants étaient dominés par le sondage vésical (72%) et le diabète (37%). Le tableau clinique était une pyélonéphrite aigue (65 cas), une prostatite aigue (15 cas), une bactériurie asymptomatique (7 cas) et un état de choc septique (5 cas). L'infection était monobactérienne dans 89 cas (96.7%). Les bacilles à Gram négatif étaient isolés dans 90 cas (88,2%) avec prédominance de *Klebsiella pneumoniae* (44%) et d'*Escherichia coli* (33%). L'antibiothérapie de première intention était empirique dans 51 cas, à type de monothérapie dans 56 cas, de bithérapie dans 34 cas et de trithérapie dans 2 cas. L'évolution était favorable avec guérison dans 64 cas. Une réinfection était observée dans 20 cas. Le décès, déploré chez 6 patients, était secondaire à un état de choc septique dans un cas et à une cause non infectieuse dans les autres cas.

Le sondage vésical constitue le premier facteur de risque de loin le plus important. Ainsi, la prévention des IUN est primordiale, reposant sur le respect des recommandations d'hygiène relatives au sondage.

P37 : LA PYELONEPHRITE XANTHOGANULOMATEUSE CHEZ L'ENFANT

KCHAOU S ; CHABCHOUB K ; GASSARA M ; CHARFI W ; FAKHFAKH H ; BAHLOUL A ; MHIRI MN.

Hopital Habib Bouriba ; departement d'urologie ; Sfax ; Tunisie.

Introduction :

La pyélonéphrite xanthogranulomateuse (PXG) est une forme particulière de suppuration rénale chronique qui peut survenir à tout âge. Le but de

ce travail est d'étudier les particularités cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette infection chronique chez l'enfant.

Matériels et méthodes :

Notre étude est rétrospective portant sur 20 cas de pyélonéphrite xanthogranulomateuse chez l'enfant, colligés dans notre service sur une période de 24 ans (1982 – 2007)

Résultats :

L'âge moyen des patients est de 8 ans avec une prédominance masculine. Les antécédents de lithiase urinaire sont retrouvés dans 26 % des cas, la symptomatologie clinique est dominée par les douleurs lombaires (75%), la fièvre (45%) et un gros rein dans 57 % des cas. L'examen cyto bactériologique des urines est revenu positif dans 85% des cas. Sur le plan de l'imagerie l'échographie a été réalisée chez tous les patients, la tomodensitométrie n'a été faite que chez 5 patients; ces explorations n'ont pu permettre de poser le diagnostic préopératoire de PXG. Le diagnostic positif a été toujours fait en post-opératoire après examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse.

Le traitement s'est basé sur l'antibiothérapie complémentaire à la chirurgie. Hormis le seul cas d'atteinte focale de notre série qui a bénéficié d'un traitement conservateur, la néphrectomie a été mise. Après un recul moyen de 9 ans l'évolution a été excellente dans 100% des cas.

Conclusion :

Devant la non spécificité des signes cliniques, radiologiques et même macroscopique, le diagnostic positif demeure souvent histologique et la néphrectomie reste la seule sanction thérapeutique, surtout que le diagnostic différentiel avec le cancer du rein est possible. Ailleurs, le traitement conservateur doit être toujours tenté dans les formes focales.

P38 : LA PYELONEPHRITE XANTHOGRANULOMATEUSE DANS SA FORME PSEUDO-TUMORALE.

MSEDDI M A, CHABCHOUB K, FOURATI M, KETATA H, FAKHFAKH H, BAHLOUL A, MHIRI M N.

Service d'Urologie CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Introduction : La pyélonéphrite xanthogranulomateuse (PNXG) est une inflammation chronique granulomateuse du parenchyme rénal. De diagnostic histologique, elle se présente sous deux aspects morphologiques ; l'une diffuse et l'autre focalisée d'aspect pseudo-tumoral. Cette dernière paraît plus rare. Dans ce

cadre, nous avons colligé 6 observations de PNXG pseudo-tumorale sur un ensemble de 80 cas de PNXG (7) au service d'urologie de Sfax sur une

période de 17 ans. Le but de ce travail est d'étayer les aspects clinique et radiologique, de discuter son étiopathogénie et de cerner la conduite thérapeutique et revoir les résultats.

Matériels Et Methodes : Il s'agit de 6 observations de PNXG, pseudo-tumorale ayant survécu chez 5 hommes et une femme dont l'âge varie de 2 à 73 ans.

Resultats : La symptomatologie est dominée par la douleur lombaire dans un contexte fibrille souvent traînant. L'imagerie médicale (U.I.V., échographie et tomodensitométrie) a mis en évidence

un syndrome de masse tumoral dans la majorité des cas. 2 cas étaient associés à une lithiase rénale. Les lésions rénales objectivées à l'imagerie avaient des dimensions entre 5 et 6 cm dans 4 cas et entre 3 et 3,5 cm dans 2 cas. La fonction rénale était normale chez tous les patients. Le traitement a consisté en une néphrectomie partielle dans 3 cas et en une néphrectomie élargie pour le reste des cas. Les suites opératoires étaient simples et on n'a déploré ni récurrence ni apparition d'un autre foyer.

Conclusion : La PNXG est une pseudo-tumeur inflammatoire chronique de bon pronostic mais prête souvent à confusion avec d'autres pathologies tumorales. Le traitement doit être conservateur quand les conditions anatomiques s'y prêtent.

P39 : ORCHIEPIDIDYMITE XANTHOGRANULOMATEUSE IDIOPATHIQUE.

CHAABENE C; HADJ SLIMEN M; BEN ABDALLAH I ; CHARFI W; BAHLOUL A; FAKHFEKH H; MHIRI MN.

Service d'Urologie CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Introduction : L'orchépididymite xanthogranulomateuse est une entité qui se définit par son aspect anatomopathologique marqué par la présence de macrophages chargés de lipides.

Matériels et Méthodes : Nous présentons une étude rétrospective de 7 cas d'orchépididymite xanthogranulomateuse idiopathique colligés sur une période de 25 ans (1982-2007)

Résultat : L'âge moyen était de 51 ans; l'atteinte testiculaire était prédominante. Aucun cas d'atteinte bilatérale n'a été noté, les antécédents de nos patients étaient essentiellement des orchépididymites résistantes au traitement médical dans 42,85%; douleurs scrotales spontanées dans 71,42% et une tuméfaction scrotale dans 42,85% des cas. L'examen est souvent pauvre et révèle des douleurs scrotales provoquées (85,71%); une masse scrotale (42,85%). Les explorations

radiologiques ont été pratiquées chez 28,57% des cas, le diagnostic a été porté toujours en postopératoire après orchidectomie par voie

scrotale dans 42,85% des cas dans les formes aiguës et par voie inguinale dans les formes pseudo-tumorale 42,85% des cas. un traitement conservateur après biopsie a été pratiqué dans un seul cas. Un traitement antibiotique a été proposé pour tous les patients; l'évolution a été marquée par l'absence de récurrences dans tout les cas, aucun cas de stérilité n'a été noté

Conclusion : devant la non spécificité des signes cliniques, biologiques, radiologiques et même macroscopique, le diagnostic positif demeure souvent histologique ce qui permet d'éliminer les autres étiologies. L'orchidectomie par voie inguinale reste la règle à fin d'éliminer une éventuelle tumeur testiculaire.

P40 : LA MALAKOPLAKIE URINAIRE : A PROPOS DE 13 CAS.

GASSARA M ; KETATA H ; CHAABENE C ; KCHAOU S ; FAKHFAKH H ; BAHLOUL A ; MHIRI M N.

Service d'Urologie CHU H-Bourguiba Sfax, Tunisie.

Introduction: La malakoplakie urinaire est une affection inflammatoire chronique, acquise, rare rentrant dans le cadre des affections entraînant des perturbations de la phagocytose macrophagique.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une revue de 13 observations de malakoplakie urinaire colligées sur une période de 25 ans. Les aspects épidémiologiques, anatomo-pathologiques, cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutifs seront étudiés.

Résultats: L'âge moyen était de 49 ans (3-81). La localisation était rénale (8 cas), vésicale (4 cas) et urétérale bilatérale (1 cas). La symptomatologie était fonction du siège de l'affection: syndrome douloureux et fébrile lombaire pour les localisations rénales, insuffisance rénale aiguë obstructive pour la localisation urétérale bilatérale, cystite hématuriante et douleurs pelviennes pour la localisation vésicale dont 2 patientes avec un tableau simulant une pelvipéritonite. Sur le plan de l'imagerie, six patients ont présenté un syndrome tumoral radiologique rénal et des images de pseudotumeur pelviennes (4 cas). Le traitement a consisté, pour les localisations rénales, en la pratique d'une néphrectomie totale (5 cas) et partielle (2 cas) et un traitement médical à base de cholinergiques, vitamine c et antibiothérapie à base de triméthoprime-cotrimoxazole (1 cas). Pour les localisations vésicales, une cystectomie partielle a été pratiquée dans 3 cas dont une avec réimplantation urétéro-vésicale ; la 4ème patiente,

porteuse d'une formation pseudo-tumorale vésicale nécrosée et infectée a bénéficié d'une excision des lésions de malakoplakie avec biopsies. Un

traitement médical adjuvant a été instauré dans tous les cas. Pour la localisation urétérale bilatérale, une réimplantation urétéro-vésicale bilatérale a été pratiquée après drainage premier par néphrostomie per-cutanée ; les suites opératoires ont été simples sauf pour une enfant porteuse de malakoplakie pseudo-tumorale rénale qui était décédée en post-opératoire immédiat dans un tableau de choc septique grave.

Conclusion : La malakoplakie urinaire reste une affection urologique peu fréquente dont le facteur infectieux est prédominant dont son étiopathogénie, les symptomatologies cliniques et les signes radiologiques demeurent peu spécifiques. Le traitement médical peut être parfois efficace mais souvent on aura recours à une chirurgie complémentaire.

P41 : KYSTE HYDATIQUE DU REIN : A PROPOS DE 39 OBSERVATIONS

MSEDDI M A, CHABCHOUB K, FOURATI M, KETATA H, FAKHFAKH H, BAHLOUL A, MHIRI M N.

Service d'Urologie CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Introduction : Le kyste hydatique (KH) du rein représente une localisation rare de la forme larvaire du taenia échinococcus. Elle se distingue par ses particularités cliniques et les problèmes thérapeutiques dus à sa localisation.

Matériels et méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 39 cas de kyste hydatique du rein colligés sur une période de 18 ans dans le service d'Urologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax. Au cours de la même période 2377 cas de KH opérés dans le même CHU (1323 localisations intra abdominale et 1054 localisations thoraciques).

Résultats : C'est une pathologie qui touche toutes les tranches d'âge avec une moyenne de 42,5 ans, il existe une prédominance féminine (sex ratio de 0,42). Sur le plan clinique, les lombalgies représentaient la symptomatologie la plus fréquente (86,5%), puis le syndrome tumoral (62%), l'hydaturie (14%) et l'hématurie (11%), la découverte a été fortuite dans 11% des cas. l'essentiel du diagnostic a été apporté par l'imagerie : sur l'AUSP les calcifications ont été souvent rencontrés (61%), elles ont été plus évocatrices lorsqu'elles avaient un aspect en liseré. L'UIV a mis en évidence un syndrome tumoral d'allure bénigne dans 66,6% des cas. L'échographie a permis de suspecter le KHR dans 72,2% des cas et de le classer selon Gharbi et col en Type I (18 cas), Type II (5cas), type III (8 cas),

type IV (6 cas) et type V (2cas). La TDM a été pratiqué chez 6 patients ayant un KHR remanié avec images hétérogènes faisant discuter le diagnostic de lésions néoplasiques. La sérologie

hydatique a été positive dans 72,5% des cas où elle a été pratiquée. Au terme de ces examens 10 patients avaient des localisations extra rénales associées dont 7 hépatiques et 4 spléniques (1 patient avait une triple localisation); aucune localisation pulmonaire n'a été retrouvée sur la radiographie du thorax. le traitement a été chirurgical dans tout les cas et souvent conservateur (85%). Une kysto périkystectomie partielle a été réalisée dans 33 cas, la néphrectomie a été pratiquée dans 6 cas. Une communication avec la voie excrétrice a été observée en peropératoire et traitée par fermeture de cette dernière dans 6 cas, dans 2 cas elle a été protégée par la mise en place d'une néphrostomie. Les suites post-opératoires ont été marquées par l'apparition d'une fistule urinaire (3cas) traitée par une montée de sonde urétérale, de surinfection de la cavité résiduelle (2cas) jugulée par antibiothérapie.

Conclusion : Le KH dans sa localisation rénale est une affection bénigne dont la prise en charge demeure chirurgicale. Cependant le meilleur traitement est préventif.

P42 : APPORT DE LA TECHNIQUE WESTERN BLOT DANS LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI POST OPERATOIRE DE L'HYDATIDOSE

MAKNI F., SELLAMI D., SAFI S., TRABELSI M., SELLAMI H., CHEIKHROUHOU F., NEJI S., AYADI A.

Laboratoire de Parasitologie Mycologie CHU H. Bourguiba Sfax

Introduction :

Le kyste hydatique demeure un problème de santé publique majeur en Tunisie. Les tests sérologiques restent encore les seuls capables de confirmer l'origine échinococcique de l'infestation, malgré le manque de sensibilité et de concordance entre les différentes techniques.

L'objectif de cette présente étude a été d'évaluer l'apport de l'immunowestern blot dans le diagnostic de l'hydatidose en fonction des localisations et des stades évolutifs des kystes et son intérêt dans le suivi post-opératoire des patients traités.

Matériel et méthodes :

Cette étude a porté sur 119 sérums de patients atteints d'hydatidose confirmée chirurgicalement et qui avaient une sérologie hydatique négative par l'association des trois techniques classiques (ELISA, Hémagglutination, Eléctrosynérèse) dont 12 patients ont été suivis en pré et post opératoire durant 2 ans.

Résultats :

Le test d'*Echinococcus* Western Blot IGg a permis de redresser le diagnostic d'hydatidose dans 58 % des cas toute localisation confondue en mettant en évidence la présence de protéines de 7, 16, 18 et

26-28 kDa. Le taux de positivité était de 82 % pour les kystes hépatiques multivesiculaires, de 63.6 % pour les kystes jeunes et de 48.5% pour les kystes calcifiés, dans 65 % des kystes pulmonaires et dans 58.9 % des cas des autres localisations. Chez une patiente sidéenne, le Western blot a été la seule technique qui a permis de confirmer l'origine hydatique de ses multiples kystes.

Le suivi post opératoire de 12 patients par Western Blot, a révélé une négativité au bout de 8 mois chez 8 patients ayant une exérèse complète et une persistance des mêmes bandes durant toute la période d'étude pour les 4 patients ayant une exérèse incomplète.

Discussion:

Cette étude confirme la valeur ajoutée du western blot par rapport aux autres techniques classiques pour l'immunodiagnostic de l'hydatidose dans différentes localisations ainsi que pour le suivi post opératoire

P43 : TUBERCULOSE UROGENITALE : ETUDE DE 59 CAS

D. LAHIANI, I. MAALLOUL, H. GHORBEL, CH. MARRAKCHI, B. HAMMAMI, N BEN ARAB, J. MNIF*, M. BEN JEMAA

Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, 3029 Sfax

** Service de Radiologie, CHU Habib Bourguiba, 3029 Sfax*

La tuberculose reste une maladie d'actualité. Elle pose un problème majeur de santé publique. La tuberculose urogénitale (TUG) est la localisation extra pulmonaire la plus fréquente de cette maladie (14 à 41 %).

Le but de notre travail est de décrire les aspects épidémiocliniques, para cliniques et thérapeutiques de la TUG. Le diagnostic de TUG étant retenu devant l'isolement du bacille de Koch (BK) dans les urines et/ou une leucocyturie pathologique avec des éléments radiologiques évocateurs et/ou devant une preuve bactériologique. Notre étude est rétrospective étalée sur une période de 19 ans (1989-2007) et ayant concerné 59 patients hospitalisés au service des maladies infectieuses du CHU Hédi Chaker de Sfax pour TUG. Il s'agissait de 28 hommes et de 31 femmes (Sex-ratio : 0,9), d'âge moyen de 54 (18-82) ans et d'origine rurale dans 72% des cas. Des antécédents personnels de tuberculose étaient trouvés dans 4 cas et des antécédents de

tuberculose dans l'entourage dans 10 cas. Une infection urinaire récidivante était notée dans 25% des cas et une lithiase des voies urinaires dans 12% des cas. La fièvre était le principal signe général (63%). Des manifestations urogénitales

(72%) étaient à type de douleur lombaire (49%), de troubles mictionnels (58%), de nodule épидидymaire (10%) et d'orchi-épididymite (5%). Une localisation extra urinaire de la tuberculose était trouvée au niveau pulmonaire (8 cas), disco vertébrale (3 cas), ganglionnaire (2 cas), splénique (1cas) et hépatique (1cas). Une insuffisance rénale sévère était notée dans 6 cas dont 3 cas étaient au stade d'hémodialyse. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive dans 54% des cas. On a pu isoler le BK (à l'examen direct et/ou après culture) dans les urines dans 27 cas (46%) et dans le liquide de ponction d'un abcès du psoas dans un cas. Des anomalies radiologiques évocatrices de TUG ont été visualisées à l'échographie (70%), à l'urographie intra veineuse (82%) et à la tomодensitométrie (70%). L'examen anatomopathologique réalisé chez 17 patients a permis de confirmer la localisation tuberculeuse urogénitale (13 cas) et extra urinaire (4 cas). Le traitement a consisté en une chimiothérapie antibacillaire dans tous les cas en association avec la chirurgie (12 cas) et/ou des manœuvres endourologiques (7 cas). L'évolution était favorable dans 51 cas et émaillée de complications dans 7 cas (symptomatologie urinaire traînante : 6 cas et stérilité secondaire : 1 cas). Un décès était observé chez un patient multi taré.

La TUG reste de diagnostic difficile du fait de son polymorphisme clinique. Son pronostic est réservé, notamment en cas de découverte tardive au stade de complications urologiques et/ou génitale. D'ou la nécessité de la rechercher devant des signes uro-génitaux d'évolution chronique.

P44 : LA TUBERCULOSE UROGENITALE : A PROPOS DE 102 CAS.

CHAABENE CH ; SAHNOUN A ; SMAOUI W ; HADJ SLIMEN M; FAKHFAKH H; BAHLOUL A ; MHIRI M N.

Service d'urologie, CHU Habib bourguiba. Sfax.

Introduction : La tuberculose urogénitale (TUG) demeure fréquente dans notre pays. Son diagnostic précoce est difficile et souvent fait au stade de séquelles, posant ainsi un problème thérapeutique majeur. Notre objectif est d'étudier le profil actuel clinique, para clinique, thérapeutique et évolutif de la TUG.

Matériels et méthodes : Notre étude est rétrospective portant sur 102 cas de TUG colligés sur une période de 24 ans (1982-2005). Il s'agit de 71 hommes et de 31 femmes âgés entre 5 et 79 ans (moyenne d'âge : 38ans).

Résultats : la symptomatologie était dominée par les signes irritatifs vésicaux (60 cas), les lombalgies (56 cas) et l'hématurie macroscopique (39 cas). Une atteinte génitale a été observée dans 25% des cas. Le diagnostic a été retenu devant des critères bactériologiques (40% des cas),

radiologiques (72% des cas) et anatomo-pathologiques (78% des cas). Tous les malades ont reçu une chimiothérapie anti-tuberculeuse selon le protocole de consensus de durée de 6 mois. Un drainage temporaire par une endoprothèse urétérale en double J a été réalisé chez 12 patients. Un traitement chirurgical a été nécessaire chez 88 patients à type de :

Chirurgie d'exérèse	Néphrectomie et nephro-urétérectomie	58 cas
	Epididymectomie et castration	18 cas
	Cystectomie et remplacement iléal	1 cas
Chirurgie plastique	Entérocytoplastie	8 cas
	Plastie urétérale et Réimplantation UV	7 cas
	Urétéro-iléoplastie	2 cas
	Plastie de l'urètre	1 cas
Geste endoscopique du bas appareil	Urétrotomie interne	1 cas
	Incision du col vésical	1 cas

Conclusion : La TUG reste une affection grave comme en témoigne l'importance et la sévérité des lésions observées. Son diagnostic doit être précoce pour éviter le recours à une chirurgie souvent mutilante.

P45 : ASPECTS MICROBIOLOGIQUES DES INFECTIONS NOSOCOMIALES AUX CHU DE SFAX

DJEDIDI J, FEKI H, YAICH S, DAMAK F, KARRAY MA, KASSIS M, DAMAK J

Service de médecine communautaire et d'épidémiologie de Sfax

Introduction :

Au cours de l'hospitalisation, la flore normale des patients subit une modification rapide. Cette modification est liée à la fois à l'affection pour laquelle le malade est hospitalisé, aux moyens thérapeutiques et diagnostiques mis en œuvre et à l'environnement hospitalier.

Objectifs :

Dresser le profil microbiologique des infections nosocomiales (IN) selon les services et les sites d'infections.

Déterminer le niveau de résistance des principaux germes isolés et les implications thérapeutiques qui en découlent.

Methodologie :

Etude descriptive transversale portant sur les germes responsables des infections nosocomiales

mis en évidence dans le cadre de la première enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales NOSOTUN05

Resultats :

Parmi les 731 patients enquêtés, nous avons noté la présence de 66 malades infectés dont 4 ont présenté deux sites d'infections, soit un taux d'IN de 9,51%. L'examen microbiologique a été réalisé sur 34 sites d'infection et la culture a été positive pour 16 patients. Chez 14 patients, une seule espèce de germes a été isolée. Dans les 2 autres cas, nous avons trouvé simultanément 2 espèces différentes de microorganismes.

Les infections pulmonaires ont représenté 31.9% des sites d'infections (22 cas) avec identification des germes dans 22,72% des cas. Ces infections ont été dues essentiellement au staphylocoque résistant à la méthicilline SARM (40%) et *Acinetobacter Baumannii* (40%).

Les infections urinaires ont représenté le deuxième site d'infection (24.6%) (15 cas) avec identification des germes dans 40% des cas. *Klebsiella pneumoniae* a été le germe le plus incriminé dans ces infections (33%).

Les infections à deux germes ont été notées pour des infections de l'os et des articulations (arthrite septique et mastoïdite).

L'infection a été bactérienne dans 17 cas. Une infection urinaire à champignons a été isolée dans un cas.

Les BGN ont représenté 82,35% des bactéries isolées (15 cas) dont 5 cas de *Pseudomonas Aeruginosa*, 3 cas d'*Acinetobacter* et 3 cas de *Klebsiella pneumoniae*. Les SARM ont été isolés dans 2 cas.

Pseudomonas a été résistant aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) dans tous les cas et aux carbapénèmes dans 3 cas. *Klebsiella pneumoniae* a été résistant aux aminopénicillines dans un cas, aux C3G dans deux cas et aux carbapénèmes dans un cas. *Acinetoacter Baumannii* a été résistant aux C3G dans tous les cas, aux quinolones et carbapénèmes dans deux cas.

L'antibiothérapie a été double dans 8 cas. Les antibiotiques les plus utilisés ont été la ciprofloxacine, l'imipenem et la colistine.

Conclusion :

Bien que l'isolement des germes au cours des infections nosocomiales reste insuffisant, les quelques cas identifiés ont permis de conclure à l'aspect multi résistant des germes nosocomiaux, ainsi qu'aux difficultés thérapeutiques qui en découlent. La lutte contre ce type d'infections

permettra de prévenir ces difficultés. Ceci nécessite la mise en place de structures locales chargées de la lutte contre les IN permettant l'organisation, la gestion et l'exécution de procédures de lutte contre les IN ainsi que

l'instauration d'un système de surveillance continu de ces infections.

P46 : LES INFECTIONS GENITALES HAUTES AIGUËS

LANDOLSI H ; YOUSSEF A ; HSIS A ; NASR M ; MALEK M ; BEN AMARA F ; NEJI K ; REZIGA H.

Service de Gynécologie obstétrique B –
Centre de Maternité et de néonatalogie de Tunis

Les infections génitales hautes aiguës constituent un problème de santé publique par leur survenue chez des patientes de plus en plus jeunes et par leur impact socioéconomique lié aux complications.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 42 cas d'infections génitales hautes colligées dans le service durant ces trois dernières années (2004-2007).

Objectifs :

- Etude des facteurs épidémiologiques.
- Analyse des moyens de diagnostic.
- Analyse de l'évolution post-thérapeutique.

Résultats :

- Les infections utéro-annexielles représentent 1,1% de nos hospitalisations.
- Le taux de récurrence est de 14,2% (6 patientes).
- 8 patientes nulligestes : 19%.
- 12 patientes étaient porteuses d'un DIU (28,5 %).
- L'échographie a objectivé:
 - Un épanchement liquidien : 10 cas
 - Image uni ou bilatérale : 28 cas.
 - Image de rétention : 4 cas.
- Toutes les patientes ont eu une antibiothérapie à large spectre et la coelioscopie a été faite d'emblée dans 90% des cas.

Conclusion :

L'importance des séquelles impose une véritable stratégie de prévention, basée sur la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles.

P47 : TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES COLLECTIVES À PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS

S. HACHICHA ; O. RABAH ; S. BRIKI ; I. FETNI ; N. SIALA ; S. HALIOUI ; M. BEN HARIZ ; A. MEHERZI

Service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim de La Marsa

Introduction :

Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) sont des accidents aigus d'allure toxique, consécutifs à l'ingestion d'aliments contaminés par

des bactéries ou par les produits de leur métabolisme. Les salmonelles représentent l'étiologie la plus fréquemment retrouvée dans les TIAC.

But :

Notre but est d'exposer les aspects cliniques et bactériologiques des toxi-infections alimentaires collectives et d'insister sur l'importance de l'hygiène dans la prévention de ces accidents.

Observations :

Nous rapportons quatre observations de toxi-infections alimentaires colligées au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim de La Marsa.

Il s'agit de deux filles âgées de 6 et 7 ans et deux frères âgés de 2 et 4 ans. La symptomatologie était faite de fièvre à 39-40°C, vomissements alimentaires, diarrhée liquidienne et douleurs abdominales paroxystiques apparus quelques heures après l'ingestion d'aliments suspects. Une atteinte d'autres membres de la famille ayant ingéré les mêmes aliments que le patient a été retrouvé dans 2 cas. Trois enfants ont été hospitalisés dans un tableau de déshydratation (stade II pour l'un et stade I pour les deux autres) et un enfant a été hospitalisé dans un tableau de convulsion généralisée. Les coprocultures ont montré la présence de salmonella mineure dans 2 cas et de shigelle sonneii dans 1 cas. Les hémocultures ont été négatives dans trois cas et ont isolées un E. Coli dans un cas. Le traitement a consisté en une réhydratation par voie orale ou intraveineuse selon les cas associée à un traitement antibiotique. L'évolution a été favorable au bout de quelques jours pour tous nos patients.

CONCLUSION

La toxi-infection alimentaire est un événement brutal et imprévisible. Elle traduit toujours une faute d'hygiène commise au cours d'une des étapes de fabrication, de distribution, de conservation ou de préparation des aliments. Ces anomalies doivent être identifiées et immédiatement corrigées pour prévenir toute récurrence. C'est pourquoi chaque foyer de TIAC doit faire l'objet d'une enquête

P48 : L'EXAMEN PRE NUPTIAL ET LA RUBEOLE

N. KETATA - H. JALLOULI - K.KAMMOUN - M.A.JOUBIR - W.BEN MESSAOUD -M.ZRIBI* - A.AKROUT.

Unité de pré nuptialité - SRSSB - SFAX

La rubéole, maladie virale éruptive contagieuse, bénigne lorsqu'elle est acquise, est redoutable quand elle survient chez la femme enceinte car menaçant le futur nouveau né de malformations congénitales multiples.

Le but de notre travail est d'évaluer la prévalence d'immunisation contre la rubéole et de prendre en

charge les futures épouses non immunisées contre cette maladie

Il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers des consultantes en pré-nuptial durant l'année 2007 portant sur leur profil épidémiologique, la sérologie

de la Rubéole et la prise en charge. Dans notre unité, toutes les femmes ont bénéficié systématiquement d'une sérologie de la Rubéole. 15,74% étaient séronégatives. La vaccination contre la rubéole n'a été réalisée que chez 21,92% des femmes séronégatives et a été associée à une contraception dans 65,25% des cas. Cette vaccination a été reportée chez les femmes déjà enceintes. La consultation pré nuptiale, occasion de prévention de la Rubéole congénitale, doit être précoce pour plus d'efficacité.

P49 : PREVALENCE DES MALADIES INFECTIEUSES AU CHU HEDI CHAKER DE SFAX : DE 2003 A 2006

DJEDIDI J*, YAICH S*, KARRAY MA*, KASSIS M*, DAMAK F*, FEKI H*, DAMAK J*

** Service de médecine communautaire et d'épidémiologie, CHU Hédi Chaker, Sfax*

Introduction :

Dans le cadre de la surveillance sanitaire continue, l'analyse des causes de mortalité et de morbidité permet de détecter à temps les problèmes de santé publique et de définir des priorités d'actions. Les maladies infectieuses occupent les premières places parmi ces problèmes du fait de leur gravité, de leur pouvoir de transmission et de leur vulnérabilité.

Objectifs :

* Déterminer la prévalence des principales maladies infectieuses induisant l'hospitalisation au CHU Hédi Chaker de Sfax.

* Décrire leur répartition selon les caractéristiques des patients et les services d'hospitalisations.

Matériel et Méthodes :

Etude descriptive rétrospective portant sur 7007 dossiers concernant les hospitalisations pour maladies infectieuses au CHU H Chaker de Sfax durant 4 ans : 2003 à 2006. Le recueil des données a été fait dans le cadre de l'enquête nationale de mortalité et morbidité hospitalières où la totalité des services du CHU H Chaker ont été enquêtés à l'exception du service de dermatologie.

Resultats :

Nous avons trouvé 7007 hospitalisations pour infection parmi 44733 hospitalisations aux services enquêtés durant les 4 années (15,66% de l'ensemble des hospitalisations).

Les hospitalisations ont été essentiellement faites au service de pédiatrie et de néonatalogie (62%

des cas) et au service des maladies infectieuses (25% des cas).

Pour les enfants (0 à 15 ans), la durée moyenne d'hospitalisation a été de 4,4 jours avec une médiane de 3 jours. Le taux de mortalité a été de

9%. Les malades sortant contre avis médical ont représenté 11%. Les principaux diagnostics ont été l'infection des voies aériennes inférieures (34,7%) et les diarrhées infectieuses (19%). Concernant les nouveaux nés (≤ 30 jours), les infections spécifiques de la période périnatale ont représenté le motif majeur d'hospitalisation (47%). Les bronchiolites aiguës ont représenté le 2^{ème} motif (28,2%).

Pour les adultes (2541 patients), la durée moyenne d'hospitalisation a été de 9,9 jours avec une médiane de 7 jours, les principaux diagnostics ont été les pneumopathies infectieuses (18,4%) et les infections bactériennes de siège non précisé (17,4%). Les maladies tuberculeuses récentes ou leurs séquelles ont été responsables de 331 hospitalisations (13,02%). Les septicémies ont été le motif d'hospitalisation chez 225 adultes (8,85%). Le taux de mortalité a été de 12%, les sortants contre avis médical ont représenté 12%.

Conclusion :

Les maladies infectieuses représentent un véritable problème de santé publique. Les voies respiratoires représentent le site majeur d'infection quelque soit l'âge, un programme de lutte contre ce type d'infections pourrait limiter leurs préjudices et leurs coûts directs et indirects.

P50 : BRUCELLOSE CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

H. GUEDHAMI, S. BRIKI, O. REBAH, I. FETNI, O. AZZEBI, S. HALIOUI, M. BEN HARIZ, A. MAHERZI.

Service de pédiatrie. EPS Mongi Slim La Marsa

La brucellose de l'enfant, bien que moins fréquente que celle de l'adulte, demeure une des causes classiques de fièvre prolongée chez l'enfant.

A travers deux observations, nous nous proposons de préciser les caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques d'enfants atteints de brucellose.

Il s'agit de deux frères de sexe masculin âgés de 4 ans et de 8 ans hospitalisés pour exploration d'une fièvre prolongée évoluant depuis un mois associée à une asthénie, des arthralgies et des sueurs nocturnes. On note la consommation de lait de vache non stérilisé et l'existence de cas similaires dans l'entourage. L'examen clinique ne montre pas d'anomalie en dehors de la fièvre. A la biologie, les globules blancs sont normaux, une cytolysé hépatique modérée a été notée dans les deux cas. La VS est élevée dans les 2 cas. Des

hémocultures sur milieu standard ont été négatives. L'IDR à la tuberculine est négative. La sérologie Wright et le Card test (Rose Bengale) sont positives. Le diagnostic de brucellose a été retenu. Les deux frères sont alors mis sous

rifampicine et bactrim pendant 3 mois. L'évolution a été marquée par l'obtention de l'apyrexie au bout de 48 à 72 heures de traitement avec amélioration de l'état général dans les deux cas. Cependant, une boiterie gauche est apparue chez l'enfant de 4 ans avec un examen orthopédique et radiologique normal au niveau de la hanche et du genou gauches, régressant spontanément au bout de deux jours. Après un recul de 3 mois, L'évolution ultérieure est favorable dans les 2 cas.

Conclusion

La brucellose présente des manifestations variables rendant le diagnostic difficile, ayant pour résultat le retard du traitement. Vu la prédominance des complications chez les enfants, le diagnostic tôt et le traitement sont cruciaux pour la prévention de la morbidité et de la mortalité.

P51 : UNE ANNEE D'HOSPITALISATION DE SUJETS AGES DANS UN SERVICE DE MEDECINE GENERALE

W.KAROUI, S.CHAKROUN, A. MUSTAPHA, N.BEN ABDALLAH, T. JARDAK

Hôpital Régional de Jebeniana

Introduction :

La transition démographique vers la vieillesse partout dans le monde et en particulier en Tunisie fait que notre pays est de plus en plus confronté aux pathologies du sujet âgé dont la prise en charge est optimale en milieu hospitalier.

Objectif :

Notre objectif était de dégager les caractéristiques épidémiologiques des patients âgés hospitalisés, de déterminer les différentes indications d'hospitalisation et de discuter les modalités de prise en charge.

Materiel et Methode :

C'est une étude rétrospective basée sur la revue de tous les dossiers d'hospitalisation des sujets âgés de plus de 65 ans dans le service de médecine générale au sein de l'hôpital régional de Jebeniana durant l'année 2007.

Resultats :

Nous avons colligé 129 hospitalisations pour 121 malades âgés de plus de 65 ans, ce qui correspond à 14% de tous les hospitalisations au service de médecine générale tout âge confondu. L'âge moyen a été de 74.8 ans avec 51% de sexe féminin.

78% des patients étaient mariés et n'avaient pas donc de carence affective ou d'accompagnement.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 5.7 jours contre 5 jours tout âge confondu.

Le diagnostic retenu a été dans 25% des cas une pathologie dermatologique, 22% une pathologie pulmonaire, 19% une pathologie endocrinienne,

9% urogénitale, 6% cardiovasculaire, 5% digestive et 5.4% néoplasique.

La pathologie infectieuse a été retrouvée dans 64 cas soit 50% des hospitalisations.

La pathologie psychiatrique (confusion, démence...) a été absente.

85% des patients ont bénéficié d'un examen complémentaire biologique, 65% d'un examen radiologique et 27% d'un ECG. L'échographie a été pratiquée au CHU de Sfax pour 7 malades seulement.

L'antibiothérapie a été prescrite dans 71% des cas. 40% des malades ont reçu un traitement antihypertenseur et 15% ont bénéficié d'une oxygénothérapie.

L'évolution a été bonne dans 88% des cas avec seulement 6 transferts au CHU et 2 décès par une septicémie et une bronchopneumonie sévère.

Conclusion :

Les prestations du médecin infectiologue expliquent bien la fréquence de malades âgés hospitalisés pour pathologies infectieuses. Nous recommandons le recrutement d'autres spécialistes, notamment un cardiologue et un psychiatre, pour élargir les indications d'hospitalisation. L'amélioration du plateau technique aide certainement à une meilleure prise en charge et contribue au recrutement des hospitalisations de ces sujets âgés.

P52 : L'OXYUROSE. ETUDE A PROPOS DE 62 CAS.

H. MAHFOUDH, R. GHORBEL, A. MUSTAPHA, W. KAROUI.

Hôpital Régional Jebeniana - Sfax

Introduction :

L'oxyurose est une helminthiase cosmopolite. Il s'agit d'une parasitose digestive bénigne et très fréquente, notamment chez l'enfant.

But :

Eradiquer ce parasite en insistant sur une bonne hygiène corporelle et alimentaire et par une prise en charge thérapeutique adéquate.

Méthode :

Notre étude concerne 62 patients ayant une oxyurose et suivis à la circonscription de Jebeniana au cours de la période Octobre 2007 - Août 2008.

A travers cette étude, nous allons exposer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et para cliniques ainsi que la prise en charge thérapeutique de cette population.

Résultats :

- Il s'agit de 62 patients ayant une oxyurose dont 37% sont de sexe masculin et 63% de sexe féminin.

- L'âge varie de 1 an et demi à 45 ans avec un maximum (54,83%) ont un âge entre 7 et 15 ans.

- L'hygiène corporelle est moyenne, voire médiocre dans 74,19%.

- Des ATCD personnels d'oxyurose sont notés dans 9,67% des cas, et familiaux dans 14,5% des cas.

- Les manifestations cliniques très variées sont dominées par les douleurs abdominales (51,61%) puis l'émission de verres dans les selles (41,93%).

- Le traitement de l'oxyurose est orienté soit par le scotch test positif, soit par l'interrogatoire et les manifestations cliniques.

Conclusion :

La prévention de l'oxyurose nécessite une double action :

Renforcement de l'éducation se basant sur le respect de l'hygiène alimentaire et corporelle.

Un traitement bien conduit du patient et de toute la famille simultanément.

P53 : INFECTIONS ET COMPLICATIONS DÉGÉNÉRATIVES DU DIABÈTE.

M Kamoun¹, N Reki¹, M Feki Mnif¹, W Abbes Elloumi¹, N Charfi¹, N Kaffel¹, I Maaloul², M Ben Jemaa², M Abid¹.

*1 : Service d'Endocrinologie-Diabétologie 2 : Service des maladies infectieuses
CHU Hédi Chaker-Sfax*

Introduction :

La susceptibilité des diabétiques aux infections bactériennes pourrait être expliquée par des facteurs métaboliques notamment l'hyperglycémie, par la présence de complications dégénératives favorisant une porte d'entrée et enfin par l'altération des mécanismes de défense immunitaire. Le but de notre travail est d'apprécier l'influence des complications dégénératives du diabète sur l'incidence des infections bactériennes chez les diabétiques.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 1328 patients ayant séjourné dans le service d'endocrinologie. La période d'étude est de 6 ans allant de 2002 à 2007. Ont été inclus tous les sujets diabétiques ayant eu un bilan de retentissement du diabète depuis moins de 6 mois.

Résultats :

Il s'agissait de 782 hommes (58,88%) et 546 femmes (41,12%) d'âge moyen de 58,23 ans (extrêmes 10 et 99 ans). Le diabète était de type 2 chez 1018 patients (76,65%).

Les complications dégénératives étaient notées chez 1041 patients (78,38%). Il s'agissait de 1135 microangiopathies (rétinopathie : n= 564 ; neuropathie : n= 344 ; néphropathie : n= 227) et

459 macroangiopathies (coronaropathie : n= 257 ; artérite des membres inférieurs : n= 143 ; athérosclérose carotidienne : n= 59). Les complications infectieuses étaient retrouvées chez 452 patients (34,04%). Ces complications étaient représentées essentiellement par les infections des parties molles (n=216 dont 49,07 % intéressaient le pied), urinaires (n=133), broncho-pulmonaires (n=77) et les septicémies (n=29). Leur prévalence n'était pas corrélée au type du diabète (type 1 : 35,48% ; type 2 : 32,81% ; p=NS). L'âge moyen des patients ayant présenté une septicémie était supérieur à celui de l'ensemble de l'échantillon (82,38 vs 58,23 ans ; p<0,05). La fréquence des infections urinaires, des septicémies et des infections broncho-pulmonaires n'était pas significativement influencée par l'existence de complications dégénératives. Par contre, l'infection du pied était plus fréquente chez les patients présentant une artérite des membres inférieurs et/ou une neuropathie périphérique.

Conclusion :

Chez le diabétique hospitalisé, parmi les infections les plus courantes, seules les infections du pied sont significativement plus fréquentes en présence d'une complication dégénérative type artérite ou neuropathie sensitivo-motrice ; ceci justifie les précautions d'hygiène et les soins des pieds que nous recommandons à nos patients diabétiques.

P54 : RESULTAT ET INTERET DU MONITORAGE PLASMATIQUE DE LA VANCOMYCINE.

A. HAKIM, H. GHOZZI, S. HAMMAMI, L. BEN MAHMOUD, Z. SAHNOUN, Kh. ZEGHAL

Laboratoire de pharmacologie - Faculté de médecine de Sfax.

Introduction : La vancomycine est un antibiotique de la famille des glycopeptides. Elle est utilisée dans le traitement curatif des infections sévères à germes résistants aux B-lactamines, chez les patients allergiques à ces derniers dans le traitement de la colite pseudo-membraneuse et dans certaines situations de l'antibioprophylaxie des infections du site opératoire dans des chirurgies à risque staphylococcique accru.

Matériel et Méthodes : Nous rapportons dans ce travail les résultats des dosages plasmatiques de la vancomycine. Les dosages ont été effectués par méthode immunologique par polarisation de fluorescence (FPIA) sur Abbot TDX au laboratoire de pharmacologie de la faculté de médecine de Sfax.

Résultats : 23 patients ont bénéficié de ce dosage. 8 patients étaient surdosés (> 15mg/l). 10 patients avaient un taux plasmatique de vancomycine dans la zone thérapeutique (5 – 15mg/l). 5 patients étaient sous dosés (< 5mg/ml). 8 patients ont

bénéficié de plusieurs dosages (au moins 2 dosages). Au total, 38 dosages ont été effectués. La moyenne des taux plasmatiques de vancomycine était de 15.3 + 10.3mg/l.

Conclusion : Ces dosages mettent en évidence la grande variabilité inter et intra-individuelle que présente les malades traités par la vancomycine. Ceci montre l'intérêt du dosage de cet antibiotique à la recherche d'une concentration sériques efficace et non toxique.

P55 : MONITORAGE THERAPEUTIQUE DE L'ISONIAZIDE (ETUDE SUR UNE PERIODE D'UNE ANNEE : DE JANVIER A DECEMBRE 2006).

L. BEN MAHMOUD, H. GHOZZI, S. HAMMAMI, A. HAKIM, Z. SAHNOUN, Kh. ZEGHAL

Laboratoire de pharmacologie, Faculté de Médecine de Sfax.

Introduction: La tuberculose est encore un problème de santé publique. L'isoniazide est un antituberculeux majeur. Ce médicament subi un métabolisme hépatique par acétylation déterminée génétiquement. La connaissance de la vitesse d'acétylation est importante pour fixer la dose thérapeutique adéquate et éviter la toxicité.

Notre travail a pour but de montrer l'utilité du monitoring thérapeutique de l'isoniazide.

Matériel et méthodes : Notre travail consiste à rapporter les résultats des dosages plasmatiques de l'isoniazide effectués au laboratoire de pharmacologie de Sfax. La période d'étude couvre une année du mois de janvier au mois de décembre 2006.

Les dosages ont été réalisés par méthode chromatographique HPLC avec détection UV ($\lambda = 273\text{nm}$).

Résultats : 68 patients ont bénéficié de ce dosage. 48.2% étaient des acétylateurs rapides et 51.8% des acétylateurs lents. Le ¼ des patients seulement (17 patients) avaient une isoniazidémie dans la zone thérapeutique (entre 1.4 et 2µg/ml). Les ¾ (51 patients) avaient une isoniazidémie en dehors de cette zone: 25 étaient surdosés (>2µg/ml) et 26 étaient sous dosés (<1.4µg/ml). Ces patients ont nécessité un ajustement de la dose selon leur indice d'acétylation.

Conclusion : La détermination des concentrations plasmatiques de l'isoniazide permet d'éviter les surdosages synonymes de toxicité et les sous dosages source d'inefficacité thérapeutique.