



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Analyse des délais d'initiation d'antibiothérapie et de dérivation des urines dans les pyélonéphrites obstructives au Centre Hospitalier Alexandra Lepève.

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2025 à 18h00
Au Pôle Formation.

par Morgan SAUDEMONT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jonathan OLIVIER

Monsieur le Docteur Pierre CAPRINI

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Maryam KHELIF

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières :

I. Introduction :	4
1) Généralités :	4
2) Epidémiologie :	4
3) Contexte de l'étude :	5
II. Méthode :	7
1) Extraction des dossiers informatiques :	7
2) Exclusion des dossiers de patient qui n'ont pas été hospitalisé :	8
3) Exclusion des dossiers patients :	8
4) Précisions des caractéristiques des patients inclus :	9
a. Recueils des différentes durées :	9
b. Caractéristiques des patients :	9
III. Résultats :	10
1) Population de l'étude :	10
1.1 Exclusion :	10
1.2 Motifs d'exclusion :	10
2) Etude de la population :	11
2.1 Age.....	11
2.2 Sexe.....	13
2.3 Antécédents Urologiques :	13
2.4 Présence d'un traitement anticoagulant ou anti-agrégant plaquettaire :	14
2.7 Antibiothérapie utilisée :	16
2.7 Délais entre l'heure d'entrée et la prise en charge médicale :	17
3) Résultats de l'étude :	18
3.1 Délais entre l'heure d'entrée et l'initiation de l'antibiothérapie	18
3.2 Délais de prise en charge avant la dérivation des urines :	19
IV. Discussion :	21
1) Rappel et analyse des résultats :	21
2) Interprétation clinique :	22
3) Comparaison avec les études antérieures :	23
4) Limites de l'étude :	21
5) Implications cliniques et proposition d'amélioration :	24
V. Conclusion :	25
VI. Bibliographie :	27

I. Introduction :

1) Généralités :

La pyélonéphrite obstructive est une infection des voies urinaires hautes en raison d'un obstacle sur les voies urinaires qu'il soit intrinsèque ou extrinsèque. Les infections du haut appareil urinaire sont majoritairement des infections par voies ascendantes à partir des voies urinaires basses, mais peuvent également résulter d'infection hématogène. Quant à l'obstruction, celle-ci a lieu dans la plupart des cas par la présence de calcul, formé par des cristaux de sels minéraux dans les voies excrétrices à partir des reins. Toutefois, il existe également des obstacles par compression externe des voies urinaires dans le cadre de tumeur par exemple(1).

La stagnation des urines facilite la prolifération bactérienne ainsi que la diffusion systémique de l'infection, cette forme d'infection est considérée comme grave car elle peut évoluer rapidement vers un sepsis, un choc septique avec alors un risque létal significatif.

Dans ce contexte, le traitement consiste en une antibiothérapie probabiliste associé à une dérivation des urines(2). Tout l'enjeu de la prise en charge est d'être rapide pour ne pas voir s'aggraver une infection urinaire en sepsis voir en choc septique sur le plan systémique(3) mais aussi de ne pas voir s'installer une uropathie plus grave sur le plan urologique(4).

2) Epidémiologie :

En 2019, l'incidence de la pyélonéphrite aiguë était de 19.2 cas pour 10 000 habitants, dont environ 13% nécessitaient une dérivation des urines pour cause d'obstacle. La pyélonéphrite obstructive, contrairement à la pyélonéphrite aigue simple touche majoritairement des hommes.

3) Contexte de l'étude :

Il n'existe pas de durée recommandée précise quant au délai de début de l'antibiothérapie. Elle doit être mise en place de façon urgente et donc dès le diagnostic et après réalisation d'un ECBU. L'antibiothérapie initiale est toujours probabiliste.

D'après les recommandations de bonne pratique de l'HAS, l'antibiothérapie de la pyélonéphrite aigue simple consiste en l'administration d'une fluoroquinolone en l'absence ; d'utilisation de cette molécule dans les 6 derniers mois ou une céphalosporine de 3ème génération en intra-veineux. Elle est toutefois à différencier de la pyélonéphrite obstructive, qui dès lors qu'elle nécessite un drainage, avec ou sans signe de sepsis ou de choc septique fait incrémenter l'antibiothérapie par C3G (CLAFORAN ®) associé à un aminoside, l'amikacine (AMIKLIN ®); ou à l'association aztréonam (AZACTAM ®) et amikacine en cas d'allergie aux céphalosporines. En cas de portage de bactérie résistante aux C3G, il pourra être utilisé d'autres molécules telles que la pipéracilline-tazobactam (TAZOCILLINE®) ou un carbapénème. (5)

Il ne fait aucun doute quant à l'intérêt de débiter rapidement une antibiothérapie. En effet, quelle que soit l'organe infecté, une antibiothérapie débutée rapidement réduit le risque de complication locale et générale et diminue le risque de décès.

Il n'existe pas non plus de délai précis recommandé avant la chirurgie de dérivation des urines. Les recommandations préconisent une dérivation en urgence d'autant plus si le patient présente des signes de sepsis. On retrouve quelques études qui recommandent une dérivation les 24 à 36 heures. (6)

Il existe plusieurs techniques de dérivation des urines :

- soit par cathétérisme des voies urinaires
- soit par dérivation percutané.

Celles-ci diffèrent quant à leur invasivité et quant à leur complexité de réalisation mais surtout selon la nature de l'obstacle sur les voies urinaires.

Les facteurs de risque de retards sont nombreux, ils peuvent être de différentes natures, selon le patient, la rapidité d'installation des symptômes, le moment de prise en compte des symptômes et les délais avant de se rendre aux urgences. Ils peuvent être organisationnel, selon le nombre de patients aux urgences, selon le début avant la prise en charge, selon la durée avant de récupérer les bilans sanguins et la réalisation de l'ECBU. Ils dépendent également du travail et de la prise en charge de l'urgentiste et de l'équipe paramédicale des urgences, avec la durée de prise en charge, de délais avant la prescription puis la réalisation de la perfusion d'antibiotique ou du délai de recours au chirurgien urologique spécialiste. Il en est de même pour la réalisation de la chirurgie de dérivation des urines, avec la disponibilité du personnel, du bloc opératoire.

Nous l'avons dit, il n'existe pas de recommandation précise quant aux délais acceptables avant de débuter une antibiothérapie et de dérivation chirurgical des urines

Cette étude vise à faire un état des lieux, en mesurant le délai avant l'initiation d'une antibiothérapie probabiliste dans la prise en charge des pyélonéphrites obstructives mais aussi le délai avant la réalisation de la chirurgie de dérivation des urines chez ces malades dans un hôpital précis.

II. Méthode :

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, étudiant les patients pris en charge aux urgences de l'hôpital Alexandra Lepève de Dunkerque du premier janvier 2022 au 31 octobre 2024 pour une pyélonéphrite obstructive. Cette étude cherche à mesurer le temps avant la mise en place de l'antibiothérapie et le temps avant la chirurgie de dérivation des urines.

Dans ce contexte, le recueil des patients est organisé en plusieurs parties :

1) Extraction des dossiers informatiques :

Il a été demandé au Service d'information médicale du Centre hospitalier de Dunkerque d'extraire les dossiers informatiques des patients depuis le logiciel Hopital Manager (logiciel utilisé pour la gestion des patients à l'hôpital de Dunkerque) selon le diagnostic principal posé aux urgences. Une liste de dossier patient a alors été retenue en raison de leurs correspondance avec un diagnostic de colique néphrétique obstructive : N130 (Hydronéphrose avec obstruction de la jonction pyélo-urétérale), N132 (Hydronéphrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale) , N136 (Pyonéphrose), N138 (Autres uropathies obstructives et par reflux), N139 (Uropathie obstructive et par reflux sans précision) et les diagnostics commençant par N20 (Calcul du rein et de l'uretère), cette classification est retrouvée à partir de la classification internationale des maladie, elle-même une classification de l'organisation mondiale de la santé. .

Comme la pyélonéphrite obstructive n'est pas toujours correctement codé, le recueil informatique a été élargi les diagnostics N10 (pyélonéphrite avec ou sans obstacle) et N111 (pyélonéphrite obstructive chronique).

Une extraction des résumés de passage aux urgences dans la base de données HM

clôturés entre 2022 et 2024 avec un DP dans la liste a alors été réalisée. Enfin dans la base de données CORA (logiciel de cotation des actes utilisé au CH de Dunkerque) nous avons extrait les dossiers clôturés entre 2022 et 2024 avec un passage aux urgences et au moins un mouvement pour un diagnostic principal de la liste.

2) Exclusion des dossiers de patient qui n'ont pas été hospitalisé :

Le Département d'information médicale a alors rendu 2 groupes de patient, ceux hospitalisés au décours du passage aux urgences et ceux qui ont pu regagner leur domicile. Devant les recommandations de prise en charge, et la nécessité d'hospitalisation, les patients non hospitalisés ont été exclus.

3) Exclusion des dossiers patients :

La poursuite du recueil à consister à la réouverture des dossiers des urgences HM des 1387 patients préalablement sélectionnés.

Les critères d'exclusion sont alors :

- L'absence d'obstacle : constitué principalement de patient avec pyélonéphrites simples et donc sans indication à une dérivation chirurgicale des urines.

- L'absence de pyélonéphrite : constitué principalement de patient avec colique néphrétique simple et donc sans processus infectieux en cours. (Absence de syndrome inflammatoire, de fièvre).

- L'absence de diagnostic posé aux urgences constitué de deux sous catégories : les patients sans diagnostic aux urgences et les patients avec un diagnostic tout autre expliqué dans la conclusion en raison d'une mauvaise cotation dans le dossier HM.

- Les patients décédés au cours de la prise en charge.

- Les patient issus d'un transfert d'un autre hôpital ou nécessitant un transfert au

décours de la prise en charge initiale pour la dérivation des urines.

- Les patientes enceintes.

4) Précisions des caractéristiques des patients inclus :

Une fois inclus, un tableau est constitué à partir du dossier patient des urgences.

a. Recueils des différentes durées :

- La date et l'heure du début de prise en charge sont retrouvées dans le dossier HM des urgences.

- L'heure du début de prise en charge est précisée.

- La date et l'heure du début d'antibiothérapie sont extraites du plan de soins HM des patients.

- La date et l'heure du début de chirurgie sont extraites d'un document HM nommé "compte rendu opératoire".

b. Caractéristiques des patients :

Plusieurs caractéristiques des patients sont sélectionnées et toutes issues du dossier des urgences :

- L'âge des patients

- Le sexe des patients

- La présence d'antécédent urologique

- La présence d'un traitement au long cours par anticoagulant ou par un anti-agrégant plaquettaire

- La gravité avec la présence d'un choc septique lors de la prise en charge aux urgences

- Le choix de l'antibiothérapie est précisé

III. Résultats :

1) Population de l'étude :

1.1 Exclusion :

TABLEAU 1 : COMPARAISON DU NOMBRE DE PATIENT EXCLUS

MODALITE	Effectif	Proportion	IC95%
EXCLUS	136	9.81%	[8.29%;11.49%]
NON EXCLUS	1251	90.19%	[88.51%;91.71%]

Parmi les 1387 dossiers informatiques sélectionnés selon la méthode décrite précédemment, 136 patients ont été retenus. Soit une proportion de 9.81% des patients sélectionnés.

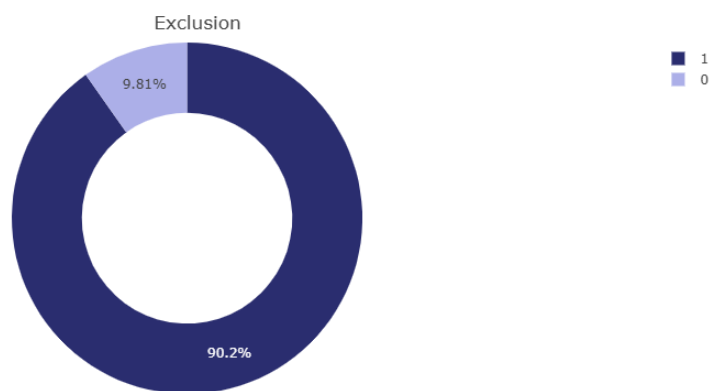


Figure1 : Diagramme de répartition des patients exclus

1.2 Motifs d'exclusion :

Les principaux motifs d'exclusion sont l'absence de diagnostics de pyélonéphrite, avec 43% des patients exclus, l'absence d'obstacle sur les voies urinaires avec 39% des patients exclus et l'absence de diagnostic aux urgences représentant 15% des patients exclus.

Tableau 2 : Répartition des motifs d'exclusion

Modalité	Effectif	Proportion	IC95%
Absence pyélonéphrite	539	43.09%	[40.32%;45.88%]
Absence d'obstacle	487	38.93%	[36.22%;41.69%]
Absence diagnostic aux urgences	186	14.87%	[12.94%;16.96%]
Transfert	34	2.72%	[1.89%;3.78%]
Refus de prise en charge	3	0.24%	[0.05%;0.7%]
Décès aux urgences	1	0.08%	[0%;0.44%]
Femme enceinte	1	0.08%	[0%;0.44%]

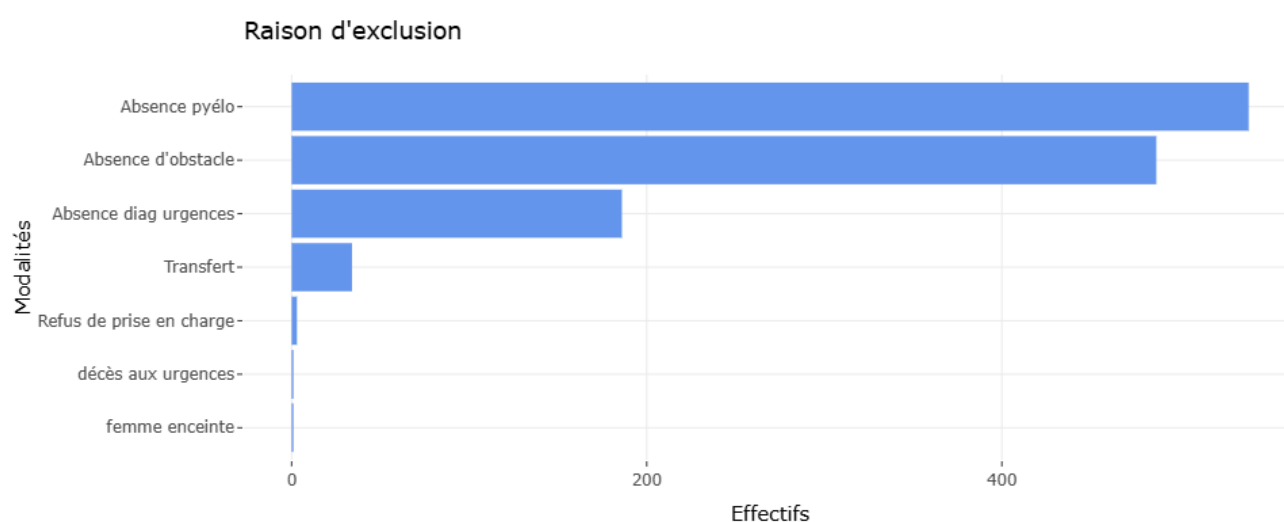


Figure 2 : Diagramme en barre de répartition des patient exclus

2) Etude de la population :

2.1 Age

Dans cette étude, l'âge moyen des patients est de 63.5 ans, avec un âge minimum de 22 ans et un âge maximal de 101 ans. Il existe 2 pics d'âge dans cette étude, le premier autour de 25 ans et le second, plus étendu et plus important de 50 à 80 ans.

Tableau 3 : Tableau de répartition des âges des patients de l'étude.

Âge	
Minimum	22.00000
1er quartile	54.00000
Médiane	65.00000
Moyenne	63.55882
3eme quartile	77.00000
Maximum	101.00000
Ecart type	18.07383

Moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 63.56 [60.52 ; 66.6]

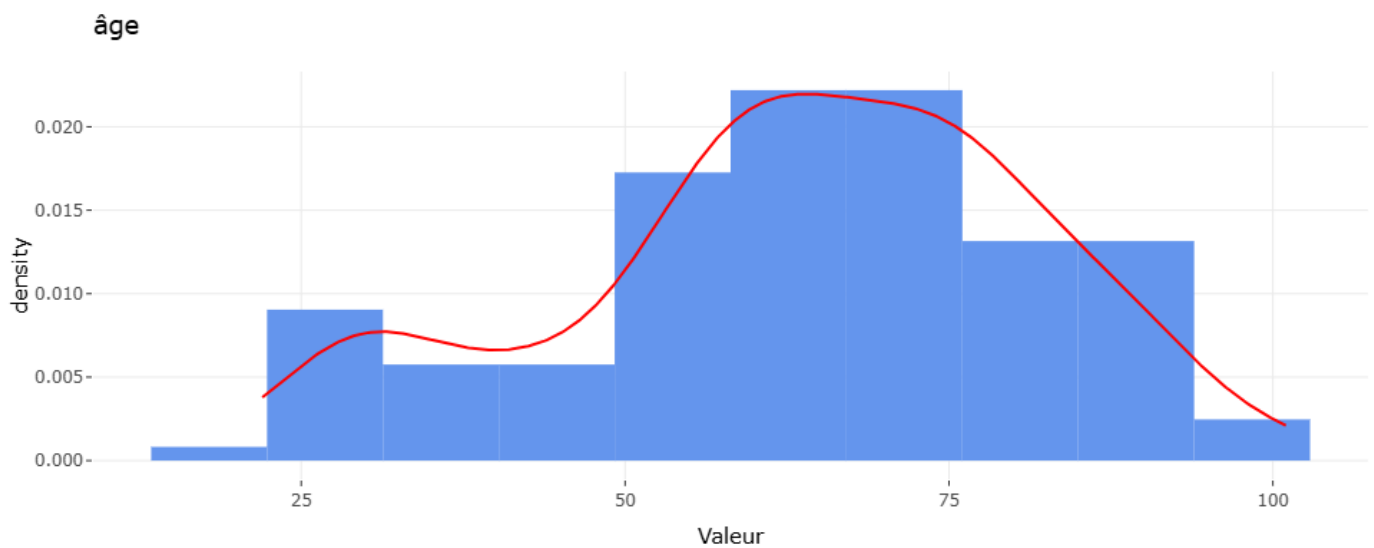


Figure 3 : Diagramme de répartition des âges des patients

2.2 Sexe

La proportion des 2 sexes est proche de la parité avec environ 56% de femmes et 44% d'hommes.

Tableau 4 : Tableau de répartition des âges des patients

Modalité	Effectif	Proportion	IC95%
Femme	76	55.88%	[47.12%;64.38%]
Homme	60	44.12%	[35.62%;52.88%]

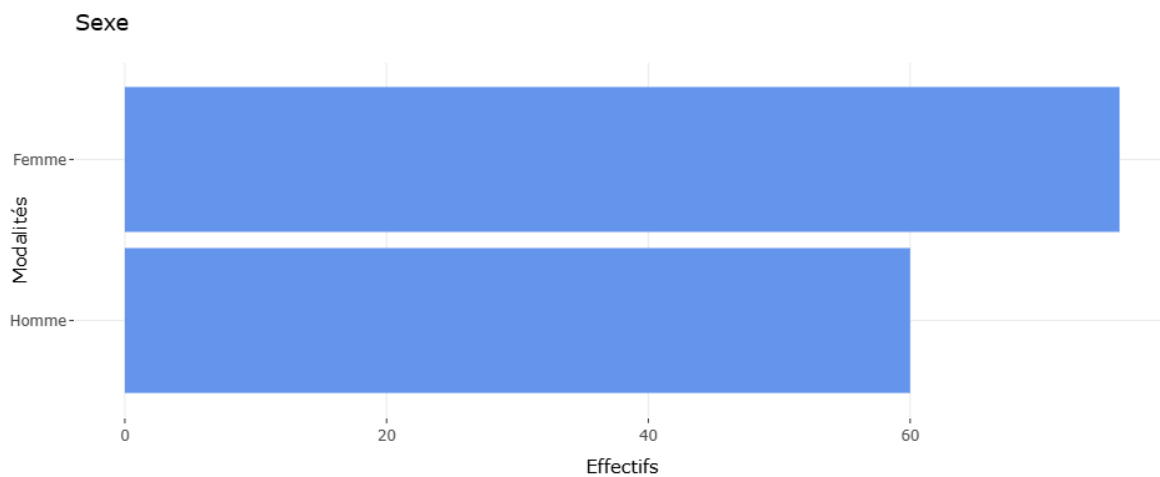


Figure 4 : Diagramme de répartition des âges des patients

2.3 Antécédents Urologiques :

Près de 50 % des patients présentant une colique néphrétique avaient déjà un antécédent urologique.

Tableau 5 : Répartition du sexe des patients

Modalité	Effectif	Proportion	IC95%
0	70	51.47%	[42.75%;60.12%]
1	66	48.53%	[39.88%;57.25%]

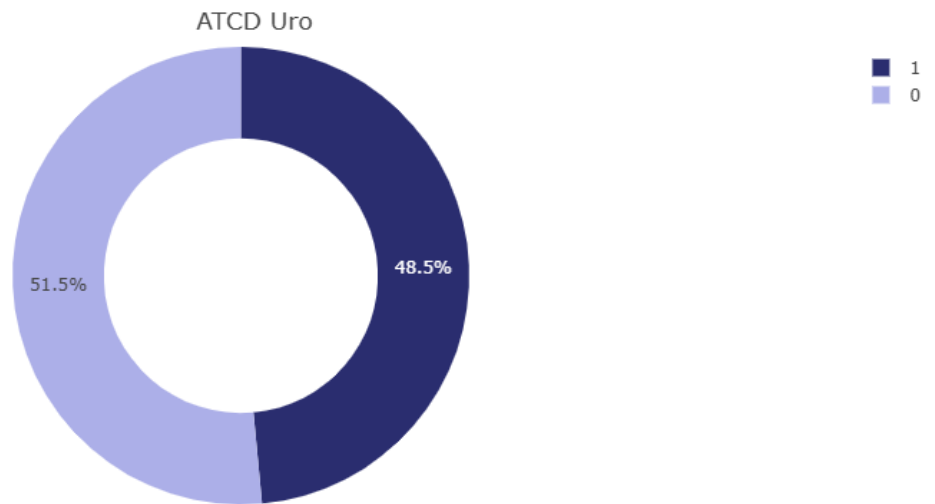


Figure 5 : Diagramme de répartition du sexe des patientes

2.4 Présence d'un traitement anticoagulant ou anti-agrégant plaquettaire :

Dans cette étude, 80,15% des patient n'avaient pas de traitement anti-agrégant plaquettaire ni de traitement anti-coagulant. 12.5% avaient une anti-agrégation plaquettaire et 7.35% avaient un traitement anticoagulant.

Tableau 6 : Répartition des patients selon leu prise de traitement anticoagulant ou anti-agrégant

Modalité	Effectif	Proportion	IC95%
Absence de ces classes médicamenteuses	109	80.15%	[72.45%;86.49%]
Anti-agrégant plaquettaire	17	12.5%	[7.45%;19.26%]
Anticoagulant	10	7.35%	[3.58%;13.11%]

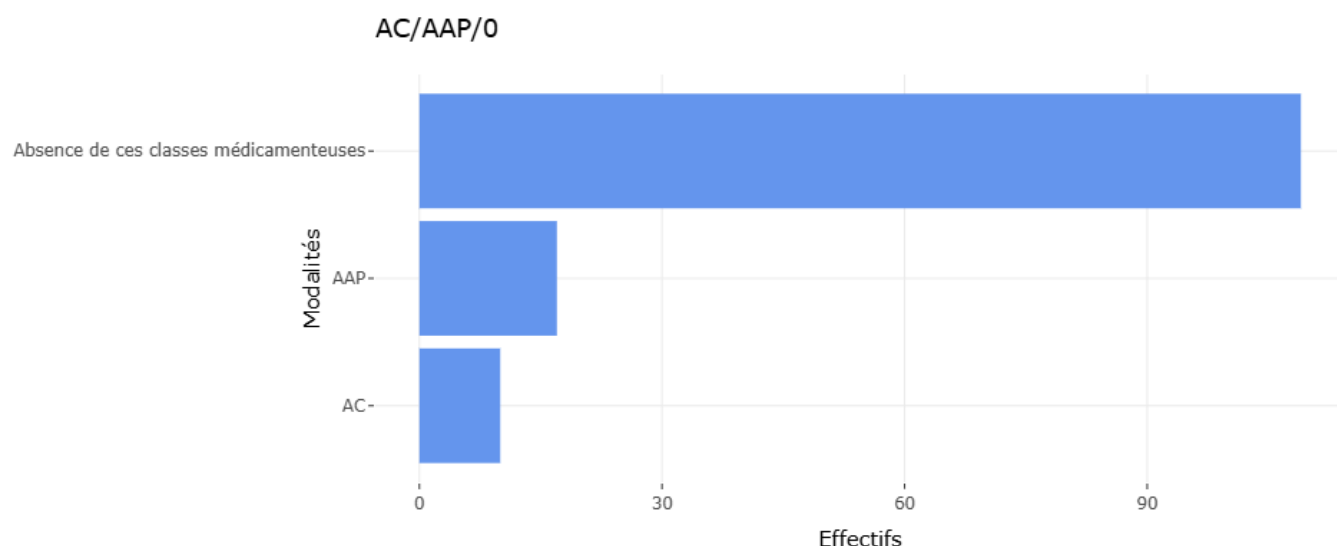


Figure 6 : Diagramme en barre de la répartition des patients avec thérapeutique anti-thrombotique

2.5 Choc septique :

Moins de 3% des patients étaient en choc septique dans cette étude.

Tableau 7 : Répartition des patients en choc septique :

Modalité	Effectif	Proportion	IC95%
0	132	97.06%	[92.64%;99.19%]
1	4	2.94%	[0.81%;7.36%]

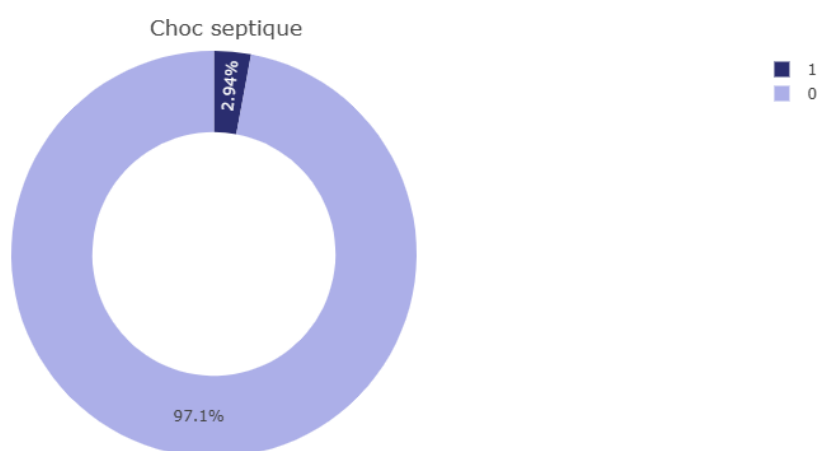


Figure 7 : Répartition des patients en choc septique

2.7 Antibiothérapie utilisée :

L'antibiothérapie la plus souvent utilisée parmi les patients de l'étude est le Céfotaxime (CLAFORAN ®). Elle est utilisée chez 86% des patients lorsque la suivante est une association entre le Céfotaxime, associé à un Aminoside, l'Amikacine ou la Gentamicine.

Tableau 8 : Répartition des antibiothérapies utilisées

Modalité	Effectif	Proportion	IC95%
Céfotaxime	117	86.03%	[79.05%;91.37%]
Céfotaxime/Aminoside	11	8.09%	[4.11%;14.01%]
Lévofoxacine	3	2.21%	[0.46%;6.31%]
Pipéracilline/Tazobactam	2	1.47%	[0.18%;5.21%]
Ceftazidine	1	0.74%	[0.02%;4.03%]
Ceftriaxone	1	0.74%	[0.02%;4.03%]
Méropénem/Linézolide/Aminoside	1	0.74%	[0.02%;4.03%]

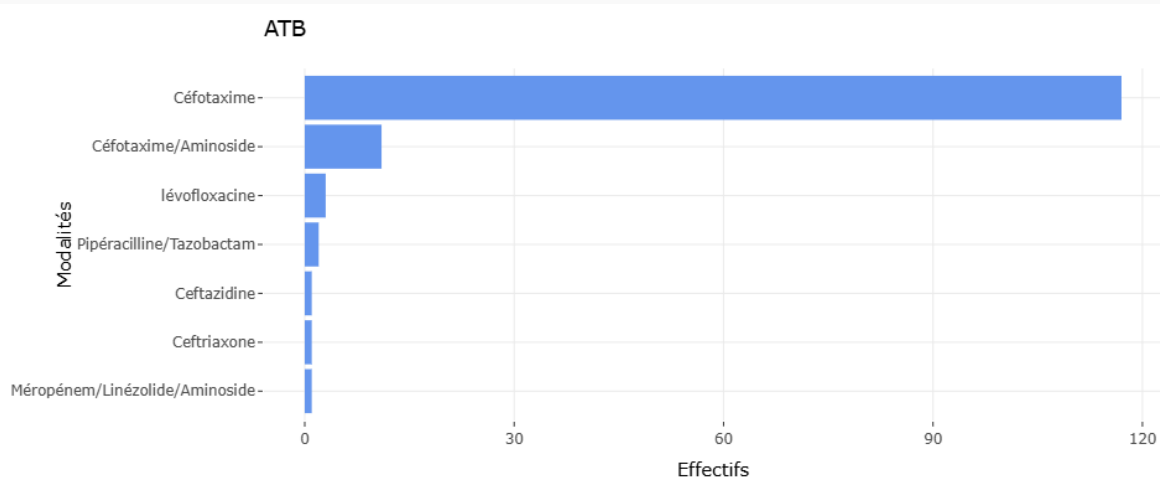


Figure 8 : Diagramme en barre des antibiothérapies prescrites

2.7 Délais entre l'heure d'entrée et la prise en charge médicale :

Dans l'étude, le délai entre l'entrée des patients et le début de la prise en charge a été mesuré, le délai moyen en minutes était de 69 minute avec un minimum à 3 minutes et le maximum était de 540 minutes soit de 9 heures.

Tableau 9 :

Délai de prise en charge en minutes entre la date d'entrée et l'heure de prise en charge médicale	
Minimum	3.00000
1er quartile	24.00000
Médiane	49.00000
Moyenne	69.25000
3eme quartile	78.25000
Maximum	540.00000
Ecart type	76.66336

Moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 69.25 [56.37 ; 82.13]

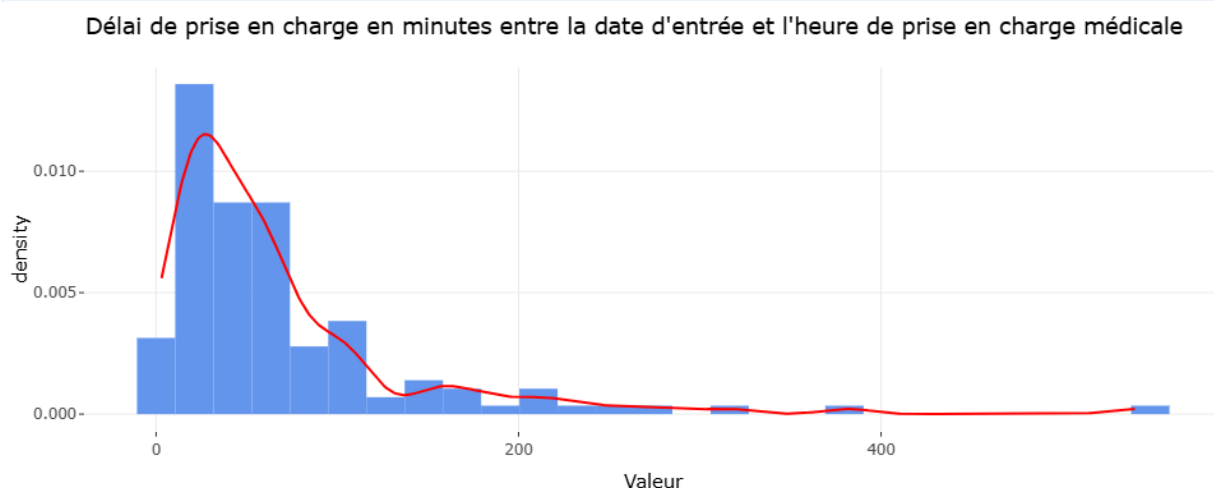


Figure 9 : Histogramme des délais de prise en charge médicale en minutes.

3) Résultats de l'étude :

3.1 Délais entre l'heure d'entrée et l'initiation de l'antibiothérapie

Concernant l'antibiothérapie, le délai moyen d'initiation de l'antibiothérapie est de 418 minutes soit de 7 heures environ. Le minimum était de 19 minutes et le maximum de 1891 minutes soit 31 heures environ. L'écart type calculé est de 292 minutes, soit d'environ 5 heures.

Tableau 10 :

Délai de prise en charge en minutes entre la date d'entrée et la prise de l'antibiotique

Minimum	19.0000
1er quartile	252.0000
Médiane	358.0000
Moyenne	418.3824
3eme quartile	482.2500
Maximum	1891.0000
Ecart type	292.0167
Moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 418.38 [369.3 ; 467.46]	

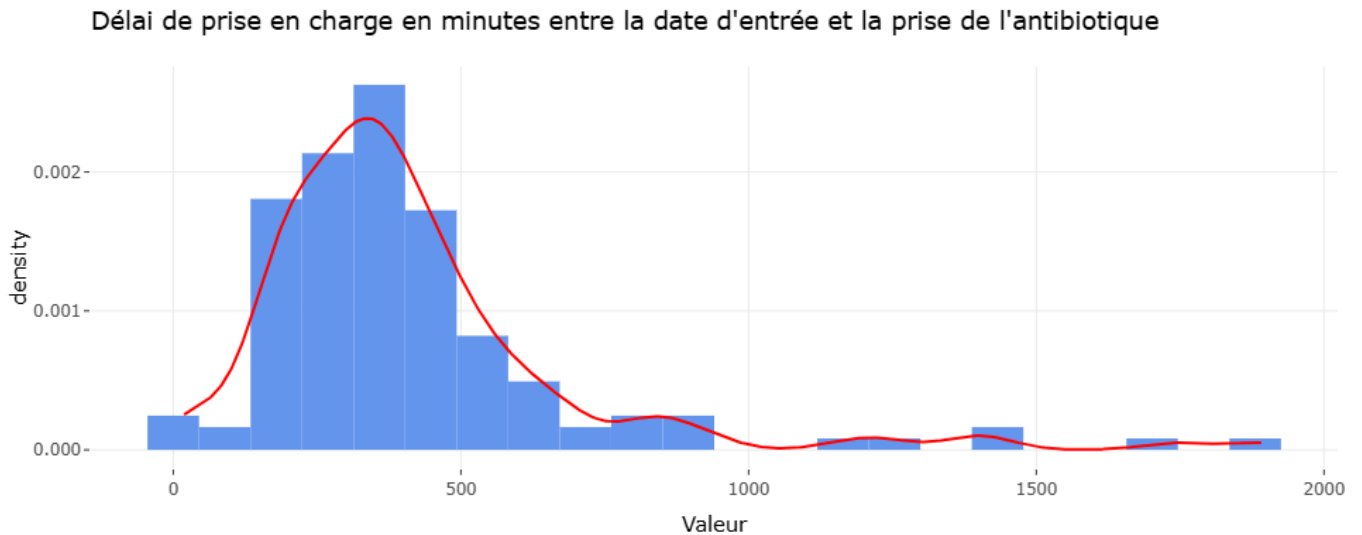


Figure 10 : Histogramme des durées d'initiation des antibiothérapies

3.2 Délais de prise en charge avant la dérivation des urines :

Enfin, concernant les délais de dérivation des urines, le délai moyen était de 1020 minutes soit 17 heures. Le minimum était de 91 minutes soit environ 1.5 heures et le maximum était de 7355 minutes soit environ 5 jours. L'écart type mesuré était de 1041 minutes soit 17 heures.

Tableau 11 :

Délai de prise en charge en minutes entre la date d'entrée et le bloc

Minimum	91.000
1er quartile	400.250
Médiane	629.000
Moyenne	1020.375
3eme quartile	1275.250
Maximum	7355.000
Ecart type	1041.386

Moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 1020.38 [845.35 ; 1195.4]

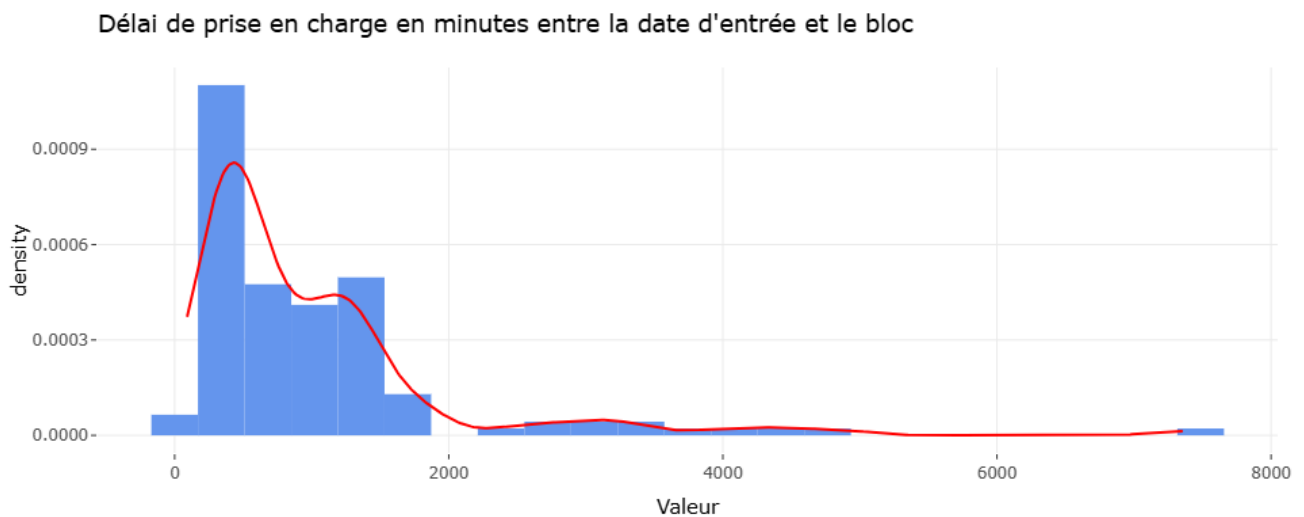


Figure 11 : Histogramme des délais d'accès à la chirurgie de dérivation des urines

IV. Discussion :

1) Rappel et analyse des résultats :

Notre étude observationnelle rétrospective menée aux urgences de l'hôpital Alexandra Lepève à Dunkerque entre janvier 2022 et octobre 2024 montre que le délai moyen d'initiation d'une antibiothérapie chez les patients atteints de pyélonéphrite obstructive est de 418 minutes, soit environ 7 heures. Concernant le délai moyen avant la chirurgie de dérivation des urines, celui-ci est de 1020 minutes soit 17 heures.

On observe dans cette étude des variances et des écart-types élevés (5 heures pour l'antibiothérapie et 17 heures pour la chirurgie de dérivation), ces valeurs traduisent une variabilité importante suggérant une grande hétérogénéité selon les patients.

2) Limites de l'étude :

Notre étude comporte cependant certaines limites. En effet, sur le plan méthodologique, cette étude est monocentrique ce qui limite la généralisation des résultats. Son caractère rétrospectif expose à des biais de déclaration nombreux.

La classification informatique initiale comme la rédaction du dossier patient sont réalisées par les urgentistes prenant en charge les malades en est un premier exemple. Il existe probablement des données manquantes, voir des dossiers patients complets perdus.

La prise en compte du début de l'antibiothérapie, la date d'initiation est celle indiquée par l'infirmière dans le plan de soins et constitue donc également un biais déclaratif, voire une perte d'information si celle-ci n'est pas validée informatiquement. Les

prescriptions orales, rattrapées informatiquement à distance de la pose de l'antibiotique sont également à prendre en compte.

Enfin, le recueil des durées de prise en charge au bloc opératoire présente également un biais déclaratif, puisque l'information est récupérée dans le compte rendu opératoire réalisé a posteriori par le chirurgien et donc avec un biais de mémorisation.

L'exclusion des patients décédés et transférés, bien que justifiés peut constituer un biais de sélection.

3) Interprétation clinique :

Les résultats de cette étude soulèvent alors des questions importantes concernant l'organisation de la prise en charge des patients atteints de pyélonéphrite obstructive.

A propos de l'antibiothérapie, on retrouve dans cette étude une étendue et un écart-type important, ce qui nous montre de grandes différences de délai d'initiation de l'antibiothérapie. Nous devons nous demander par quels moyens nous pourrions réduire les délais avant l'initiation de l'antibiothérapie. Sur le plan médical, le début de l'antibiothérapie ne doit pas être retardée pour des raisons organisationnelle, elle peut être débutée dès que l'ECBU est réalisé. Sur le plan paramédical l'horaire de prescription doit être respecté et l'heure de réalisation doit être rigoureusement tracé.

A propos de la chirurgie de dérivation des urines, les résultats de l'étude nous montrent également une étendue et un écart-type important et des résultats qui semblent fidèle aux différents résultats de la littérature. Afin d'améliorer les délais de dérivation des urines, il semble pertinent de favoriser la communication entre les services, il faudra également s'interroger sur l'organisation intrinsèque au service de chirurgie et du bloc opératoire pour diminuer les délais avant l'accès à la chirurgie.

4) Comparaison avec les études antérieures :

Dans la littérature, on retrouve peu d'articles concernant l'étude précise des délais d'initiation de l'antibiothérapie et du drainage des urines. Toutefois, l'association française d'urologie est formelle, en cas de pyélonéphrite obstructive, l'indication à un drainage des urines sous le couvert d'une antibiothérapie probabiliste adaptée est indispensable et doit être réalisé en urgence(7).

a. Concernant les délais d'introduction de l'antibiothérapie

Il n'existe pas d'article récent et pertinent évoquant spécifiquement le cadre de l'antibiothérapie chez le malade atteint de pyélonéphrite obstructive. Mais de façon plus générale, il existe des études pour illustrer ce propos(8). Dans une métaanalyse de 2024 incluant 29 études, il est prouvé que d'augmenter d'une heure la prise en charge antibiotique d'un sepsis augmente significativement la mortalité hospitalière(9).

b. Concernant la chirurgie de dérivation des urines

Il existe une étude montrant une supériorité d'un drainage précoce (inférieur à 12 heures après le diagnostic) mais ne montrant pas de supériorité sur l'évolution clinique au décours. (10) Par exemple, une étude multicentrique cherchait les avantages d'une dérivation précoce (inférieure à 12 h) par rapport aux autres et retrouvait pour seule différence significative la durée de fièvre des patients (11). Quand d'autres études montrent une meilleure survie lors d'une dérivation précoce des urines(12).

5) Implications cliniques et proposition d'amélioration :

Les résultats de cette étude incitent à :

- Renforcer la traçabilité et la rigueur dans la prescription et l'administration des antibiotiques, avec un suivi actif de l'initiation des traitements.

- Favoriser une prise en charge protocolisée, en identifiant les cas de pyélonéphrite obstructive dès l'entrée aux urgences.

- Améliorer la coordination entre services (urologie, anesthésie, bloc opératoire) pour anticiper la dérivation urinaire dans les cas indiqués.

Ces mesures pourraient réduire les écarts observés et garantir une prise en charge plus homogène et conforme aux exigences cliniques.

V. Conclusion :

La pyélonéphrite obstructive est une urgence médico-chirurgicale, dont la prise en charge repose sur deux piliers complémentaires : l'instauration rapide d'une antibiothérapie probabiliste et la dérivation des urines en cas d'obstacle. L'objectif de notre étude était de mesurer les délais de réalisation de ces deux interventions dans un contexte hospitalier réel, afin d'identifier les éventuels freins organisationnels et d'évaluer la conformité des pratiques aux recommandations actuelles.

Réalisée au sein du service des urgences de l'hôpital Alexandra Lepève de Dunkerque, cette étude observationnelle rétrospective a mis en évidence un délai moyen de 418 minutes (environ 7 heures) entre l'admission aux urgences et l'administration de l'antibiothérapie, ainsi qu'un délai moyen de 1020 minutes (environ 17 heures) avant la dérivation des urines. Ces délais apparaissent prolongés au regard des données disponibles dans la littérature, en particulier en ce qui concerne l'antibiothérapie, dont le retard est clairement associé à une augmentation du risque de complications, notamment en cas de sepsis.

Les écarts-types importants retrouvés dans notre étude traduisent une hétérogénéité significative dans la prise en charge, vraisemblablement liée à des facteurs multiples : logistiques, organisationnels, humains, ou encore liés à la variabilité des tableaux cliniques. Ces constats soulignent la nécessité de mieux protocoliser la prise en charge des pyélonéphrites obstructives, afin de garantir une homogénéité dans les soins et de réduire les délais dans une pathologie où chaque heure compte.

Malgré les limites inhérentes à son caractère rétrospectif et monocentrique, notre étude permet d'établir un état des lieux concret des pratiques actuelles, et constitue une base de réflexion pour l'amélioration des parcours de soins. Des pistes d'optimisation

peuvent être envisagées : meilleure anticipation des traitements dès le tri aux urgences, amélioration de la traçabilité des soins, renforcement de la coordination entre services médicaux et chirurgicaux.

La prise en charge rapide et coordonnée des pyélonéphrites obstructives constitue un enjeu majeur de santé publique, tant en termes de pronostic vital que de préservation de la fonction rénale. Cette étude rappelle qu'au-delà des recommandations théoriques, c'est dans l'organisation pratique des soins que se joue la qualité réelle de la prise en charge.

VI. Bibliographie :

1. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 29 août 2025]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=py%C3%A9lon%C3%A9phrite%20aig%C3%BCe%20et%20chronique>
2. Draï J, Bessedé T, Patard JJ. Prise en charge des pyélonéphrites aiguës. Progrès en Urologie. nov 2012;22(14):871-5.
3. Tang F, Yuan H, Li X, Qiao L. Effect of delayed antibiotic use on mortality outcomes in patients with sepsis or septic shock: A systematic review and meta-analysis. Int Immunopharmacol. 10 mars 2024;129:111616.
4. Laurent E, Gaborit C, Vallée M, Dinh A, Bruyère F, Grammatico-Guillon L. Pyélonéphrite aiguë en hospitalisation : facteurs prédictifs de dérivation et décès – France 2014-2019. Santé Publique. 26 sept 2024;36(HS1):87-87.
5. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 août 2025]. Choix et durées d'antibiothérapies : Pyélonéphrite aiguë de la femme. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722914/fr/choix-et-durees-d-antibiotherapies-pyelonephrite-aigue-de-la-femme
6. Masson E. EM-Consulte. [cité 29 août 2025]. Pyélonéphrites non compliquées et compliquées de l'adulte : diagnostic et traitement. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1697527/pyelonephrites-non-compliquees-et-compliquees-de-l>
7. Urofrance | Chapitre 11 - Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte - Urofrance [Internet]. [cité 29 août 2025]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/lafu-academie/formation-du-college/referentiel-du-college-durologie-5eme-edition/chapitre-11-infections-urinaires-de-lenfant-et-de-ladulte/#>
8. Huang J, Yang J tao, Liu J chen. The association between mortality and door-to-antibiotic time: a systematic review and meta-analysis. Postgrad Med J. 1 sept 2023;99(1175):1000-7.
9. Ricolleau C, Galian C, Kutchukian S, Jousseau C. Facteurs associés à une forme grave de pyélonéphrite aiguë obstructive. Résultats préliminaires de la cohorte multicentrique RAMP. Progrès en Urologie - FMC. 1 nov 2023;33(3, Supplement):S56-7.
10. Lu X, Zhou B, Hu D, Ding Y. Emergency decompression for patients with ureteral stones and SIRS: a prospective randomized clinical study. Ann Med. 55(1):965-72.
11. Kayano S, Yanagisawa T, Yata Y, Miyajima K, Hara S, Iwatani K, et al. Impact of timing of urinary drainage on clinical outcomes in patients with obstructive pyelonephritis associated with upper urinary tract stones: a propensity score-matched analysis. World J Urol. 13 mars 2024;42(1):147.
12. Kamei J, Sugihara T, Yasunaga H, Matsui H, Sasabuchi Y, Fujimura T, et al. Impact of early ureteral drainage on mortality in obstructive pyelonephritis with urolithiasis: an analysis of the Japanese National Database. World J Urol. mai 2023;41(5):1365-71.

AUTEUR(E) : Nom : SAUDEMONT

Prénom : Morgan

Date de soutenance : 22/10/2025

Titre de la thèse : Analyse des délais d'initiation d'antibiothérapie et de dérivation des urines dans les pyélonéphrites obstructives au Centre Hospitalier Alexandra Lepève
Thèse - Médecine - Lille « 2025 »

Cadre de classement : Médecine d'urgence, Urologie

DES : Médecine d'urgence

Mots-clés : Pyélonéphrites obstructives, Antibiothérapie, Dérivation des urines

Résumé :

Introduction : La pyélonéphrite obstructive est une urgence médico-chirurgicale résultant de l'infection du haut appareil urinaire en présence d'un obstacle sur les voies urinaires. C'est cette obstruction favorise la survenue de l'infection urinaire et qui peut à terme provoquer un sepsis voire un choc septique. La prise en charge repose alors sur une antibiothérapie probabiliste associée à une dérivation des urines souvent chirurgicale. Même si les recommandations sont formelles sur cette prise en charge, il n'existe pas de délai recommandé, cette étude vise alors à mesurer les délais d'initiation des antibiotiques et de la chirurgie des urines dans cette maladie.

Méthode : Étude observationnelle rétrospective menée aux urgences de l'hôpital Alexandra Lepève de Dunkerque entre janvier 2022 et octobre 2024. Les patients inclus présentaient une pyélonéphrite obstructive confirmée. Les données ont été extraites des dossiers informatiques hospitaliers. Les délais ont été mesurés entre l'heure d'entrée aux urgences et l'initiation de l'antibiothérapie, puis entre l'admission et la chirurgie de dérivation.

Résultats : Parmi 1 387 dossiers analysés, 136 patients ont été inclus. Le délai moyen d'instauration de l'antibiothérapie était de 418 minutes (environ 7 heures), avec un écart-type de 292 minutes. Le délai moyen avant la dérivation des urines était de 1 020 minutes (environ 17 heures), avec un écart-type de 1 041 minutes.

Discussion : Les délais apparaissent prolongés en particulier en ce qui concerne l'antibiothérapie bien que l'urgence de l'initiation de l'antibiothérapie soit démontrée. Ces résultats mettent en évidence quelques pistes d'amélioration des pratiques, avec par exemple une meilleure traçabilité, une prescription précoce des antibiotiques et une meilleure coordination entre les services.

Composition du Jury :

Président : Pr Eric WIEL

Assesseurs : Pr Jonathan OLIVIER, Dr Pierre CAPRINI

Directeur de thèse : Dr Maryam KHELIF