




1^{ère} journée régionale des référents Antibiothérapie

Actualisation infections urinaires

● *Dr Blandine Cattier, biologiste, référent ATB, CHIC Amboise & Château-Renault*




SPILF 2014

Mise au point

Texte court

34 pages

**Diagnostic et antibiothérapie
des infections urinaires bactériennes
communautaires de l'adulte**



SOMMAIRE

METHODE GENERALE	5
INTRODUCTION.....	5
I. TERMINOLOGIE	6
1. Définitions des infections urinaires.....	6
2. Colonisation urinaire	7
II. EPIDEMIOLOGIE ET RESISTANCE DE <i>ESCHERICHIA COLI</i> AUX	8
ANTIBIOTIQUES	8
1. Seuils d'antibiorésistance admissibles pour les choix probabilistes	8
2. Résistance aux fluoroquinolones.....	8
3. Epidémiologie des <i>E. coli</i> producteurs de BLSE	8
4. Résistances de <i>E. coli</i> : synthèse.....	9
III. OUTILS DIAGNOSTIQUES DES INFECTIONS URINAIRES.....	10
1. Examen cytbactériologique des urines (ECBU)	10
2. Bandelette urinaire (BU)	10
IV. INFECTIONS URINAIRES DU SUJET AGE.....	11
1. Spécificités du diagnostic d'IU chez le sujet âgé.....	11
2. Conduite à tenir diagnostique	11
3. Conduite à tenir thérapeutique.....	11
V. CYSTITES.....	12
1. Cystite aiguë simple.....	12
2. Cystite aiguë à risque de complication	13
3. Cystite aiguë récidivante.....	14
4. Algorithmes.....	16

VI. PYELONEPHRITES AIGUES	18
1. PNA simple, sans signe de gravité	18
2. PNA à risque de complication, sans signe de gravité.....	21
3. PNA grave (Algorithme 1 et 3)	22
4. Algorithmes.....	24
VII. INFECTIONS URINAIRES MASCULINES.....	27
1. Diagnostic.....	27
1.1. Diagnostic clinique.....	27
1.2. Diagnostic biologique.....	27
1.3. Imagerie initiale	27
2. Traitement	28
2.1. Hospitalisation ou traitement ambulatoire ?	28
2.3. Traitement urologique.....	29
2.4. Bilan ultérieur	29
3. Algorithmes.....	30
ANNEXE 1.....	31
ANNEXE 2.....	34



Terminologie

Ce qui est nouveau :

- Le terme d'ITU à risque de complication remplaçant le terme d'IU compliquée,
- Le concept d'IU masculine,
- La nouvelle définition du sujet âgé.



Définition

Ce qui est nouveau :

- Révision des co-morbidités définissant les IU à risque de complication,
- Le diabète, même insulino-dépendant, ne fait plus partie des facteurs de risque de complication,
- L'indication de drainage chirurgical ou interventionnel constitue un critère de gravité.



E. coli

	Antibiotique	Population spécifique	Souches non sensibles
< 5%	Fosmomycine-trométamol		3%
	Nitrofurantoïne		2%
Proche de 5%	CG3		4-5 %
	Aztréonam		±5 %
	Fluoroquinolones	cystite simple et âge <65 ans	3-5 %
10 à 20 %	Fluoroquinolones	IU à risque de complication	10-25 %
	Pivmécillinam	tous types d'IU confondus*	12-15%
> 20 %	Amoxicilline		45 %
	Amoxicilline-acide clavulanique**		25-35 %
	TMP-SMX		23 %



Epidémiologie des résistances (1/2)

Ce qui est nouveau :

- L'augmentation de la prévalence d'*E. coli* producteur de BLSE dans les IU communautaires,
- Les données détaillées sur les taux de co-résistance des E-BLSE, permettant de discuter les alternatives aux carbapénèmes,
- L'importante variation du pourcentage de résistance aux FQ et du pourcentage d'infection par E-BLSE selon les tableaux cliniques et le terrain,
- La réévaluation du taux de sensibilité d'*E. coli* au pivmecillinam (<2%) permettant son utilisation pour le traitement des cystites aiguës simples.



Epidémiologie des résistances (2/2)

- La modification en 2014 des concentrations critiques recommandées par le CA-SFM / EUCAST pour l'amoxicilline-acide clavulanique, laissant espérer une augmentation du taux de sensibilité particulièrement pour les souches isolées de cystites.

Ce qui est confirmé :

- Les taux de sensibilité stables d'*E. coli* à la fosfomycine trométanol, à la nitrofurantoïne et aux aminosides, même pour les souches productrices de BLSE.



Diagnostic

Ce qui est nouveau :

- Simplification des seuils de bactériurie en fonction du sexe et des bactéries en cause ;
Suppression de la différence de seuil de bactériurie entre cystite et PNA chez la femme,
- Mise en exergue de la forte valeur prédictive positive de la BU chez l'homme,
- Suppression de l'ECBU de contrôle en cas d'évolution favorable, dans les PNA et les IU masculines.



Sujet âgé (1/3)

Les spécificités du Traitement sont :

Pour les fluoro-quinolones (FQ)

Surveillance toute particulière des effets indésirables :

- Tendinopathies,
- troubles neuro-psychiques (+ fréquents chez sujets âgés),
- allongement de l'espace QT.



Sujet âgé (2/3)

Pour les aminosides

- Traitement monodose quotidien à privilégier, selon les recommandations de l'ANSM,
- Dans les rares cas où une monothérapie est indiquée, l'estimation de la clairance de la créatinine est indispensable pour déterminer l'espacement des doses,
- La durée de traitement ne doit pas dépasser 3 à 5 jours.



Sujet âgé (3/3)

Pour la nitrofurantoïne

Respecter la contre indication en cas d'insuffisance rénale avec clairance à la créatinine < 40 mL/mn.



Cystites simples (1/2)

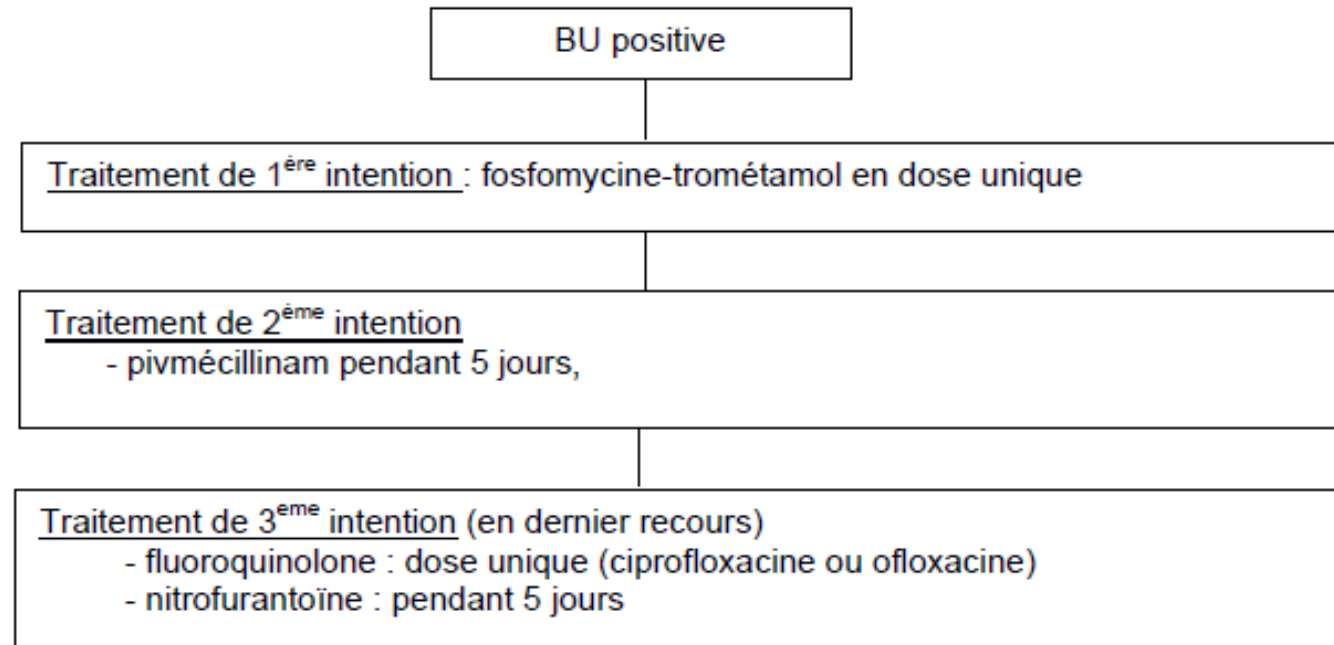
Ce qui est nouveau :

- La place du pivmecillinam (désormais remboursé),
- La position de la nitrofurantoïne en 3^{ème} intention pour des raisons de rareté et toxicité,
- La position des FQ en 3^{ème} intention pour des raisons écologiques,
- Les propositions thérapeutiques en cas de cystite simple documentée à EBLSE après échec d'un traitement probabiliste.



Cystites simples (2/2)

Algorithme 1: antibiothérapie de la cystite simple





Cystites à risque de complications (1/2)

Il est recommandé de ne pas prévoir de consultation, de BU ou d'ECBU de contrôle.

Un ECBU ne sera réalisé qu'en cas d'évolution défavorable (persistance des signes cliniques après 3 jours) ou de récurrence précoce, dans les 2 semaines.

Ce qui est confirmé :

- Le message du traitement différé pour être d'emblée adapté aux résultats de l'antibiogramme est réitéré,
- Dans les rares situations où une antibiothérapie probabiliste est nécessaire, la nitrofurantoïne reste le traitement de 1^{ère} intention devant l'évolution de la résistance.

Cystites à risque de complications (2/2)

BU positive → ECBU*

Traitement pouvant être différé

Antibiotique** selon l'antibiogramme
(5 à 7 jours, sauf fosfomycine-trométamol)

- 1^{er} amoxicilline
- 2^{ème} pivmécillinam
- 3^{ème} nitrofurantoïne
- 4^{ème} cotrimoxazole
ou amoxicilline-acide clavulanique
ou fluoroquinolone (ciprofloxacin, ofloxacin)
ou céfixime
- 5^{ème} fosfomycine-trométamol sur avis d'expert
1 dose ou 3 doses (J1/J3/J5)

Traitement ne pouvant être différé

Traitement de 1^{ère} intention

- nitrofurantoïne

Traitement de 2^{ème} intention si contre-indication à la nitrofurantoïne

- céfixime

- ou fluoroquinolone

**Adaptation à l'antibiogramme
systématique**

Durée totale : 5 à 7 jours

* Autant que possible, différer le traitement jusqu'à obtention de l'antibiogramme

** Par ordre de préférence

Cystites aiguës récidivantes

Cystites récidivantes

Traitement au cas par cas
Idem cystites simples

Si au moins un épisode/mois
antibioprophylaxie

Cystite post-coïtale

Une prise antibiotique 2 heures avant à 2 heures après les rapports sexuels, sans dépasser le rythme d'administration de la prophylaxie continue, soit :
cotrimoxazole 400 mg/80 mg un cp par jour ou
fosfomycine-trométamol 3 g tous les 7-10 jours

Autres situations

cotrimoxazole 400 mg/80 mg un cp le soir au coucher
ou fosfomycine-trométamol 3 g/7-10 jours
Patiente informée des effets indésirables