

TRAITEMENT DES
INFECTIONS URINAIRES BASSES
MISE A JOUR 2019

JL GRAVERON
OMEDIT CENTRE
26 NOVEMBRE 2019

DES FEUILLES, DES FEUILLES... UN MAQUIS

SPILF GPIP 2014 RECOMMANDATIONS ANTIBIOTHERAPIE DES IU
PEDIATRIQUES

SPILF 2015 DIAGNOSTIC ET ANTIBIOTHERAPIE DES INFECTIONS
COMMUNAUTAIRES DE L'ADULTE

SPILF SF2H 2015 PRISE EN CHARGE ET PREVENTION DES IUAS DE L'ADULTE

SPILF 2017 ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS DE 2014 (MAI 2018)

ANSM OCT 2018 FQ ET RISQUE DE SURVENUE D'ANEVRISME ET DE DISSECTION
AORTIQUE

SPILF HAS SRLF MAI 2019 ANTIBIOTHERAPIE DES INFECTIONS A
ENTEROBACTERIES ET P. AERUGINOSA DE L'ADULTE

« *Fuyez de ces auteurs l'abondance stérile* » ?

Les esprits malheureux qui ont trop à penser
« sont d'un nuage épais toujours embarrassés

...

Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement
Et les mots pour le dire arrivent aisément »

Simplifions, clarifions

PREAMBULE 1

FDR FACTEURS DE RISQUE DE COMPLICATION DE L'IU

- Toute anomalie de l'arbre urinaire
- Grossesse
- Homme
- Clairance créatinine < 30 ml/mn
- Sujet > 75 ans ou > 65 ans fragile (2015: ≥ 3 critères de Fried*)

*- *Vitesse de marche lente*

- Faible endurance - Faiblesse – Fatigue
- Activité physique réduite
- Perte de poids involontaire dans l'année précédente

IU BASSES

Cystite simple

Cystite à risque de complication

Cystite récidivante

Grossesse - bactériurie asymptomatique

- cystite gravidique

Sexe masculin

PREAMBULE 2

TRAITEMENT SUPPOSE DIAGNOSTIC

SYMPTOMES

PARTICULARITE ?

GROSSESSE

PRE-OP CHIR URO

CONTEXTE REA

Antibiothérapie cystite aiguë simple 2019

Traitement **probabiliste** avec **SFU** + **BU**

- 1^e intention: **FOSFOMYCINE-trométamol** prise unique 3g p.o
- 2^e intention: **PIVMECILLINAM** 5j 2X400mg per os

Pas d'autre choix

Pas de place pour les fluoroquinolones

La nitrofurantoïne n'est plus évoquée

« AJOUTEZ QUELQUEFOIS, ET SOUVENT EFFACEZ »

...

Antibiothérapie cystite à risque complication (1)

*Rappel définition:
≥ 1FDR parmi*

- Grossesse
- > 75 ans
- > 65 ans et ≥ 3 critères de Fried
- Anomalie arbre urinaire
- Clairance < 30 ml/mn
- Immunodépression grave

Antibiothérapie cystite à risque complication (2)

Selon *SFU* et *ATBG* (+/-écho/Bladder)

- 1 Amoxicilline 7 jours 3 X 1g/j
- 2 Pivmécillinam 7 jours 2 x 400 mg/j
- 3 Nitrofurantoïne 7 jours 3 X 100 mg/j (Cl.Cr. > 40 ml/mn)
- 4 Fosfomycine 3 prises, J1, J3, J5, de 1 sachet de 3g
- 5 Triméthoprime 5 jours 300 mg X 1/j (Delprim[®])

Passage d'un total de 9 propositions à 5

Antibiothérapie cystite à risque complication (3)

*Si **probabiliste** indispensable*

Symptomatologie +++

«situation devant rester rare (2014)»

- **Nitrofurantoïne 7j** (Cl.Cr > 40ml/mn)
ou
- **Fosfomycine J1 J3 J5**

Céfixime et FQ ne sont plus recommandées, remplacées par fosfomycine

CAS PARTICULIER:
 ≥ 4 IU en < 12 mois

CYSTITE RECIDIVANTE

Exploration anatomique et fonctionnelle

En l'absence de FDR: BU/ECBU et TTT idem cystite simple

*Pré-prescriptions limitées (max 6 mois) envisageables
pour patientes sélectionnées avec BU +*

Si ≥ 1 FDR, abord multidisciplinaire

CYSTITE RECIDIVANTE (2)

- Prévention non ATB Apports hydriques Canneberge
 +/- oestrogènes locaux +/- arrêt spermicides

- ANTIBIOPROPHYLAXIE

Envisagée si fréquence cystite \geq mensuelle

Intérêt avis spécialisé

TMP 150 mg 1/j (à défaut **TMP-SMX 80/400 1cp/j** (Bactrim simple))

ou

Fosfomycine 1 sachet 3g tous les 7 jours

IU post coïtale: mêmes molécules, lors des rapports (fosfo tous les 7 j max)

GROSSESSE

COLONISATION URINAIRE GRAVIDIQUE

(↔ asymptotique)

FDR PNA

Dépistage **BU** mensuel à partir 4^e mois

Si positif **ECBU**

Si confirmé (seuil 10^5) traitement selon **ATBG**

GROSSESSE

COLONISATION URINAIRE GRAVIDIQUE (2)

TTT selon ATBG, par ordre de choix

considérant spectre, impact sur le microbiote et tolérance

- 1 Amoxicilline
 - 2 Pivmecillinam
 - 3 Fosfomycine-trométamol
 - 4 Triméthoprim (sauf 2 premiers mois)
 - 5 Nitrofurantoin
- TMP-SXT (sauf 2 premiers mois)
Amox-ac.clav
Céfixime

Durée TTT 7 jours sauf Fosfomycine 1 dose

GROSSESSE

CYSTITE GRAVIDIQUE

SFU

NI FIEVRE NI DOULEURS LOMBAIRES

ECBU pour la fiabilité (ATBG)

TTT probabiliste sans attendre en raison risque évolution vers PNA

GROSSESSE

CYSTITE GRAVIDIQUE (2)

TTT PROBABILISTE ap. **ECBU** (Δ seuil !)

Choix 1 **FOSFOMYCINE** – trométamol 1 prise

Choix 2 **PIVMECILLINAM** 7 jours

Si échec ou R, au vu ATBG, par ordre

- 1 Amoxicilline
 - 2 Fosfomycine-trométamol ou pivmecillinam
 - 3 Triméthoprim (sauf 2 premiers mois)
 - 4 Nitrofurantoïne
- TMP-SXT (sauf 2 premiers mois)
Amox-ac.clav
Céfixime
Ciprofloxacine

durée TTT 7 jours sauf fosfomycine 1 dose

IU MASCULINE

Cliniquement hétérogène, mais « impossible d'exclure une composante prostatique »

*BU BONNE VPP, très faible VPN → **ECBU** DOCUMENTE INFECTION, GUIDE TTT*

Hémoculture si fièvre

Echo voie sus-pubienne (en urgence si sepsis grave, suspicion rétention aiguë, lithiase)

Traitement ambulatoire hors signes de gravité (Quick-SOFA ≥ 2), rétention, geste urologique urgent, immuno dépression grave (+/- incertitude Δ , observance, p.o. impossible, ATB hospitalier)

IU MASCULINE

Sans signe de gravité (Quick-SOFA < 2)

*Pauci-symptomatique: TTT **différé** selon doc. microbio*

*Symptomatologie mal tolérée, fièvre: TTT **probabiliste***

*- ambulatoire: **ciprofloxacine** 500 mg X 2/j p.o. ou **lévofloxacine** 500 mg p.o.
(sauf si FQ < 6mois)*

*- hospitalisation: **cefotaxime** 3 ou 6 g en 3 inj IV IM
ou
ceftriaxone 1 ou 2 g en 1 ou 2 inj IV IM*

IU MASCULINE

Sans signe de gravité (Quick-SOFA < 2)

*Pauci-symptomatique: TTT **différé** selon **doc. microbio***

1 *ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine*

2 *TMP –SMX*

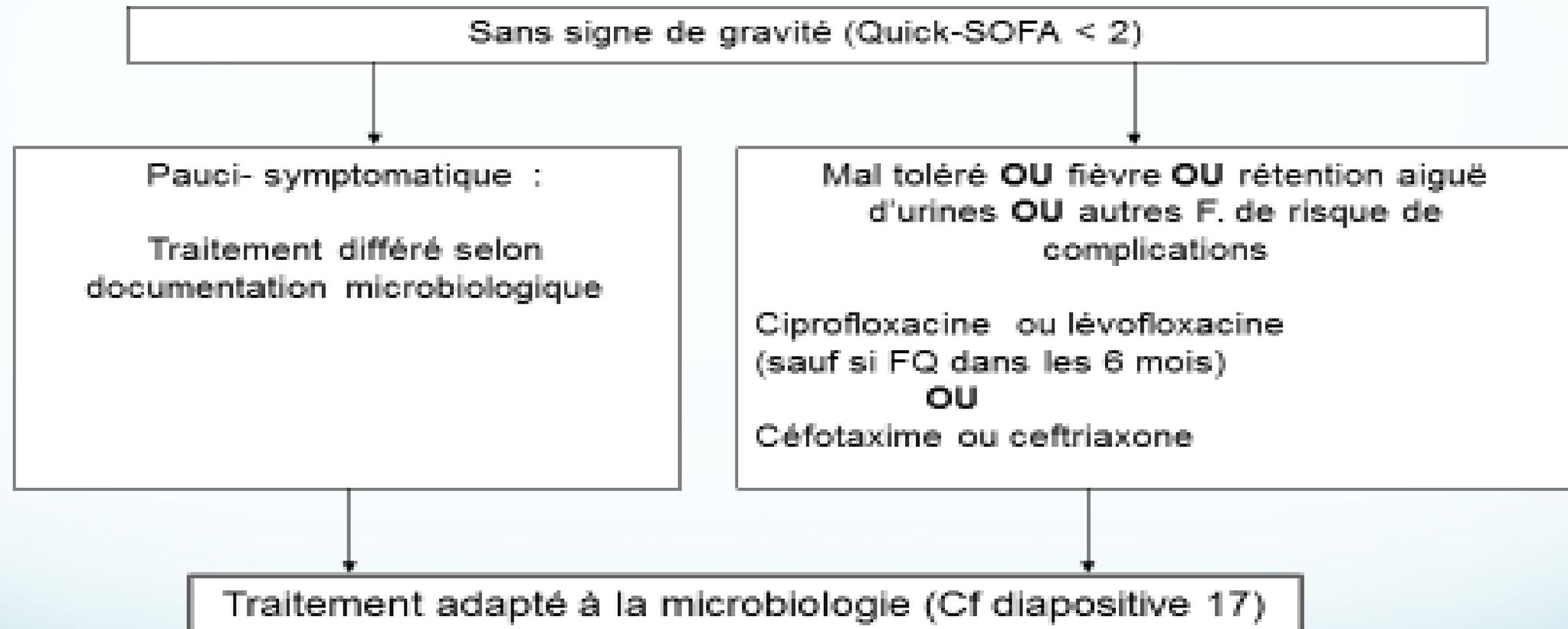
Si ENTEROBACTERIE

non BLSE 3 C3G injectable

BLSE 3 Cefoxitine ou Pipé-tazo ou témocilline

4 Carbapénème

IU masculine - stratégie probabiliste (1)



- Durée de traitement
- 14 j si ciprofloxacine, lévofloxacine, cotrimoxazole, β -lactamines injectables
 - 21 j pour les autres molécules **OU** si uropathie sous jacente non corrigée

IU masculine - stratégie probabiliste (2)



Avec signes de gravité (quick-SOFA ≥ 2) OU geste urologique urgent

Pas de choc septique

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine
Si allergie : aztréonam + amikacine

Si atcd d'IU/colonisation urinaire à EBLSE < 6 mois, choix selon la documentation microbiologique antérieure :

- Piperacilline-tazobactam + amikacine si souche sensible
- A défaut imipénème ou méropénème + amikacine

Choc septique

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine
Si allergie : aztréonam + amikacine

Si atcd d'IU/colonisation à EBLSE < 6 mois, **OU** amox-clav/C2G-C3G/FQ < 6 mois **OU** voyage en zone d'endémie EBLSE

Imipénème ou méropénème + amikacine

Traitement adapté à la microbiologie (Cf diapositive 17)

Durée de traitement

- 14 j si ciprofloxacine, lévofloxacine, cotrimoxazole, β -lactamines injectables
- 21 j pour les autres molécules **OU** si uropathie sous jacente non corrigée

IU masculines – traitement documenté



	Choix antibiotique selon la sensibilité
1 ^{er} choix	Ciprofloxacine, lévofloxacine
2 ^{ème} choix	Cotrimoxazole (SMX-TMP)
3 ^{ème} choix	Céfotaxime, ceftriaxone
4 ^{ème} choix	Céfoxitine (<i>E. coli</i>), pipéracilline-tazobactam, témocilline
5 ^{ème} choix	Imipénème, méropénème Ertapénème (si ≥ 80 kg : 1 g x 2)

Antibiothérapie IUAS (RPC 2015)

CYSTITE, si *probabiliste* indispensable

- Fosfomycine-trométamol
- Nitrofurantoïne
- FQ « *fortement recommandé... TTT documenté IUAS seules situations où autres molécules préconisées inutilisables* »

↔ *TTT probabiliste proche IU communautaires*

Antibiothérapie IUAS (RPC 2015)

CYSTITE documentée **ENTEROBACTERIE**

- Amoxi
- Pivmécillinam
- Amoxi-Ac. clav.
- Cotrimoxazole
- Nitrofurantoïne
- Céfixime
- FQ (EBLSE)
- *Avis spécialisé: pipé-tazo, C3G-Ac. clav., céfoxitine, tigécycline (EBLSE)*

Fosfomycine ?

Antibiothérapie IUAS (RPC 2015)

CYSTITE documentée

- **P. aeruginosa**: ciprofloxacine, ceftazidime
- **Staph Méti-S**: amoxi-ac.clav., cotrimoxazole, FQ, oxa ou cloxacilline
- **Staph Méti-R**: cotrimoxazole, nitrofurantoïne, teicoplanine, vancomycine, linézolide
- **Entérocoque**: amoxicilline, glycopeptide, linézolide

La lévofloxacine n'est pas recommandée dans le TTT des IUAS à entérocoque

Absence de données d'efficacité clinique dans la littérature

Antibiothérapie IUAS (RPC 2015)

PROSTATITE *probabiliste*

- Céfotaxime / ceftriaxone
- Pipé-tazo
- *Cotrimoxazole ou FQ si allergie beta-lactamines*

Antibiothérapie IUAS (RPC 2015)

PROSTATITE documentée

- **ENTEROBACTERIES:** FQ, cotrimoxazole, ceftriaxone, cefotaxime
- **EBLSE:** FQ, cotrimoxazole, ertapénème, méropénème, imipénème, céfoxitine, tigécycline

Antibiothérapie IUAS (RPC 2015)

PROSTATITE documentée

- **P. aeruginosa**: ciprofloxacine, ceftazidime
- **Staph. méti-S** : cotrimoxazole, FQ
- **Staph. méti-R** : cotrimoxazole, glycopeptide, linézolide
- **Entérocoque**: ampicilline, teicoplanine, linézolide

IU Masculines 2018

« Le traitement des IU à entérocoques et autres espèces microbiennes rares ne peut être codifié en l'état de la littérature scientifique »

BILAN

Simplification globale

Propositions plus restreintes en terme de molécules

Certaines classes promues

Pour d'autres les indications se resserrent

FLUOROQUINOLONES

***POUR NOUS
LES HOMMES***

?

Avec une petite place

...

pour

le

Pseudomonas



Bases de la mise à jour

Efficacité probabiliste/données épidémio
documentée

Ecologie impact/microbiote
spectre étroit

Tolérance furanes, FQ...

Niveaux de preuve

→ Ajustements constants

*« Aux dépens du bon sens gardez de plaisanter
Jamais de la nature il ne faut s'écarter. »*

Art poétique Nicolas Boileau 1674