

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

Actualisation 2017 des recommandations de 2014

Jeu de diapositives réalisé par le comité des référentiels de la SPILF
07 février 2018

Synthèse réalisée par la SPILF



- La SPILF remercie les sociétés savantes auxquelles les auteurs participants sont affiliés:
 - AFU
 - SFM
 - CNGE
 - SFR
 - SFG
 - GPIP de la SFP
 - SFGG

Définitions



Facteurs de risques de complication :

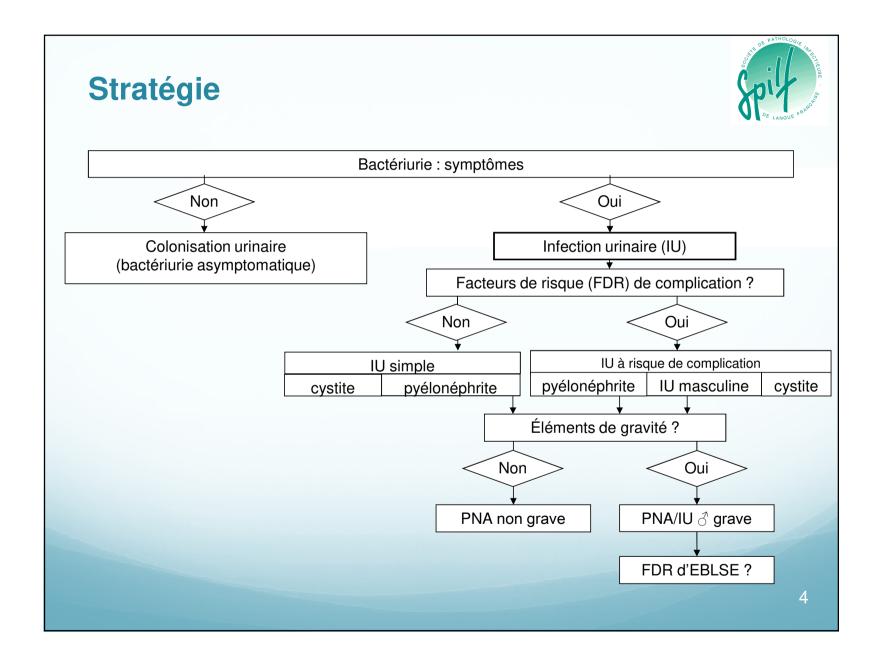
- toute anomalie de l'arbre urinaire
- certains terrains :
 - homme
 - grossesse
 - sujet âgé « fragile »
 - clairance de créatinine < 30 ml/mn
 - immunodépression grave

Eléments de gravité :

- sepsis sévère (Quick SOFA > 2)
- choc septique
- geste urologique (hors sondage simple)

Facteurs de risques d'EBLSE :

- antécédent de colonisation/IU à EBLSE < 6 mois
- amox-clav/C2G-C3G/FQ < 6 mois
- voyage en zone d'endémie EBLSE
- hospitalisation < 3 mois
- vie en institution de long séjour



ECBU



- Sur urines de 2^{ème} jet
- Examen direct : sur demande
- Seuils de significativité :
 - leucocyturie $\geq 10^4/\text{mL} (10/\text{mm}^3)^*$

*normes de certains automates parfois différentes : se référer au CR de l'examen

- bactériurie : selon le sexe et espèce bactérienne

Espèces bactériennes	Seuil de significativité (UFC/mL)	
	Homme	Femme
E. coli, S. saprophyticus	≥ 10 ³	≥ 10 ³
Entérobactéries autres que <i>E. coli</i> , entérocoque, <i>C. urealyticum</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>	≥ 10 ³	≥ 10⁴

Prévalence de la résistance en France en 2017 chez les isolats de *E. coli* responsables d'IU communautaires de l'adulte



PREVALENCE DE LA RESISTANCE	ANTIBIOTIQUES	POPULATION / SITUATIONS CLINIQUES
< 5 %	Fosfomycine trométamol	population générale
	Nitrofurantoïne	population générale
	Aminosides	population générale
≈ 5 %	C3G et aztréonam	population générale
< 10 %	Ciprofoxacine, lévofloxacine	IU simples et non récidivantes, en l'absence de FQ dans les 6 mois
	Pivmécillinam	cystites simples
10 à 20 %	Amoxicilline-clav	population générale, selon les concentrations adaptées aux cystites
	Pivmécillinam	cystite à risque de complication
	Ciprofoxacine, lévofloxacine	IU à risque de complication
	TMP et cotrimox (SMX-TMP)	cystites simples
> 20 %	Amoxicilline	population générale
	Amoxicilline-clav	population générale, selon les concentrations adaptées aux PNA et IU masculines
	TMP et cotrimox (SMX-TMP)	IU à risque de complication

Cystites simples Cystite simple BU Positive Négative BU négative (leucocytes - ET nitrites -) BU positive (leucocytes + **OU** nitrites +) Rechercher un diagnostic différentiel : Antibiothérapie probabiliste Mycose génitale Urétrite 1er choix: fosfomycine-trométamol 3 g en dose Sécheresse cutanéo-muqueuse unique 2ème choix: pivmécillinam 400 mg (2 cp) x 2 par jour pendant 5 jours

Cystites à risque de complication



Cystite à risque de complication = ECBU

Traitement pouvant être différé de 24-48h Antibiothérapie initiale adaptée à l'antibiogramme :

- 1er choix amoxicilline
- 2^{ème} choix pivmécillinam
- 3ème choix nitrofurantoïne
- 4ème choix fosfomycine-trométamol
- 5^{ème} choix triméthoprime (TMP)

Traitement ne pouvant être différé Antibiothérapie initiale probabiliste

- 1er choix nitrofurantoïne
- 2ème choix fosfomycine trométamol

Adaptation à l'antibiogramme dès que possible

Durée totale

- Amoxicilline, pivmécilinam et nutrifurantoine : 7 j
- Fosfomycine- trométamol : 3 g à J1-J3-J5
- TMP:5j

Cystites récidivantes Cystites récidivantes Règles hygiénodiététiques Stratégie antibiotique selon le rythme de récidive > 1 épisode/mois = antibioprophylaxie possible < 1 épisode/mois = traitement curatif TMP (à défaut SMX-TMP) ou fosfomycine-trométamol Cf cystite simple ✓ soit continue: Eventuellement auto-médication o TMP 150 mg/j (à défaut SMX-TMP 400-80 mg/j) sur prescription fosfomycine-trométamol 3 g tous les 7 jours ✓ soit péri-coïtale : o dans les 2 heures avant ou après le rapport sexuel o sans dépasser les posologies du traitement continu

PNA - stratégie probabiliste (1)



PNA sans signe de gravité

PNA simple:

Ciprofloxacine ou lévofloxacine (sauf si FQ dans les 6 mois)

OU

Céfotaxime ou ceftriaxone

PNA à risque de complication :

Céfotaxime ou ceftriaxone (à privilégier si hospitalisation)

OU

Ciprofloxacine ou lévofloxacine (sauf si FQ dans les 6 mois)

Si contre-indications : aminoside (amikacine, gentamicine ou tobramycine) ou aztréonam

PNA - stratégie probabiliste (2)



PNA 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

PNA - antibiothérapie de relais



Tous types de PNA (en dehors IU masculine **OU** gravidique)

Désescalade si possible dès que l'antibiogramme est disponible

Relais oral possible si contrôle clinique acquis :

Selon la sensibilité :

- Amoxicilline, à privilégier
- · Amoxicilline acide clavulanique
- · Ciprofloxacine ou lévofloxacine
- Céfixime
- Cotrimoxazole (TMP-SMX)

PNA - durée de traitement



- PNA simple
 - o 7 j si ß-lactamine parentérale **OU** fluoro-quinolone
 - o 5 j si aminoside en monothérapie
 - o 10 j dans les autres cas
- PNA à risque de complication
 - 10 j si évolution rapidement résolutive
 - 14 j autres situations
 - Au cas par cas, rares indications de traitement plus prolongé.

PNA documentées à EBLSE de la femme non enceinte?



1 ^{er} choix	Ciprofloxacine OU lévofloxacine
	Cotrimoxazole (TMP-SMX)
2ème choix	Amoxicilline-acide clavulanique
3 ^{ème} choix	Céfoxitine
	OU pipéracilline-tazobactam
	OU témocilline
4 ^{ème} choix	Amikacine, gentamicine, tobramycine
5 ^{ème} choix	Imipénème OU méropénème, Ertapénème utilisable uniquement si testé

IU masculine - stratégie probabiliste (1)



Sans signe de gravité (Quick-SOFA < 2)

Pauci- symptomatique :

Traitement différé selon documentation microbiologique

Mal toléré **OU** fièvre **OU** rétention aiguë d'urines **OU** autres F. de risque de complications

Ciprofloxacine ou lévofloxacine (sauf si FQ dans les 6 mois)

OU

Céfotaxime ou ceftriaxone

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 masculine - stratégie probabiliste (2)

College of the same of the sam

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

ıO

IU masculines – traitement documenté



	Choix antibiotique selon la sensiblité
1 ^{er} choix	Ciprofloxacine, lévofloxacine
2ème 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)

IU gravidiques: colonisation



Colonisation urinaire (bactériurie asymptomatique)

1 culture monomicrobienne ≥ 10⁵ ufc/mL

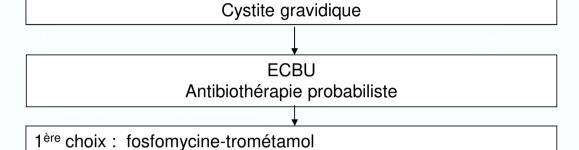
Traitement d'emblée selon l'antibiogramme

- 1er choix: amoxicilline
- 2ème choix : pivmécillinam
- 3ème choix : fosfomycine-trométamol
- 4ème choix: TMP (à éviter les 2 premiers mois)
- 5ème choix (hiérarchie selon impact écologique) :
 - o nitrofurantoïne
 - o cotrimoxazole (SMX-TMP, à éviter les 2 premiers mois)
 - o amoxicilline-acide clavulanique
 - o cefixime

Durée totale : 7 jours sauf fosfomycine-trométamol 1 jour

IU gravidiques : cystite





En cas d'échec ou de résistance :

• 1er choix: amoxicilline

2ème choix : pivmécillinam

- 2ème choix : TMP (à éviter les 2 premiers mois)
- 3ème (hiérarchie selon impact écologique) :
 - o nitrofurantoïne
 - o cotrimoxazole (SMX-TMP, à éviter les 2 premiers mois)
 - o amoxicilline-acide clavulanique
 - o céfixime ou ciprofloxacine

Durée totale : 7 jours sauf fosfomycine-trométamol (1 jour)