

Actualisation 2017 des recommandations sur le diagnostic et l'antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte [1]

Bon usage des antibiotiques dans les infections urinaires (IU)

Le choix de l'antibiotique dans les infections urinaires est primordial et ce dernier se fait selon la situation clinique et la population touchée, afin d'éviter tout risque de résistance.

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

Prévalence de la résistance	ATB	Population/Situations cliniques
< 5%	Fosfomycine trométamol Nitrofurantoïne Aminosides	Pop° générale
≈ 5%	C3G et Aztréonam	Pop° générale
< 10%	Ciprofloxacine/ Lévofloxacine Pivmécillinam	IU simples non récidivantes, sans FQ dans les 6 mois Cystites simples
10 à 20%	AMX-Ac clavulanique Pivmécillinam Ciprofloxacine/Lévofloxacine SMX-TMP	Pop° générale Cystites à risque de complication IU à risque de complication Cystites simples
> 20%	AMX AMX-Ac clavulanique SMX-TMP	Pop° générale Pop° générale <i>selon concentrations adaptées aux PNA et IU masculines</i> IU à risque de complication

LE MOT DE L'EXPERT : Dr Pierre ABGUEGUEN*

Les infections urinaires représentent le deuxième site d'infection en ville et le premier par ordre d'importance pour les infections acquises à l'hôpital. Le volume d'antibiotiques utilisé pour traiter ces infections est donc considérable.

Il est donc normal d'en parler et d'en reparler, ce d'autant que les recommandations changent fréquemment, au risque de s'y perdre.

Ce numéro thématique permet une synthèse sur les dernières recommandations.

Rappelons une chose essentielle : seuls certains signes cliniques doivent conduire à réaliser un ECBU (pas d'ECBU systématique ou fait devant des urines malodorantes) et tout ECBU positif n'est pas synonyme d'infection. La fréquence de la colonisation urinaire est proportionnelle à l'âge chez la femme comme chez l'homme et peut atteindre une proportion importante. Penser à la colonisation urinaire et savoir ne pas traiter par antibiotiques un ECBU positif, car interprété sur la clinique du patient, c'est le meilleur du bon usage !

* PH—Service des maladies infectieuses et tropicales—CHU Angers

Facteurs de risque de développer une infection urinaire

Femme, diabétique, excès ou manque d'hygiène intime, boire peu <1,5L/j, vêtements trop serrés, rapports sexuels, ATB.

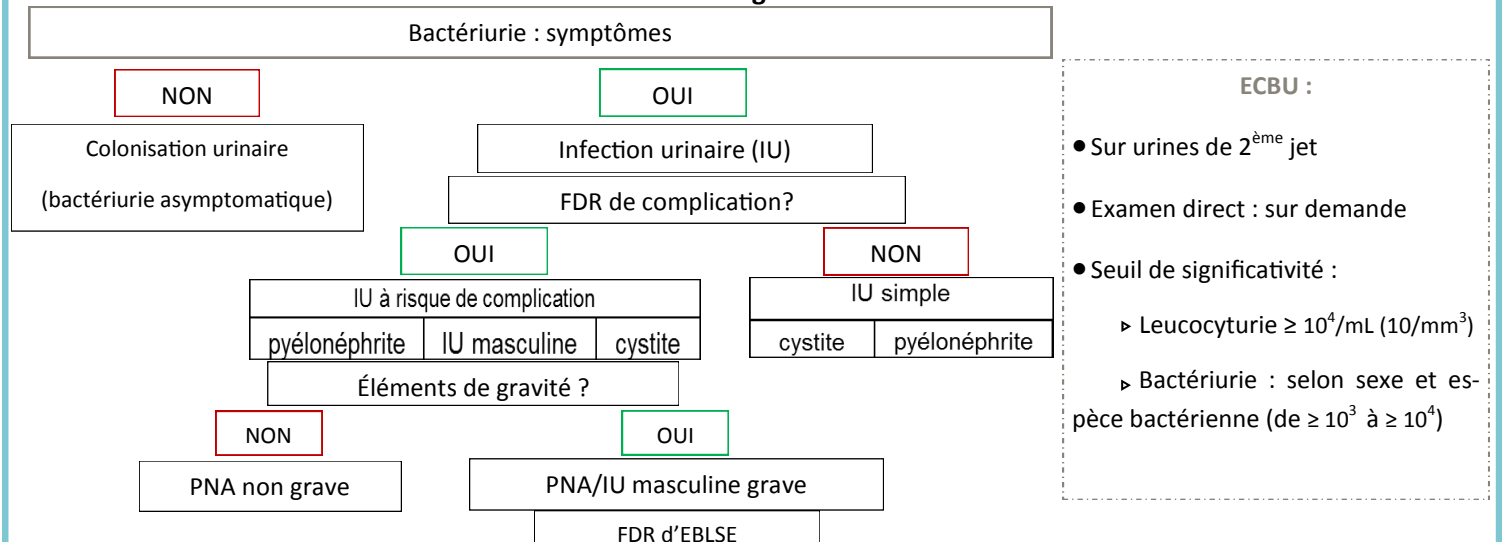
Facteurs de risques de complication

Toute anomalie de l'arbre urinaire, homme, grossesse, sujet âgé fragile, clairance de créatinine <30 ml/mn, immunodépression grave

Éléments de gravité

Sepsis sévère, choc septique, geste urologique hors sondage simple.

Arbre décisionnel d'aide au diagnostic des infections urinaires



[1] spilf-comite-referentiels-iu-communautaires-2018

Recommandations du choix des antibiotiques dans les infections urinaires

CYSTITES SIMPLES

1^{ère} intention : **FOSFOMYCINE-TROMÉTAMOL** 3 g en dose unique

2^{ème} intention : **PIVMÉCILLINAM** 400 mg (2 cp) x 2 par jour pendant 5 jours

CYSTITES A RISQUE DE COMPLICATION

= ECBU systématique avant ATB

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

AMOXICILLINE⁽³⁾ (7j) > PIVMÉCILLINAM (7j) > NITROFURANTOÏNE (7j) > FOSFOMYCINE-TROMÉTAMOL (3g J1,J3,J5) > TRIMETHOPRIME (5j)

Traitement ne pouvant être différé—Antibiothérapie initiale probante

NITROFURANTOÏNE > FOSFOMYCINE-TROMÉTAMOL

(Adapter à l'antibiogramme dès que possible)

CYSTITES RECIDIVANTES

Règles hygiéno-diététiques

Antibiotique selon le rythme de récurrence :

- < 1 épisode/mois = traitement curatif de chaque épisode : cf cystite simple
- > 1 épisode/mois = antibioprophylaxie possible : **TMP⁽⁴⁾** (150 mg/j en continue ou à défaut **Sulfaméthoxazole-Triméthoprim** (400-80 mg/j) ou **Fosfomycine-Trométamol** (3 g tous les 7 jours en continue) ou en péri-coïtale dans les 2h avant ou après rapport sexuel et **sans dépasser les posologies du traitement continu**

COLONISATION URINAIRE

Règle générale

Pas d'antibiothérapie

Colonisation gravidique

Traitement systématique

Amoxicilline	7 jours
Pivmécillinam	
Fosfomycine-trométamol	1 jour
Triméthoprim ⁽¹⁾	
Nitrofurantoïne	
Cefixime	
Cotrimoxazole ⁽¹⁾	7 jours
AMX-Ac.clavulanique	

PNA et IU MASCULINE AVEC ÉLÉMENTS DE GRAVITE⁽²⁾

Pas de choc septique :

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine

Si allergie : aztréonam + amikacine

Si atcd d'IU/colonisation urinaire à EBLSE < 6 mois :

Piperacilline-tazobactam + amikacine

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⁾ < 6 mois OU voyage en zone d'endémie EBLSE :

Imipénème ou méropénème + amikacine

PNA—TRAITEMENT PROBABILISTE

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 **CI** : **AMINOSIDES** ou **AZTREONAM**

ATB DE RELAIS DANS LES PNA et DURÉE DE TTT

Tous types de PNA (en dehors IU masculine ou gravidique)

Désescalade si possible dès que antibiogramme disponible

Relais oral possible si contrôle clinique acquis :

Selon la sensibilité :

- AMX à privilégier
- AMX-Ac clavulanique
- Ciprofloxacine ou Lévofloxacine
- Cefixime
- TMP-SMX⁽⁵⁾

PNA SIMPLE :

7j β-lactamine parentérale ou FQ

5j AMINOSIDES monothérapie

10j autres cas

PNA à RISQUE DE COMPLICATION:

10 à 14j de ttt

CYSTITES GRAVIDIQUES

Probabiliste

Fosfomycine

1 jour

Traiter sans attendre l'ECBU

Pivmécillinam

7 jours

Amoxicilline

Triméthoprim⁽¹⁾

Nitrofurantoïne

Cefixime

Cotrimoxazole⁽¹⁾

7 jours

Adaptée

(si échec du traitement probabiliste)

Ciprofloxacine

ATB DOCUMENTÉS DANS LES IU MASCULINES

Choix ATB selon sensibilité

1^{er}

Ciprofloxacine, Lévofloxacine (14j)

2^{ème}

Sulfaméthoxazole-Triméthoprim (14j)

3^{ème}

Céfotaxime, Ceftriaxone (14j β-lactamines inj)

4^{ème}

Céfoxitine (*E. coli*), Piperacilline-Tazobactam, Témocilline

5^{ème}

Imipénème, Méropénème, Ertapénème

(1) Déconseillés les 2 premiers mois de grossesse (2) Cf éléments de gravité au recto

(3) AMX : Amoxicilline (4) TMP : Triméthoprim (5) SMX-TMP : Sulfaméthoxazole-Triméthoprim (6) FQ : Fluoroquinolones