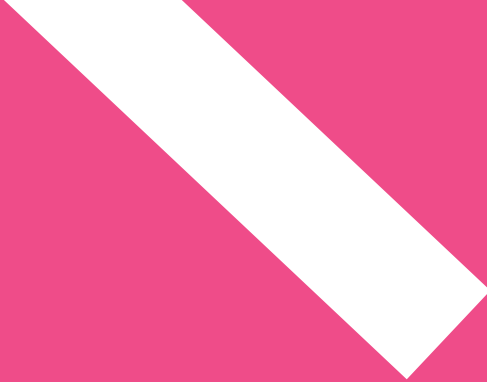




Quizz pipi

Dre Marie Chauveau – EMA 44 – CHU de Nantes
Journée d'infectiologie nantaise 2026





Le drame de ce topo - quizz

Le 9 juin 2026

IUMACA

Infections Urinaires Masculines Aiguës Communautaires de l'Adulte Mise à jour des recommandations



12/06/2025

Matthieu Lafaurie

SMIT Saint-Louis/Lariboisière

Hôpitaux Universitaires
SAINT-LOUIS
LARIBOISIÈRE
FERNAND-WIDAL

Groupe de recommandations de la SPILF

Infections génito-urinaires

Infections urinaires

- Infections urinaires masculines **recommandation attendue en avril 2026**
- Place de l'ECBU avant une prise en charge urologique chirurgicale ou interventionnelle chez l'adulte et mode de colonisation. RBP AFU avec la SPILF et d'autres sociétés [Texte court](#) – [Argumentaire \(texte intégral\)](#) – [indications de l'ECBU » 2026](#)

Recherche

Formation

Congrès et Réunions

Infectio-DPC

YouTube

Rechercher

Q

🔊

10^{ème} JOURNÉE RÉGIONALE
DES ANTIBIO-RÉFÉRENTS

22/01/2026

Nouvelles recommandations dans l'infection urinaire

Dr Matthieu Lafaurie

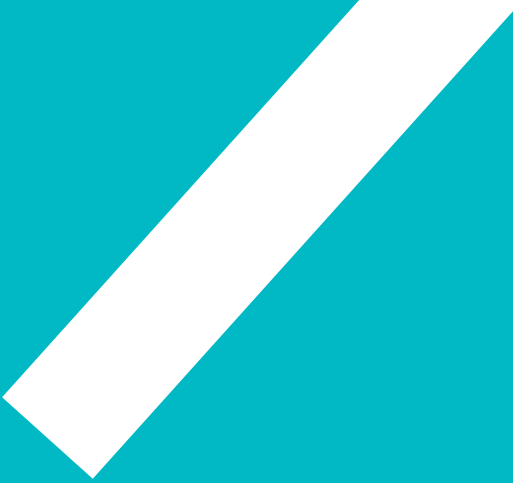
Infectiologue, Hôpital Saint-Louis, Paris

CRATBS
RECHERCHE PAYS DE LA LOIRE

ars
Association Régionale de Santé
Pays de la Loire

En partenariat avec les SMIT des CHU Nantes et Angers
**CHU
NANTES** **CHU
ANGERS**

Dr Matthieu Lafaurie, Nouvelles recommandations dans l'infection urinaire



Mr B., 72 ans

Mr B., 72 ans

- Bon état général
- HTA, goutte, PTG, cholécystectomie, ACFA paroxystique
- Brûlures mictionnelles, pollakiurie depuis 48h (habituellement 3 levers par nuit, mais là, même en journée, va uriner toutes les heures).
- Pas de fièvre ou frissons rapportés
- TA 145/85mmHg, FC 70 bpm, T° 36,8°C



Quel(s) examen(s) complémentaire(s) faites-vous ?

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) faites-vous ?

Bandelette urinaire

ECBU

BU + ECBU

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) faites-vous ?

~~Bandelette urinaire~~

ECBU

~~BU + ECBU~~

Mr B., 72 ans

- Bon état général
- HTA, goutte, PTG, cholécystectomie, ACFA paroxystique
- Brûlures mictionnelles, pollakiurie depuis 48h (habituellement 3 levers par nuit, mais là, même en journée, va uriner toutes les heures).
- Pas de fièvre ou frissons rapportés
- TA 145/85mmHg, FC 70 bpm, T° 36,8°C



Quel est le diagnostic le plus probable ?



Quel est le diagnostic le plus probable ?

Infection urinaire masculine

Prostatite

Pyélonéphrite

Cystite

On s'en fiche, de toute façon ça ne change pas le traitement



Quel est le diagnostic le plus probable ?

~~Infection urinaire masculine~~

~~Prostatite~~

~~Pyélonéphrite~~

~~Cystite~~

~~On s'en fiche, de toute façon ça ne change pas le traitement~~

Infections urinaires masculines

Cystite

Clinique : apparition **aiguë** brûlures per-mictionnelles, pollakiurie, nycturie, urgenturie, douleur hypogastre

ET apyrexie

ET absence de douleur lombaire

ET ECBU positif

Pas de BU

Hématurie isolée = pas un signe de cystite

RAU isolé = pas d'ECBU, pas d'ATB

Prostatite

Clinique : **signes cystite**

ET fièvre

ET ECBU positif

TR que si doute diagnostic sur type d'IU

Pyélonéphrite

Clinique : **douleur lombaire***

ET fièvre

ET ECBU positif

* Douleur spontanée ou à l'ébranlement

Mr B., 72 ans

- Bon état général
- HTA, goutte, PTG, cholécystectomie, ACFA paroxystique
- Brûlures mictionnelles, pollakiurie depuis 48h (habituellement 3 levers par nuit, mais là, même en journée, il va uriner toutes les heures).
- Pas de fièvre ou frissons rapportés
- TA 145/85mmHg, FC 70 bpm, T° 36,8°C



Il est très gêné par ses symptômes : quel est votre traitement probabiliste ?

Il est très gêné par ses symptômes : quel est votre traitement probabiliste ?

~~Rocéphine 1g/jour IV ou SC~~

~~Ciprofloxacin 500mg x2/jour 14 jours~~

~~Bactrim forte 1 cp x2/jour pendant 14 jours~~

~~Fosfomycine-trométamol 3g J1 – J3 – J5~~

~~Pivmecillinam 400mg x2/jour 7 jours~~

~~Nitrofurantoïne 100mg x3/jour 7 jours~~



Finalemment, vous avez décidé de temporiser
L'ECBU revient positif avec leucocyturie 260 000/mL,
10⁵ UFC/mL *E. coli* résistant uniquement au
triméthoprime.
Quel est votre traitement ?

E. coli résistant uniquement au triméthoprim.

Quel est votre traitement ?

~~Ciprofloxacine 500mg x2/jour 14 jours~~

~~Ciprofloxacine 500mg x2/jour 7 jours~~

~~Amoxicilline 1g x3/jour~~

Fosfomycine trométamol 3g J1- J3- J5

Pivmecillinam 400mg x2/jour 7 jours

~~Pivmecillinam 400mg x2/jour 14 jours~~

Nitrofurantoïne 100mg x3/jour 7 jours

Un mot de microbio

Pas en probabiliste

	E. coli (tous), % souches sensibles		E. coli BLSE, % souches sensibles	
	Adultes > 15 ans, ville > 600 000 souches	EHPAD > 36 000 souches	Adultes > 15 ans, ville > 29 000 souches	EHPAD > 3 000 souches
Nitrofurantoïne	99,5	99,2	98,5	97,9
Fosfomycine	97,9	96,8	95,7	94
Mecillinam	92,3	89,8	92,4	90,4
Ceftriaxone	94,9	90	0,8	0,4
Céfixime	93,7	87,9	1,1	1,2
Ciprofloxacine	87,0	83,3	21,7	22,1
Lévofoxacine	85,9	82,9	20,9	21,6
Amox-clav	79,7 (cystite)	73,9 (cystite)	67,4 (cystite)	58,3 (cystite)
Cotrimoxazole	77,6	76,2	44,8	50,8
Amoxicilline	51,8	43,7	0	0

Cystite de l'homme, traitement

➤ Idem que la **cystite à risque de complication** chez la femme

➤ **Probabiliste** (symptomatologie très invalidante) :

- > Fosfomycine-trométamol 3g J1 J3 J5
- > 2° intention : Nitrofurantoïne* ou pivmecillinam

** sauf si DFG connu > 45mL/min*

➤ **Adapté**

- > 1° intention : fosfomycine-trométamol, nitrofurantoïne, pivmecillinam, triméthoprim **7 jours** (fosfo J1 J3 J5)
- > 2° intention : amoxicilline, cotrimoxazole, amox-ac clavulanique

NB : fosfomycine-trométamol, pivmecillinam, nitrofurantoïne : **hors-AMM** → informer le patient, noter sur l'ordo « hors AMM mais prescription selon les recommandations nationales ».

Mr B., 72 ans

- Il était assez peu gêné par ses symptômes de cystite, vous avez donc temporisé.
- Voici le résultat de son ECBU.

Examen cytot bactériologique des urines
Mode de prélèvement : Milieu de jet

Renseignements cliniques	Signes de pyélonéphrite
EXAMEN MICROSCOPIQUE	
Hématies	71 /mm3
Leucocytes	455 /mm3
technique automatisée de microscopie et analyse d'images (DxU - Beckman Coulter)	
Cellules épithéliales	Rares
Cellules rondes	Rares

CULTURE ET IDENTIFICATION	
Numération bactérienne totale	10 000 UFC/mL

Escherichia coli	
Antibiogramme réalisé.	
Méthode d'identification	gélose chromogène
Phénotype de résistance	Ne pas utiliser de fluoroquinolone en monothérapie

	<i>Escherichia coli</i> Risque d'échec thérapeutique si fluoroquinolone	
	Interprétation	CMI (mg/L)
Ampicilline (a)	S	<= 2
Amoxicilline + ac.clav./Entérobactéries/Cystite (a)	S	<= 4
Amoxicilline + ac.clav./Entérobactéries/Autre (a)	S	<= 4
Mécillinam (a)	S	<= 1
Pipéracilline + tazobactam (a)	S	<= 4
Céfoxitine (a)	S	<= 4
Céfixime (a)	S	<= 0.25
Ceftriaxone/hors méningite (a)	S	<= 0.25
Ceftazidime (a)	S	<= 0.12
Céfépime (a)	S	<= 0.12
Ertapénème (a)	S	<= 0.12
Imipénème (a)	S	<= 0.25
Amikacine (a)	S	2
Lévofloxacine (a)	S	0.25
Cotrimoxazole (a)	S	<= 20
Fosfomycine/IV (a)	S	<= 16
Nitrofurantoïne (a)	S	<= 16

Examen cyto bactériologique des urines
Mode de prélèvement : Milieu de jet

Renseignements cliniques Signes de pyélonéphrite

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Hématies	71 /mm3
Leucocytes	455 /mm3
technique automatisée de microscopie et analyse d'images (DxU - Beckman Coulter)	
Cellules épithéliales	Rares
Cellules rondes	Rares

CULTURE ET IDENTIFICATION

Numération bactérienne totale 10 000 UFC/mL

Escherichia coli

Antibiogramme réalisé.	
Méthode d'identification	gélose chromogène
Phénotype de résistance	Ne pas utiliser de fluoroquinolone en monothérapie

INFECTION URINAIRE PROBABLE SI CLINIQUE EVOCATRICE

	<i>Escherichia coli</i> Risque d'échec thérapeutique si fluoroquinolone	
	Interprétation	CMI (mg/L)
Ampicilline (a)	S	<= 2
Amoxicilline + ac.clav./Entérobactéries/Cystite (a)	S	<= 4
Amoxicilline + ac.clav./Entérobactéries/Autre (a)	S	<= 4
Mécillinam (a)	S	<= 1
Pipéracilline + tazobactam (a)	S	<= 4
Céfoxitine (a)	S	<= 4
Céfixime (a)	S	<= 0.25
Ceftriaxone/hors méningite (a)	S	<= 0.25
Ceftazidime (a)	S	<= 0.12
Céfépime (a)	S	<= 0.12
Ertapénème (a)	S	<= 0.12
Imipénème (a)	S	<= 0.25
Amikacine (a)	S	2
Lévofloxacine (a)	S	0.25
Cotrimoxazole (a)	S	<= 20
Fosfomycine/IV (a)	S	<= 16
Nitrofurantoïne (a)	S	<= 16

Mr B., 72 ans

- Vous n'avez pas le temps de le rappeler pour lui faire une ordonnance de Fosfomycine qu'il vous recontacte pour vous signaler qu'il a de la fièvre. 38,5°C rapportés. A l'examen, pas de signe de gravité, pas de douleur en fosse lombaire.

38,5°C rapportés. A l'examen, pas de signe de gravité, pas de douleur en fosse lombaire.

Faut-il :

- faire un TR
- faire une bio : NFs, CRP, hémocultures, créatininémie
- doser le PSA
- antibiothérapie probabiliste par Ceftriaxone
- prévoir une échographie des voies urinaires en urgence

38,5°C rapportés. A l'examen, pas de signe de gravité, pas de douleur en fosse lombaire.

Faut-il :

- ~~faire un TR~~
- ~~faire une bio : NFs, CRP, hémocultures, créatininémie~~
- ~~doser le PSA~~
- antibiothérapie probabiliste par Ceftriaxone
- ~~prévoir une échographie des voies urinaires en urgence~~

Prostatite aiguë

Imagerie

en urgence si suspicion RAU et/ou sepsis / choc septique
dans les 72h si évolution défavorable malgré antibiothérapie adaptée

Adressage aux urgences si :

- obstruction suspectée ou confirmée
- risque d'évolution vers sepsis / choc septique : 3 critères parmi âge > 65 ans, T° > 38°C, PAS < 110mmHg, FC > 110bpm, SpO2 < 95%, confusion
- si voie orale ou maintien à domicile impossible (vomissements, confusion, décompensation comorbidité,...)

IUM fébrile – antibiothérapie probabiliste

- ✓ Pas de sepsis, pas de choc ET pas d'ATCD infection ou colonisation à E-C3G R (BLSE notamment) < 3 mois
Ceftriaxone IV ou SC
ou Ciprofloxacin ou lévofloxacin PO *si pas de FQ dans les 6 derniers mois et prise orale possible*

si Tt initié en milieu hospitalier : Ceftriaxone ou Céfotaxime
- ✓ Pas de sepsis, pas de choc mais ATCD infection ou colonisation E-C3G-R < 3 mois
selon sensibilité : fluoroquinolones si sensible, ou initiation du traitement en milieu hospitalier
si antibiogramme non disponible : C3G IV + amikacine IV

Antibiothérapie de relais – IUM fébrile

➤ Prostatite : 14 jours 21 jours si abcès prostatique non drainé

1° intention, par ordre préférentiel : cotrimoxazole, fluoroquinolone

2° intention : après 5 jours de Tt parentéral, fosfomycine-trométamol quotidien, amoxicilline, amox-clav, céfixime

➤ Pyélonéphrite : 7 jours si B-lactamine parentérale ou FQ ou cotrimoxazole 10 jours sinon

Par ordre préférentiel : amoxicilline, cotrimoxazole, amox-clav, fluoroquinolone, céfixime

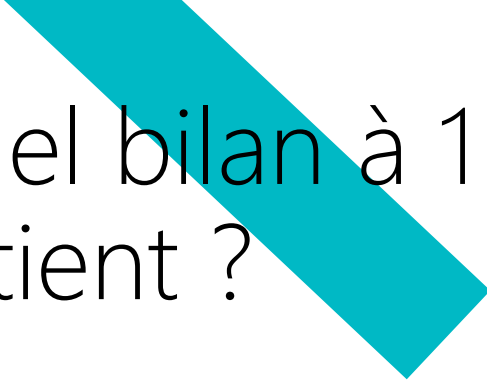
Si pas de relais oral possible (résistance ou contre indication)

C3G IV ou SC si entérobactérie sensible

si R C3G : témocilline, céfoxitine, piéracilline-tazobactam, (carbapénèmes en 2° intention) > Avis infectiologie



Quel bilan à 1 mois d'une prostatite aiguë chez ce patient ?



Quel bilan à 1 mois d'une prostatite aiguë chez ce patient ?

Aucun

Un interrogatoire pour rechercher une hématurie et des symptômes du bas appareil urinaire

Un score IPSS et un calendrier mictionnel

Un toucher rectal

Un dosage du PSA

Une échographie des voies urinaires avec mesure du résidu post-mictionnel

Quel bilan à 1 mois d'une prostatite aiguë chez ce patient ?

Aucun

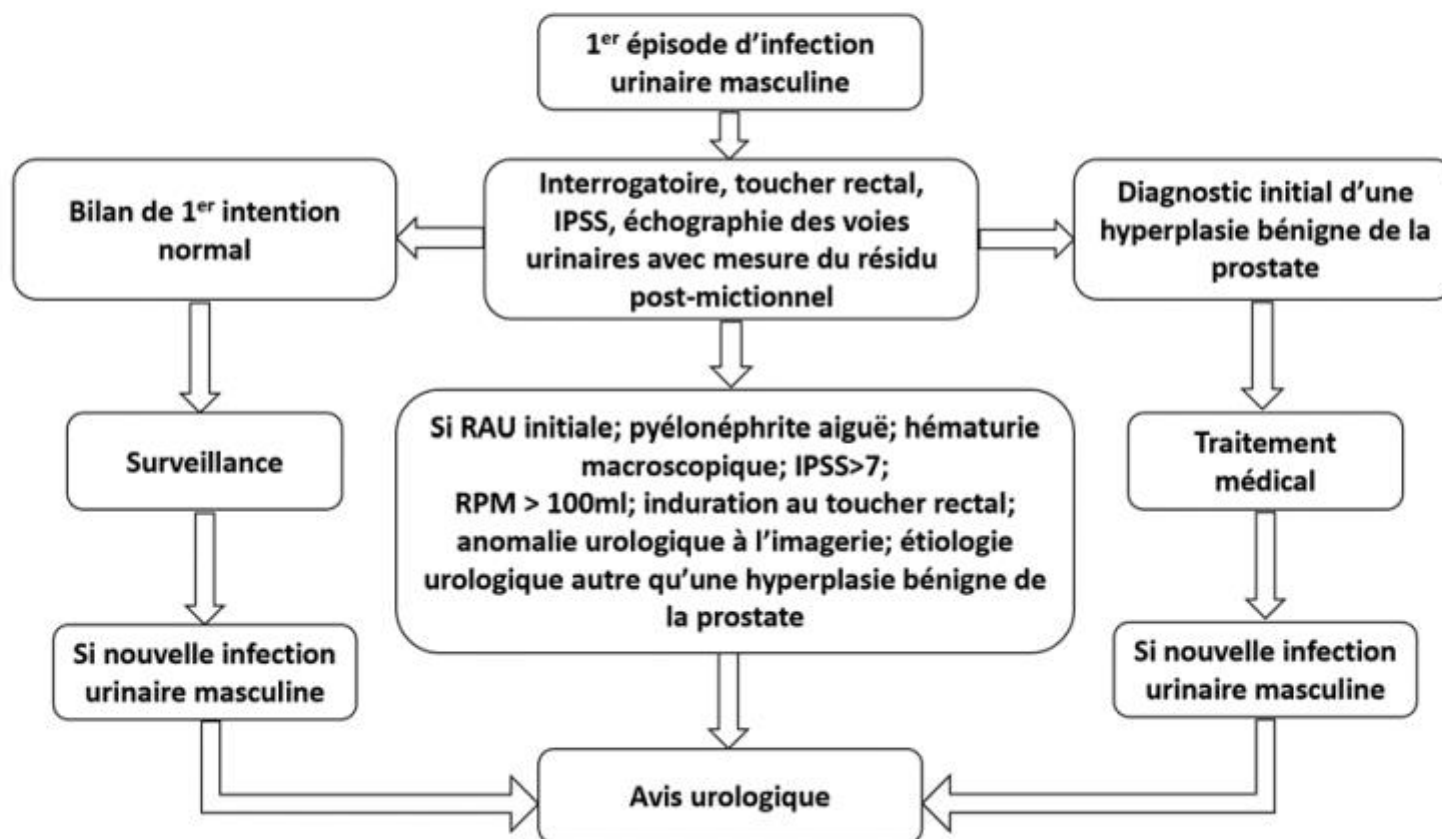
Un interrogatoire pour rechercher une hématurie et des symptômes du bas appareil urinaire

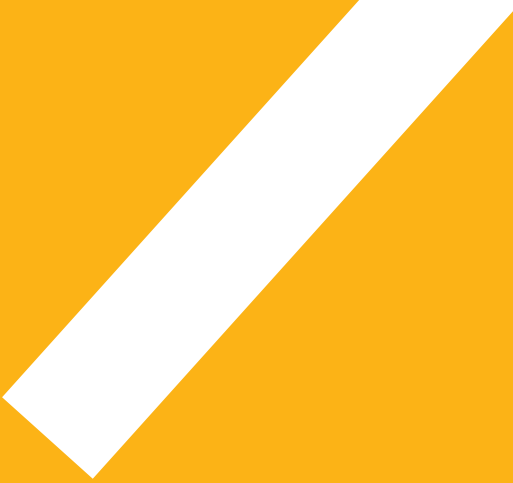
Un score IPSS et un calendrier mictionnel

Un toucher rectal

Un dosage du PSA

Une échographie des voies urinaires avec mesure du résidu post-mictionnel





Mme C. 86 ans

Mme C. réside en EHPAD

- GIR 3, se déplace avec canne
- Troubles des fonction sup avec MMSE 14/30, séquelles d'AVC ischémique
- Incontinente
- Tachycardie supraventriculaire
- Nodule thyroïdien
- Gonarthrose – viscosupplémentation
- Ostéoporose fracturaire (poignet)
- MGUS IgG lambda
- Cataracte
- HTA

Mme C. 86 ans, réside en EHPAD

- Vous êtes contacté par l'IDE de l'EHPAD car elle a présenté 3 chutes en 1 semaine, ce qui est inhabituel pour elle
- L'aide soignante a remarqué depuis 5 jours des urines malodorantes et a effectué une BU qui s'avère positive avec leuco +++ / nitrites ++
- L'infirmière vous demande si elle envoie un ECBU



L'IDE vous demande si elle envoie un ECBU

NON

Mme C. 86 ans, réside en EHPAD

- L’infirmière vous rappelle 72h plus tard.
- Pas de nouvelle chute, mais elle la trouve plus désorientée que d’habitude. Elle-même a constaté que les urines étaient effectivement malodorantes.
- Elle a reçu les résultats de l’ECBU réalisé

Examen cyto bactériologique des urines

Mode de prélèvement : Milieu de jet

Renseignements cliniques

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Hématies	191 /mm3
Leucocytes	3214 /mm3
technique automatisée de microscopie et analyse d'images (DxU - Beckman Coulter)	

CULTURE ET IDENTIFICATION

Numération bactérienne totale	>= 100 000 UFC/mL
-------------------------------	-------------------

Escherichia coli	
Antibiogramme réalisé.	
Méthode d'identification	gélose chromogène
Phénotype de résistance	Entérobactérie productrice de BLSE (BMR)
Phénotype de résistance	Ne pas utiliser de fluoroquinolone en monothérapie
Commentaire	Précautions complémentaires nécessaires

INFECTION URINAIRE PROBABLE SI CLINIQUE EVOCATRICE

Escherichia coli		
Phénotype BLSE		
Risque d'échec thérapeutique si fluoroquinolone		
	<i>Interprétation</i>	<i>CMI (mg/L)</i>
Ampicilline (a)	R	> 16
Amoxicilline + ac.clav./Entérobactéries/Cystite (a)	S	<= 4
Amoxicilline + ac.clav./Entérobactéries/Autre (a)	S	<= 4
Mécillnam (a)	S	<= 1
Pipéracilline + tazobactam (a)	S	<= 4
Témocilline/cystite (b)	S	
Témocilline/hors cystite (b)	SFP	
Céfoxitine (a)	S	<= 4
Céfixime (a)	R	> 2
Ceftriaxone/hors méningite (a)	R	> 32
Ceftazidime (a)	R	8
Céfépime (a)	R	
Ertapénème (a)	S	<= 0.12
Imipénème (a)	S	<= 0.25
Amikacine (a)	S	2
Lévofloxacine (a)	SFP	1
Cotrimoxazole (a)	R	> 160
Fosfomycine/IV (a)	S	<= 16
Nitrofurantoïne (a)	S	<= 16



Que proposez-vous à l'infirmière ?



Que proposez-vous à l'infirmière ?

Constantes : fièvre ?

Plainte de la patiente ?

Éléments d'inquiétude ?

Contact RTH/CPIAS si questions sur les précautions d'hygiène

Aller voir la Mme C. ?

Mme C. 86 ans, réside en EHPAD

- Vous finissez par aller voir Mme C.
- Votre examen clinique est le suivant : apyrexie, SpO2 96%, eupnéique AA
- Désorientée, mais comme lors de votre dernière visite
- Auscultation pulmonaire = qq ronchi aux bases
- Abdomen souple et indolore
- Pas de grimace ni gémissement à l'ébranlement des fosses lombaires
- Cutané RAS hormis qq excoriations (peau fragile) et 2 petits hématomes.



Que faites-vous ?



Que faites-vous ?

Pas d'antibiothérapie

Consigne de surveillance chutes

Vous recontacter si fièvre

Mentionner le portage E-BLSE si hospitalisation



LE CONTEXTE

L'antibiorésistance, un problème majeur de Santé Publique

LE PROGRAMME

ANTIB'EHPAD, un outil complet à destination de tous les soignants.

LA FORMATION

Se former, une mesure efficace pour lutter contre l'antibiorésistance.

LES OUTILS

La boîte à outil, une ressource indispensable pour débiter et pérenniser le programme.

CHECK-LIST

- ➔ Lancement du programme Antib'EHPAD
 - ☐ Création d'un compte sur www.antibehpad.fr
 - ☐ Découvrir le site puis lire la synthèse dans l'onglet "programme"
- ➔ Informer toute l'équipe soignante du lancement du programme.
 - ☐ Envoyer un mail type proposé dans l'onglet "programme" à tous les soignants
- ➔ Débuter le programme en utilisant les affiches :
Commande possible de plusieurs exemplaires dans la boîte à outils
 - ☐ Affiche "le bon usage des antibiotiques en EHPAD"
 - ☐ Affiche "CAT à tenir devant une suspicion d'infection urinaire en ESMS"
 - ☐ Proposer aux soignants le quizz Antib'EHPAD
- ➔ Mettre à disposition de l'équipe soignante :
 - ☐ Les sous mains "durée d'antibiothérapie en EHPAD"
 - ☐ Les mémos durée d'antibiothérapie (en format poche)
- ➔ Mettre en place des temps de formation pour toute l'équipe soignante :
 - ☐ vidéos dans l'onglet "contexte"
 - ☐ vidéos de formation par des situations cliniques dans l'onglet "formation"
 - ☐ E-learning pour les médecins dans l'onglet "formation"
- ➔ Informer les résidents et leur famille du programme mis en place
 - ☐ Affiches et flyers
Commande possible de plusieurs exemplaires dans la boîte à outils
- ➔ Faire un bilan de mise en route du programme à 3 mois puis à 6 mois
 - ☐ Identifier les axes d'amélioration
 - ☐ Compléter à nouveau le quizz Antib'EHPAD



Des questions sur les BLSE, SARM, etc... en EMS ?

HYGIÈNE & ANTIBIOTHÉRAPIE
DES EXPERTS PRÈS DE CHEZ VOUS

RTH : Réseau Territorial en Hygiène ou Equipe Mobile en Hygiène (EMH)
EMA : Equipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie

RTH CORHYLIN
hygiene@ch-cnp.fr
07-61-71-26-18

RTH COLINES
secretariat.hygiene@ch-saintnazaire.fr
02-72-27-85-30

RTH ELEPH-AN
cpias.pdl@chu-nantes.fr
02-40-08-39-86

EMA
02-40-08-33-15
téléexpertise
via omnidoc
(carte RPPS + carte vitale résident)
€ rémunération CPAM directe

CHU NANTES

LES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES (BMR) ET LES BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES ÉMERGENTES (BHR_e) POUR LE RÉSIDENT ET SA FAMILLE



LES BMR/BHR_e EN PRATIQUE, SI JE SUIS PORTEUR ?

AU QUOTIDIEN

Vous pouvez continuer vos activités, sans précautions particulières en respectant une hygiène corporelle habituelle. Il n'y a pas de risque pour votre famille et vos proches si vous respectez les règles d'hygiène simples.

Effectuez une toilette quotidienne avec votre savon habituel et utilisez une serviette propre qui vous est personnelle.

Effectuez régulièrement un lavage des mains avec votre savon habituel ou une solution hydro-alcoolique chaque fois que nécessaire :

- Après chaque passage aux toilettes
- Après vous être mouché, avoir toussé ou éternué
- Avant de préparer le repas ou de passer à table.

L'entretien du linge et de la vaisselle se fait avec celui de vos proches. Comme les autres bactéries, les BMR sont détruites par la chaleur et les produits ménagers.

DANS LE MILIEU DE SOINS

Que doivent faire les personnes qui me rendent visite ?

Il faut se désinfecter les mains avec une solution hydro-alcoolique en entrant et en sortant de la chambre. Il n'y a pas de restriction sur les visites (enfants en bas âge...).

Pourquoi existe-t-il une prise en charge différente entre l'hôpital et l'EHPAD ?

L'EHPAD est un lieu de vie : l'objectif n'est pas d'isoler la personne, mais de limiter la diffusion des bactéries.

L'hôpital est un lieu où la charge en soins est très importante avec des risques de diffusion et d'infection plus importants. Les précautions d'accueil et les dépistages sont renforcés.



Quelques mois plus tard

- Vous revoyez Mme C. parce qu'elle est fébrile
- T° 38,7°C, TA 145/90 mmHg, FC 110bpm, non marbrée, eupnéique AA
- Etat neuro habituel
- Elle se plaint du bas ventre
- A l'examen clinique : auscultation pulmonaire claire, abdomen sensible, rien sur la peau, franche sensibilité à l'ébranlement lombaire droit.



Que faites-vous si a reçu de l'augmentin il ya 2 mois
pour un érysipèle ?



Que faites-vous si elle a reçu de l'Augmentin il y a 2 mois ?

Rocéphine 1g IV

Rocéphine 1g IM

Rocéphine 1g SC

Ciprofloxacine 500mg x2/jour PO

Levofloxacine 500mg x1/jour PO

Quelques mois plus tard

- Vous avez débuté de la Ceftriaxone 1g/jour IV depuis 72h, quand vous recevez les résultats de l'ECBU

Examen cyto bactériologique des urines

Mode de prélèvement : Milieu de jet

Renseignements cliniques

Signes d'infection urinaire

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Hématies 21 /mm3

Leucocytes 110 /mm3

technique automatisée de microscopie et analyse d'images
(DxU - Beckman Coulter)

CULTURE ET IDENTIFICATION

Numération bactérienne totale 1 000 UFC/mL

Klebsiella pneumoniae

Antibiogramme réalisé.

Méthode d'identification spectrométrie de masse (Sirius - BRUKER)

Phénotype de résistance Entérobactérie productrice de BLSE (BMR)

Commentaire Précautions complémentaires nécessaires

INFECTION URINAIRE PROBABLE SI CLINIQUE EVOCATRICE

	<i>Klebsiella pneumoniae</i> Phénotype BLSE	
	Interprétation	CMI (mg/L)
Ampicilline (a)	R	> 16
Amoxicilline + ac.clav./Entérobactéries/Cystite (a)	R	> 32
Amoxicilline + ac.clav./Entérobactéries/Autre (a)	R	> 32
Pipéracilline + tazobactam (a)	R	> 64
Témocilline (b)	R	
Céfoxitine (a)	R	32
Céfixime (a)	R	> 2
Ceftriaxone/hors méningite (a)	R	> 32
Ceftazidime (a)	R	> 32
Céfépime (a)	R	> 16
Ertapénème (a)	S	<= 0.25
Imipénème (a)	S	<= 0.25
Lévofloxacine (a)	R	> 4
Cotrimoxazole (a)	R	> 160
Nitrofurantoïne (a)	R	256



Que faites-vous si elle et sa fille ont à plusieurs reprises exprimé leur refus catégorique qu'elle soit hospitalisée ?

Que faites-vous si elle et sa fille ont à plusieurs reprises exprimé leur refus catégorique qu'elle soit hospitalisée ?

Vous la faites hospitaliser quand même

Vous appelez l'infectiologue

Vous prescrivez de l'imipénème IV à l'EHPAD

Vous prescrivez de l'ertapénème IV à l'EHPAD

Vous prescrivez de l'ertapénème SC à l'EHPAD

Que faites-vous si elle et sa fille ont à plusieurs reprises exprimé leur refus catégorique qu'elle soit hospitalisée ?

~~Vous la faites hospitaliser quand même~~

Vous appelez l'infectiologue

~~Vous prescrivez de l'imipénème IV à l'EHPAD~~

Vous prescrivez de l'ertapénème IV à l'EHPAD*

Vous prescrivez de l'ertapénème SC à l'EHPAD*

Antibiothérapie sous-cutanée

- Enfin des recommandations : encadre la pratique.
- Quand la voie PO / IV ou IM n'est pas possible ou pas adaptée
- En l'absence d'infection grave, ou de dermatose étendue
- Même posologie et même dilution qu'en IV
- Perfusion gravitaire de 20 minutes
- Cadre réglementaire : informer + consentement (hors AMM) à tracer dans le dossier ; surveiller ++ site d'injection
- Modèles d'ordonnance IDE + pharma
- Nombreuses molécules envisageables (+/- sur avis) SAUF aminosides (contre indication formelle)

Synthèse

- ✓ Cystite / PNA / prostatite (cystite fébrile) chez l'homme
- ✓ Même dans la prostatite les FQ passent en 2° intention
- ✓ Toute prostatite aiguë doit inviter à un minimum d'explorations urologiques
- ✓ Symptôme aspécifique + ECBU positif du sujet âgé : ce n'est probablement pas une infection urinaire
- ✓ Antibiothérapie sous cutanée : une pratique enfin encadrée !