

# 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

- La SPILF remercie les sociétés savantes auxquelles les auteurs participants sont affiliés:
  - AFU
  - SFM
  - CNGE
  - SFR
  - SFG
  - GPIIP 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

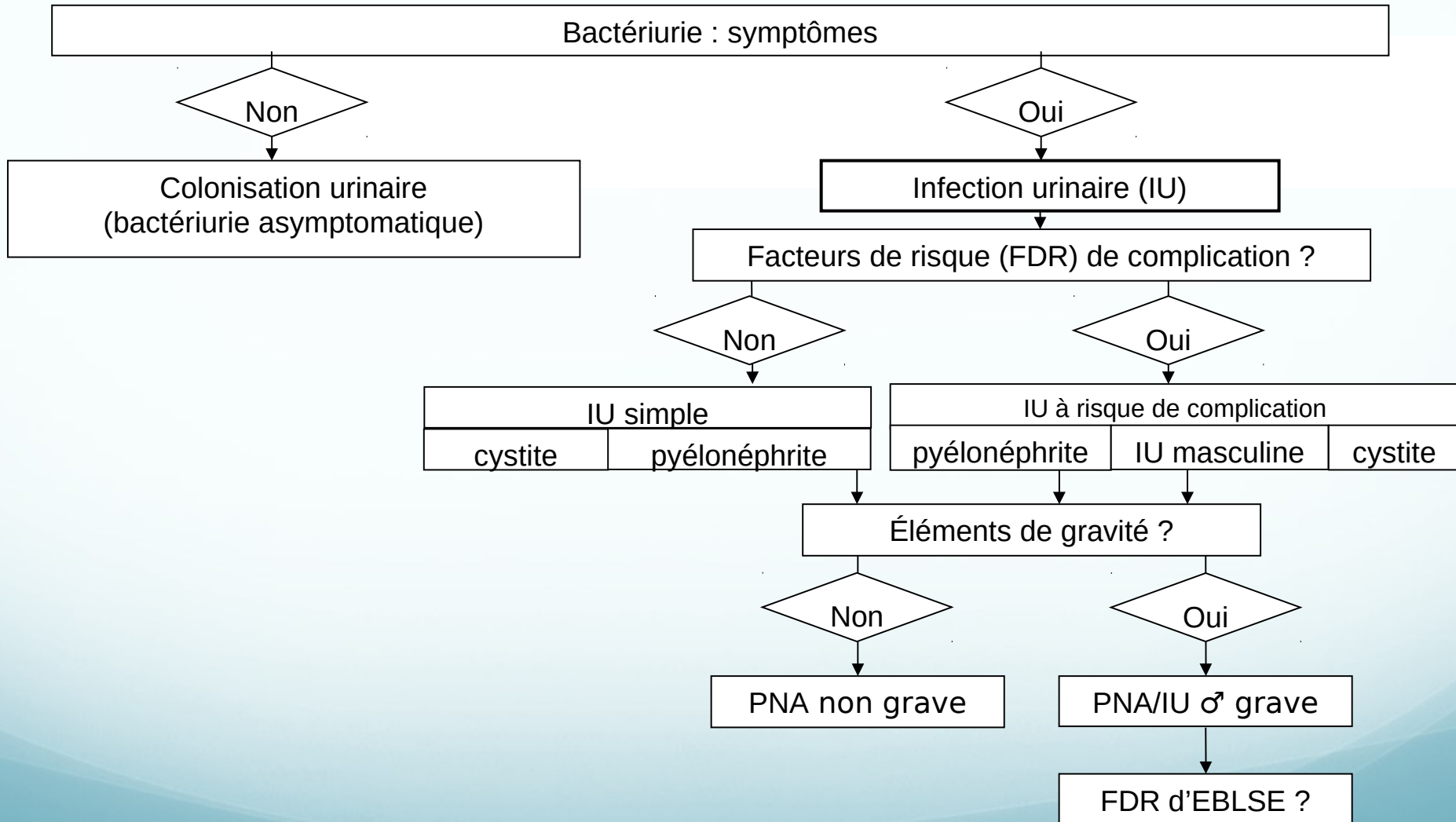
## **Éléments de gravité :**

- sepsis sévère (Quick SOFA  $\geq 2$ )
- 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

# Stratégie



- Sur urines de 2<sup>ème</sup> 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

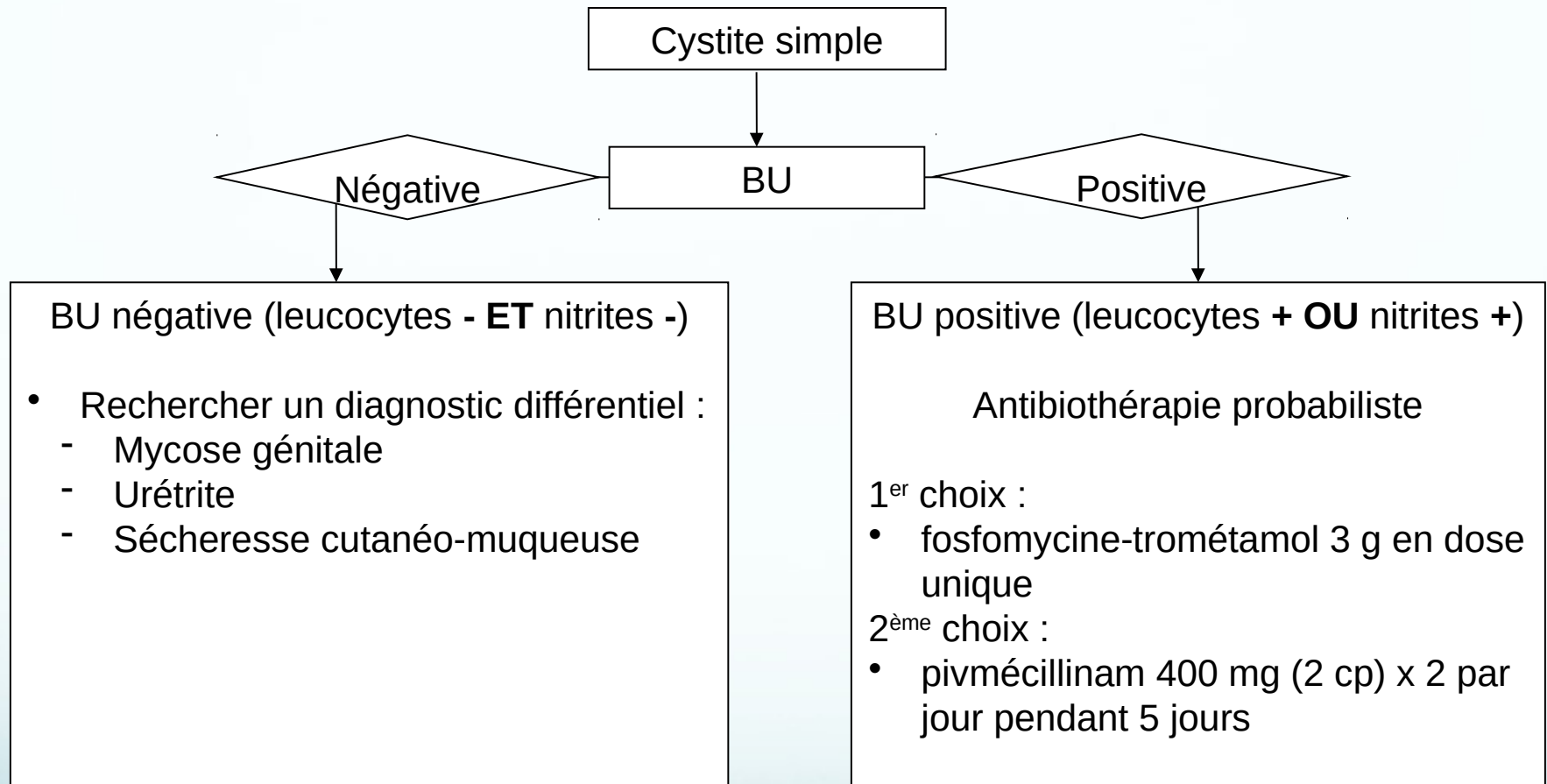
Espèces bactériennes	Seuil de significativité (UFC/mL)	
	Homme	Femme
<i>E. coli</i> , <i>S. saprophyticus</i>	$\geq 10^3$	$\geq 10^3$
Entérobactéries autres que <i>E. coli</i> , entérocoque, <i>C. urealyticum</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>	$\geq 10^3$	$\geq 10^4$

# 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



# Cystites à risque de complication

Cystite à risque de complication  
= ECBU

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

- 1<sup>er</sup> choix amoxicilline
- 2<sup>ème</sup> choix pivmécillinam
- 3<sup>ème</sup> choix nitrofurantoïne
- 4<sup>ème</sup> choix fosfomycine-trométamol
- 5<sup>ème</sup> choix triméthoprime (TMP)

Traitement ne pouvant être différé  
Antibiothérapie initiale probabiliste

- 1<sup>er</sup> choix nitrofurantoïne
- 2<sup>ème</sup> choix fosfomycine - trométamol

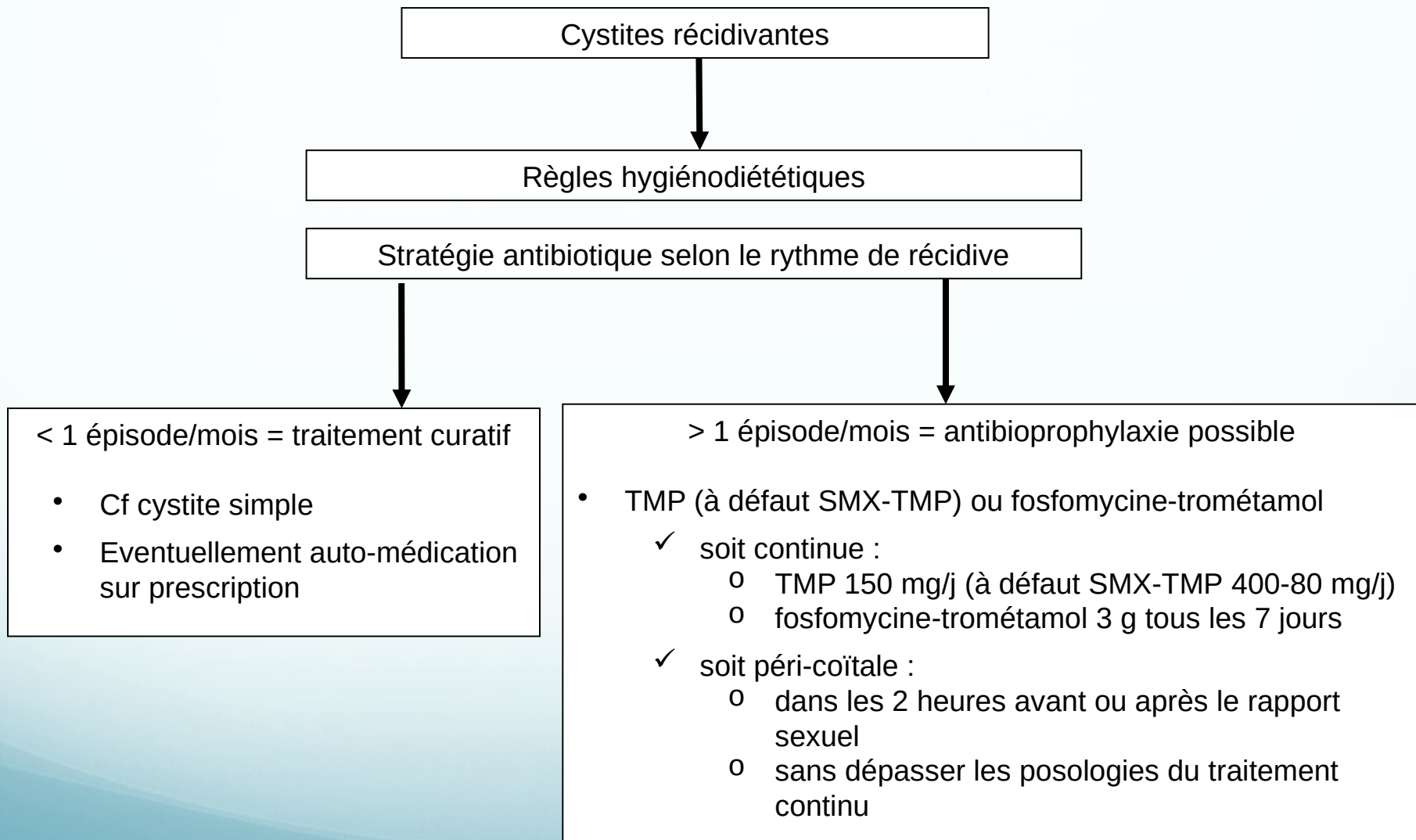
Adaptation à l'antibiogramme dès que  
possible

Durée totale

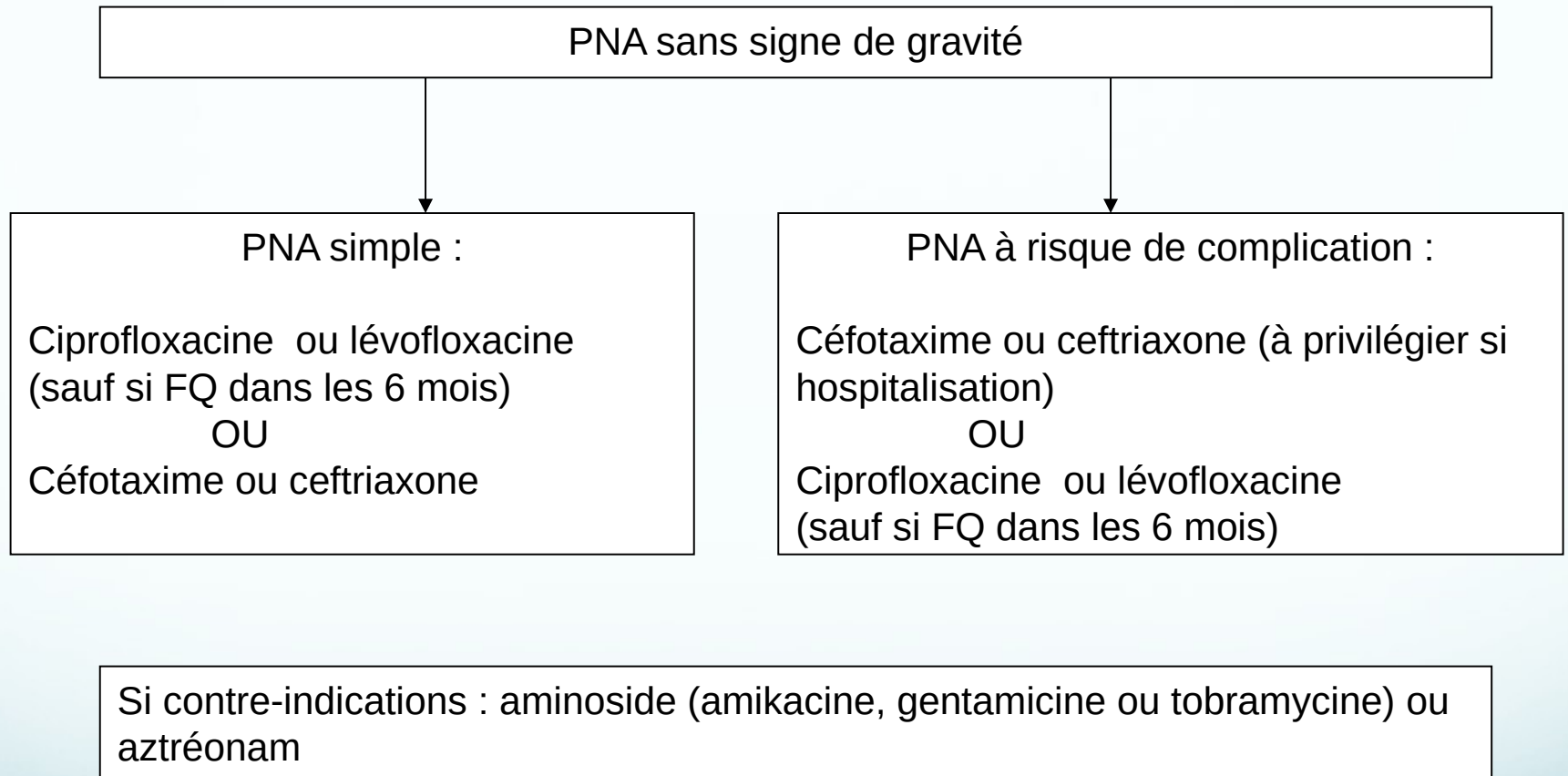
- Amoxicilline, pivmécillinam et nitrofurantoïne : 7 j
- Fosfomycine- trométamol : 3 g à J1-J3-J5
- TMP : 5 j



# Cystites récidivantes



# PNA - stratégie probabiliste (1)



# PNA - stratégie probabiliste (2)

PNA avec signes de gravité (quick-SOFA  $\geq$  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
- Ciprofloxacin ou lévofloxacin
- Céfixime
- Cotrimoxazole (TMP-SMX)

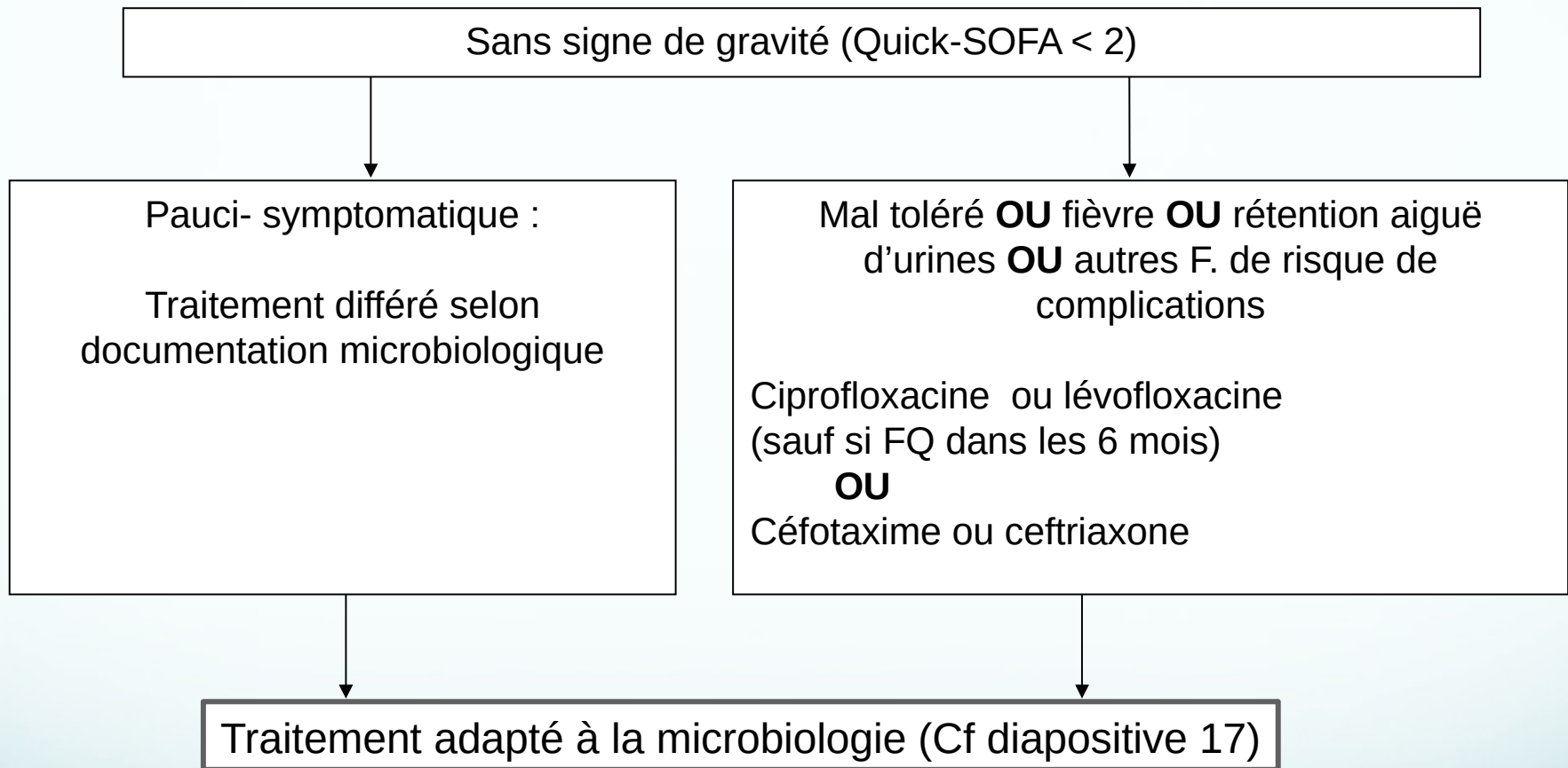
# PNA - durée de traitement

- PNA simple
  - 7 j si  $\beta$ -lactamine parentérale **OU** fluoro-quinolone
  - 5 j si aminoside en monothérapie
  - 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 <sup>er</sup> choix	Ciprofloxacine <b>OU</b> lévofloxacine Cotrimoxazole (TMP-SMX)
2 <sup>ème</sup> choix	Amoxicilline-acide clavulanique
3 <sup>ème</sup> choix	Céfoxitine <b>OU</b> pipéracilline-tazobactam <b>OU</b> témocilline
4 <sup>ème</sup> choix	Amikacine, gentamicine, tobramycine
5 <sup>ème</sup> choix	Imipénème <b>OU</b> méropénème, Ertapénème utilisable uniquement si testé

# IU masculine - stratégie probabiliste (1)



## Durée de traitement

- 14 j si ciprofloxacine, lévofloxacine, cotrimoxazole,  $\beta$ -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  $\geq$  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,  $\beta$ -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 <sup>er</sup> choix	Ciprofloxacin, lévofloxacin
2 <sup>ème</sup> choix	Cotrimoxazole (SMX-TMP)
3 <sup>ème</sup> choix	Céfotaxime, ceftriaxone
4 <sup>ème</sup> choix	Céfoxitine ( <i>E. coli</i> ), pipéracilline-tazobactam, témocilline
5 <sup>ème</sup> choix	Imipénème, méropénème Ertapénème (si $\geq 80$ kg : 1 g x 2)

---

# IU gravidiques : colonisation

Colonisation urinaire (bactériurie asymptomatique)  
1 culture monomicrobienne  $\geq 10^5$  ufc/mL

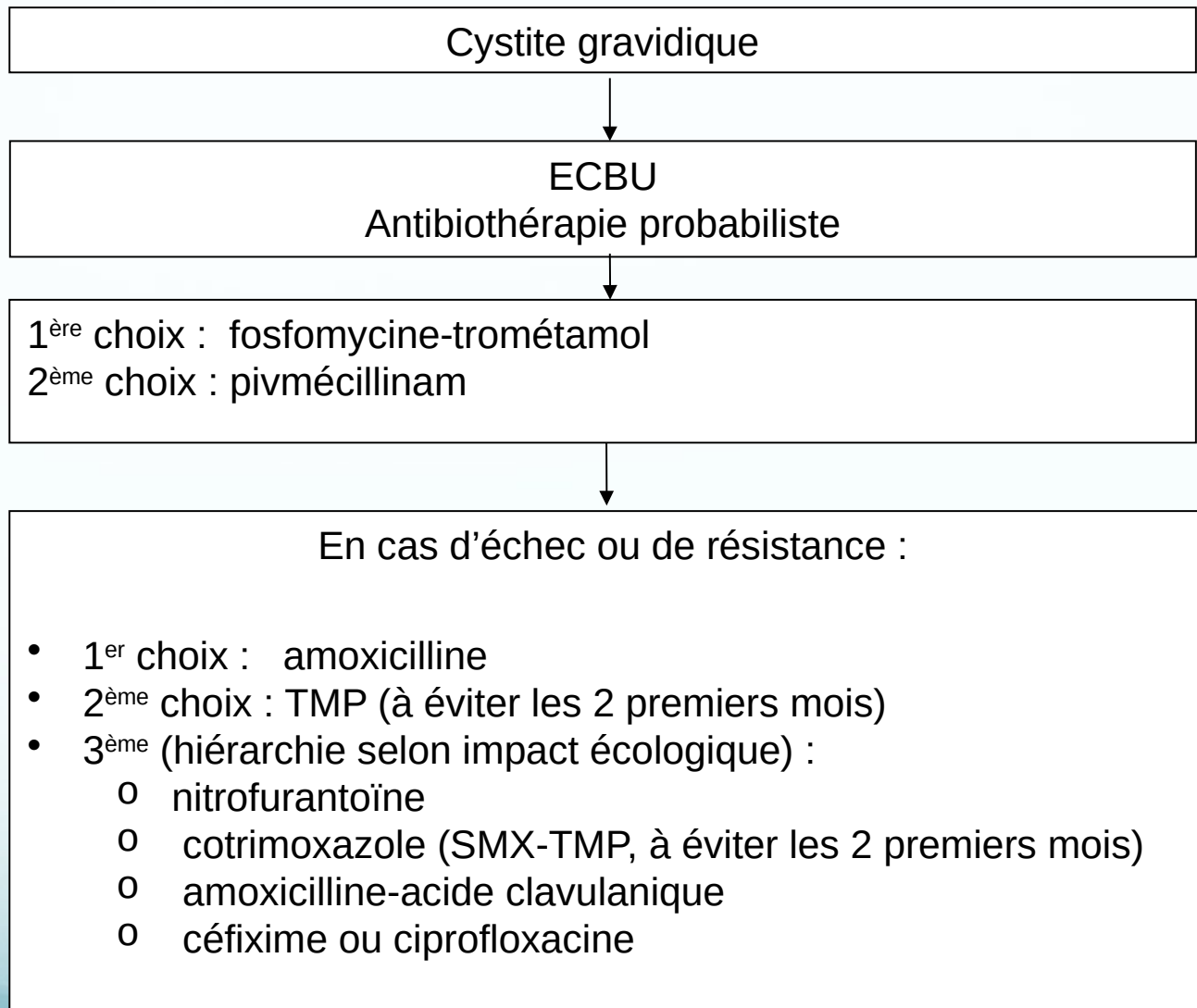


Traitement d'emblée selon l'antibiogramme

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

Durée totale : 7 jours sauf fosfomycine-trométamol 1 jour

# IU gravidiques : cystite



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