

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:  $\geq 3$  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<sup>e</sup> intention: **FOSFOMYCINE-trométamol** prise unique 3g p.o
- 2<sup>e</sup> 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<sup>®</sup>)

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:  
 $\geq 4$  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  $\geq 1$  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<sup>e</sup> 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 Nitrofurantoine
- 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** ( $\Delta$  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  $\geq 2$ ), rétention, geste urologique urgent, immuno dépression grave (+/- incertitude  $\Delta$ , 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: **ciprofloxacin** 500 mg X 2/j p.o. ou **lévofloxacin** 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*

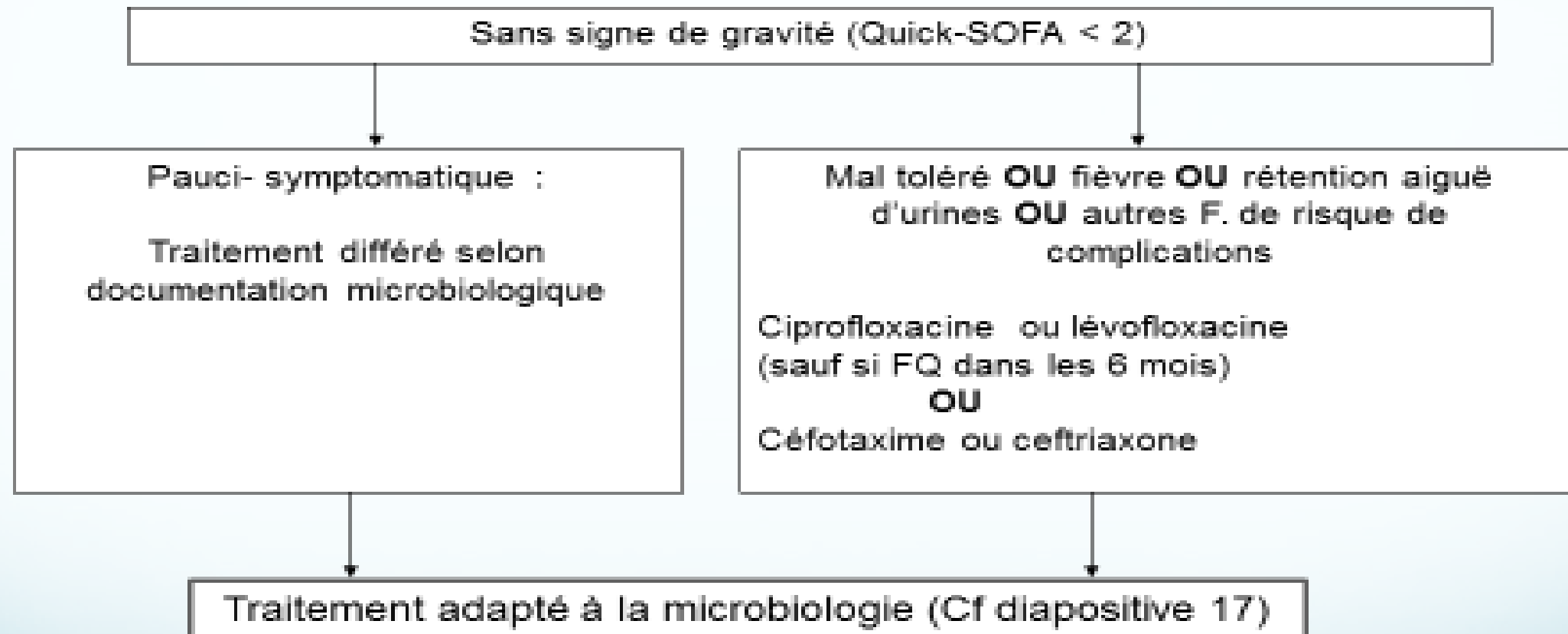
*Si ENTEROBACTERIE*

*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,  $\beta$ -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



	<b>Choix antibiotique selon la sensibilité</b>
1 <sup>er</sup> choix	Ciprofloxacine, lévofloxacine
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)



# 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***

?



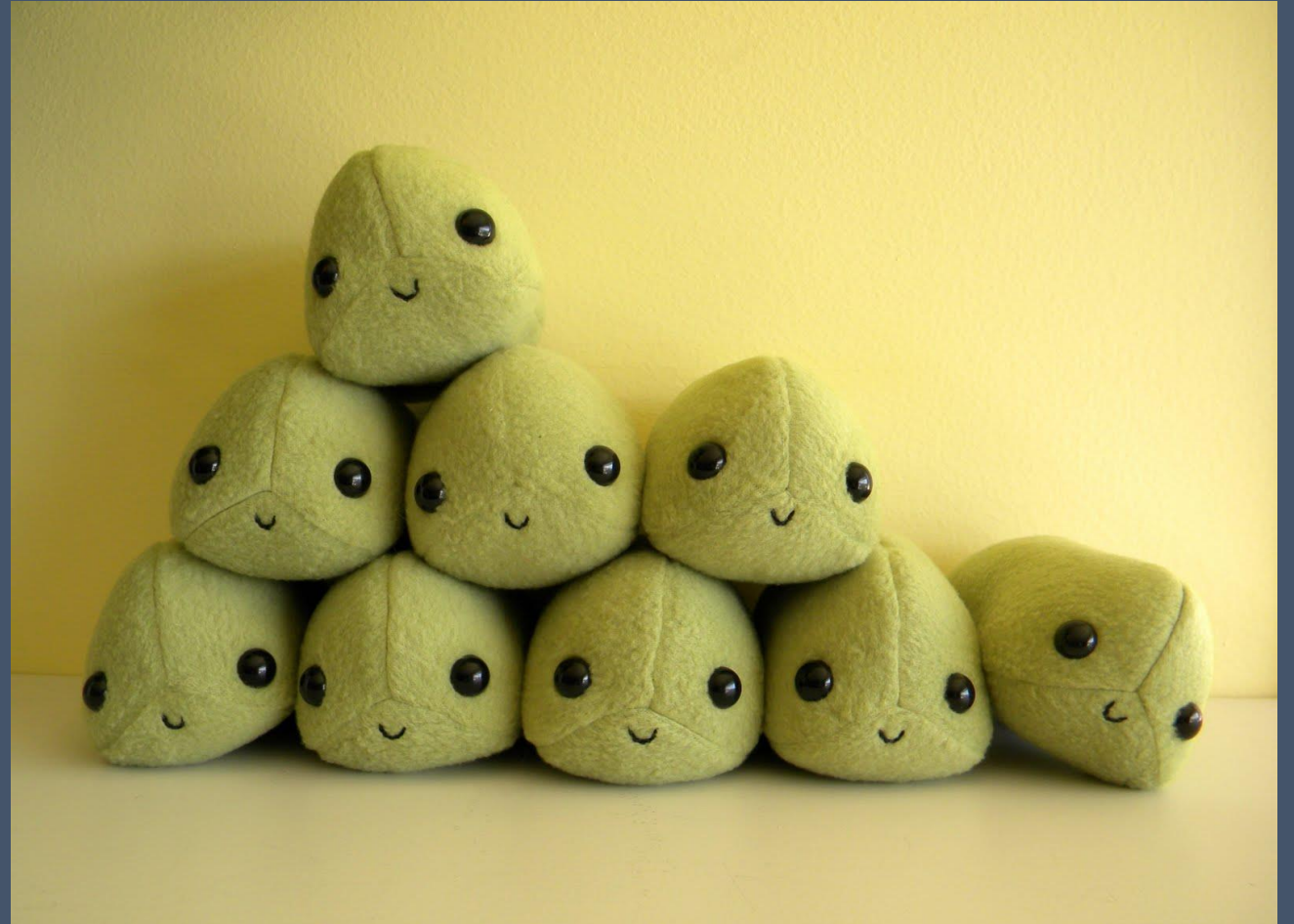
Avec une petite place

...

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*