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

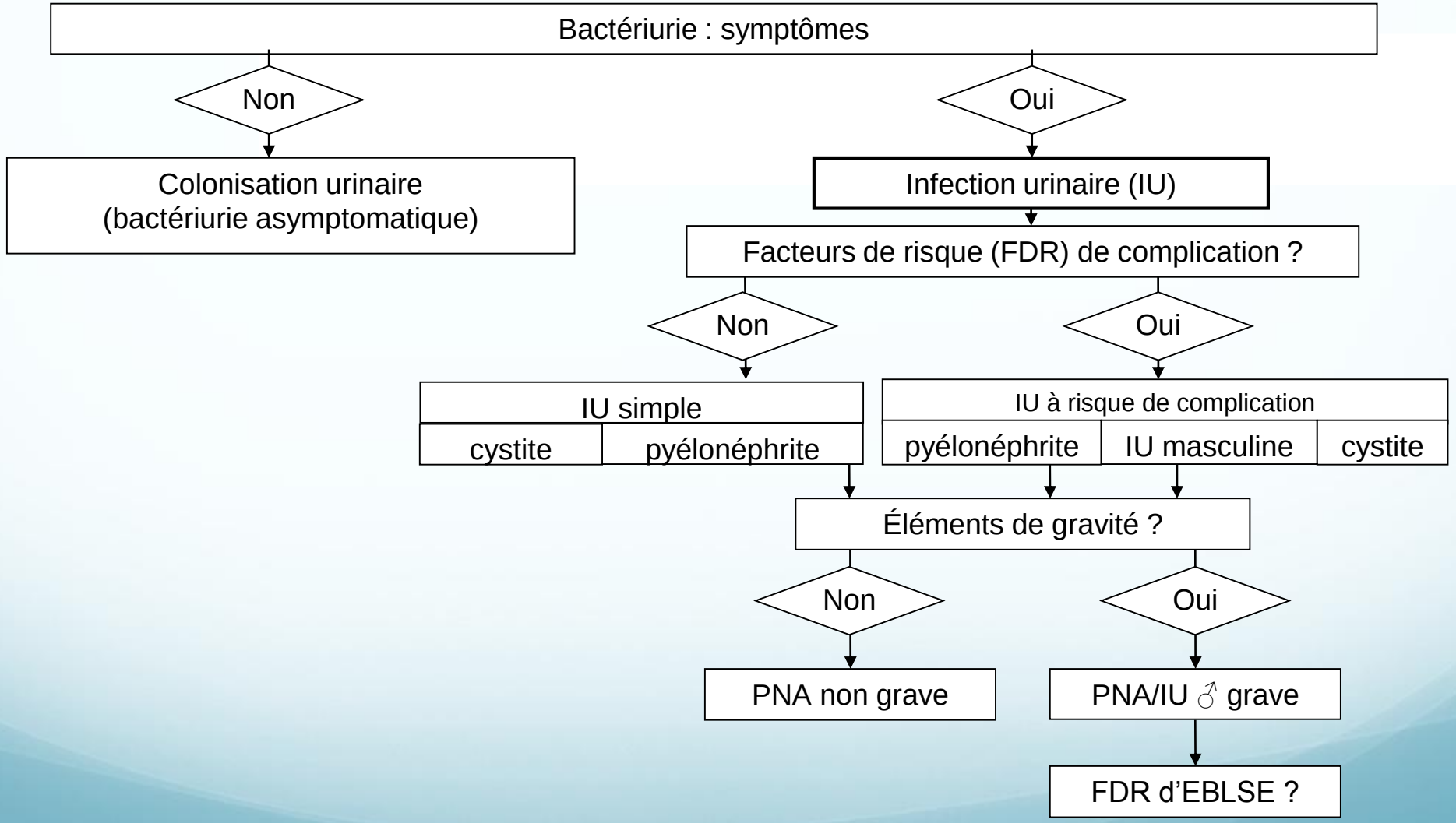
Définitions

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

Stratégie


Bactériurie : symptômes
Non
Oui
Colonisation urinaire
(bactériurie asymptomatique)
Infection urinaire (IU)
Facteurs de risque (FDR) de complication ?
Non
Oui
IU simple
cystite
pyélonéphrite
IU à risque de complication
pyélonéphrite
IU masculine
cystite
Éléments de gravité ?
Non
Oui
PNA non grave
PNA/IU ♂ grave
FDR d'EBLSE ?

ECBU

- Sur urines de 2ème jet
- Examen direct : sur demande
- Seuils de significativité :
  - leucocyturie ≥ 10^4/mL (10/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 *E. coli*, entérocoque, *C. urealyticum*, *P. aeruginosa*, *S. aureus*	≥ 10^3	≥ 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

Cystite simple

BU

Négative

Positive

BU négative (leucocytes **- ET** nitrites **-**)

- Rechercher un diagnostic différentiel :
  - Mycose génitale
  - Urétrite
  - Sécheresse cutanéo-muqueuse

BU positive (leucocytes **+ OU** nitrites **+**)

Antibiothérapie probabiliste

1er choix :

- fosfomycine-trométamol 3 g en dose 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
- 2ème choix pivmécillinam
- 3ème choix nitrofurantoïne
- 4ème choix fosfomycine-trométamol
- 5ème 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 : 5 j

Cystites récidivantes

Cystites récidivantes

↓

Règles hygiénodiététiques

Stratégie antibiotique selon le rythme de récidive

↓

< 1 épisode/mois = traitement curatif

- Cf cystite simple
- Eventuellement auto-médication sur prescription

↓

> 1 épisode/mois = antibioprophylaxie possible

- TMP (à défaut SMX-TMP) ou fosfomycine-trométamol
  - ✓ soit continue :
    - TMP 150 mg/j (à défaut SMX-TMP 400-80 mg/j)
    - fosfomycine-trométamol 3 g tous les 7 jours
  - ✓ soit péri-coïtale :
    - dans les 2 heures avant ou après le rapport sexuel
    - 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
  - 7 j si ß-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?

1er choix	Ciprofloxacine **OU** lévofloxacine Cotrimoxazole (TMP-SMX)
2ème choix	Amoxicilline-acide clavulanique
3ème choix	Céfoxitine **OU** pipéracilline-tazobactam **OU** témocilline
4ème choix	Amikacine, gentamicine, tobramycine
5ème 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)

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

IU masculines – traitement documenté

	Choix antibiotique selon la sensiblité
1er choix	Ciprofloxacine, lévofloxacine
2ème choix	Cotrimoxazole (SMX-TMP)
3ème choix	Céfotaxime, ceftriaxone
4ème choix	Céfoxitine (*E. coli),* pipéracilline-tazobactam, témocilline
5ème choix	Imipénème, méropénème Ertapénème (si ≥ 80 kg : 1 g x 2)

IU gravidiques : colonisation

Colonisation urinaire (bactériurie asymptomatique)
1 culture monomicrobienne ≥ 10^5 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) :
  - 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

Cystite gravidique

↓

ECBU
Antibiothérapie probabiliste

↓

1ère choix : fosfomycine-trométamol
2ème choix : pivmécillinam

↓

En cas d'échec ou de résistance :

- 1er choix : amoxicilline
- 2ème choix : TMP (à éviter les 2 premiers mois)
- 3ème (hiérarchie selon impact écologique) :
  - nitrofurantoïne
  - cotrimoxazole (SMX-TMP, à éviter les 2 premiers mois)
  - amoxicilline-acide clavulanique
  - céfixime ou ciprofloxacine

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