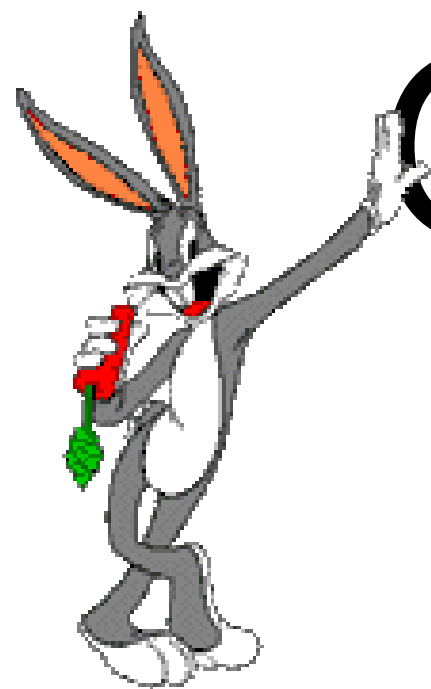


Infection urinaire SPILF 2014



Quoi de neuf docteur ?

Contexte ^(1,2)

- ↗ prévalence des résistances
 - ✓ R coli
 - ❖ 10 % FQ (< 3 % cystites)
 - ❖ 5 % céphalosporines (BLSE majoritaire)
- W ANSM → ATB critiques
 - Impact sur le microbiote intestinal
 - Large spectre
 - Diffusion biliaire

Identifier les antibiotiques critiques (2)



Promoteurs de résistance

Identifier les patients à risque

IU à risque de complication : → *exit diabète*

- ✓ Pb. organique ou fonctionnel arbre urinaire
- ✓ Sexe masculin
- ✓ Immunodépression grave
- ✓ IRC clairance <30ml/min
- ✓ Sujet âgé
 - ❖ > 75 ans
 - ❖ > 65 ans et ≥ 3 critères de Fried
 - ∩ poids
 - Vitesse marche lente
 - Faible endurance
 - Faiblesse/fatigue
 - Activité physique réduite



Epidémiologie de la résistance

ttt probabiliste : Cystite R < 20 % autres IU R < 10 %

Fréquence R Coli IU communautaires	ATB	% local Souche R dans cystite simple (bacyst) (5)
< 5%	fosfomycine trometamol	1
	nitrofurantoine	0
Proche de 5 %	C3G	1
10 à 20 %	FQ	3
	<u>pivmecillinam</u>	13
> 20 %	amoxicilline	37
	amox + ac. clavulanique	9
	TMP SMX	13

Examens complémentaires

- BU
 - ✓ Recommandée , épargne ATB mais ↗ durée symptômes si faux neg. (5,6,7)
 - ✓ Le plus souvent inutile en MG si anamnèse critériée ? (8,9)

ECBU

- ✓ Réduction des seuils de bactériurie
- ✓ Pas de contrôle si guérison clinique
- ✓ Discordance = primauté à la clinique

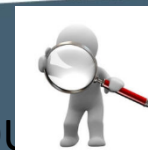
Bacterie	Seuil significatif	sexe
EColi staph S	10 ³ ufc/ml	♀ et ♂
Autres uropathogènes usuels	10 ³ ufc/ml	♂
	10 ⁴ ufc/ml	♀

Imagerie

- ✓ Pyélonéphrite : échec ttt à 72 h (sauf terrain à risque complications)
- ✓ IU masculine si douleur lombaire ou suspicion rétention

Traitement Cystite

- Cystite simple = fosfomycine
 - ✓ pivmecillinam (400mg * 2 – 5 j) en 2^e intention
 - ❖ → nitrofurantoine 5 j ou FQ DU en 3^e ligne
- Cystite a risque de complication → 7 jours sauf FQ 5 j
 - ✓ Différer tt : acceptabilité ?
 - ❖ amoxicilline, pivmecillinam (atbgramme ?), nitrofurantoine
 - ❖ Evaluer place et schéma utilisation fosfomycine?
 - ✓ Si probabiliste :
 - ❖ nitrofurantoine mais attention ttt répétés et risque EI ?
 - ❖ Sinon cefixime ou FQ mais écologie bactérienne ...
 - ❖ Evaluer place pivmecillinam ? fosfomycine ?



Traitement pyélonéphrite

- Probabiliste
 - ✓ FQ si > 6 mois atb/Fq
 - ✓ C3G (1 inj puis cefixime si pyelo simple)
 - ❖ Si CI Aminocide 1 inj / jour
- Adaptation AntibioGramme
 - ✓ Amoxicilline +++
- Durée tt
 - ✓ 10 - 14 jours
 - ✓ 7 jours si FQC3G ou C3G (injectable) ds pyélo simple.
 - ❖ 5-7 jours si aminocides

Traitement IU Masculine

- Notion d'IU non compliquée en particulier en ville
 - ✓ Pauci-symptomatique chez $\frac{3}{4}$ ♂ en ambulatoire ?
 - ❖ Ni fièvre ni rétention urine ni douleur lombaire
- Traitement : différer si pauci symptomatique ?
 - ✓ TT probabiliste = idem pyélonéphrites
 - ✓ TT documenté
 - ❖ 1 = FQ ; 2 = TMP SMX (diffusion prostatique)
- Place BU ?
- Durée : 14 jours
 - ✓ 21 jours si uropathie, immunodépression ou autre ATB

Conclusion

➤ SPILF 2014 :

- ✓ des pistes pour réduire le recours aux ATB a forte pression de sélection
- ✓ Des travaux à mener en soins primaires pour évaluer la place des alternatives dans le ttt probabiliste des cystites à risque de complication?

1. SPILF. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte [Internet]. 2014 Disponible sur : http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2014-infections_urinaires-long.pdf
2. ANSM. Caractérisation des antibiotiques considérés comme « critiques » 2013, disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-antibiotiques-consideres-comme-critiques-premieres-reflexions-sur-leur-caracterisation-Point-d-information>
3. Conseil scientifique du CNGE : Recommandations de la SPILF sur les infections urinaires : une optimisation de la prise en charge à saluer, mais encore des inconnues - Juin 2015 disponible sur : http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/recommandations_de_la_spilf_sur_les_infections_uri/
4. Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée, Yves Le Noc : L'hypertension artérielle après 80 ans. Parfois traiter, mais qui et comment ? Médecine vol 9 n° 6 juin 2013 (261-66)
5. Manuel Etienne, Emmanuel Lefebvre, Noëlle Frebourg, Hélène Hamel, Martine Pestel-Caron, François Caron and Bacyst Study Group : Antibiotic treatment of acute uncomplicated cystitis based on rapid urine test and local epidemiology: lessons from a primary care series BMC Infectious Diseases 2014, 14:137
6. P LITTLE et AL Effectiveness of five different approaches in management of urinary tract infection: randomised controlled trial BMJ 2010;340:c199
7. Dee Richards, Les Toop, Stephen Chambers, Lynn Fletcher : Response to antibiotics of women with symptoms of urinary tract infection but negative dipstick urine test results: double blind randomised controlled trial BMJ. 2005 Jul 16;331(7509):143
8. Le Coz – Riquier Alice : Que font les généralistes haut normands confrontés à une patiente ayant un tableau de cystite aigue simple. Consultable sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01074449/document>
9. Stephen Bent; Brahmajee K. Nallamotheu; David L. Simel; Stephan D. Fihn; Sanjay Saint : Does This Woman Have an Acute Uncomplicated Urinary Tract Infection? JAMA. 2002;287(20):2701-2710