



**Le bonus :  
mise en  
bouche  
1. chlamidia**

**JRI 10 NOVEMBRE 2018  
NANCY**

**J.Birgé et JM.Boivin**

# Mes liens d'intérêt

2

- Vice président d'AntibioEst,
- Médecin généraliste en activité,
- Membre de la commission de transparence de la HAS

*Je déclare n'avoir aucun lien, direct ou indirect, avec des entreprises ou établissements produisant ou exploitant des produits de santé non plus qu'avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits*

# EPIDEMIOLOGIE

3

- Une infection asymptomatique 2 fois sur 3
- **La prévalence plus élevée chez les femmes de 18 à 25 ans, avec une prévalence estimée à 3,6 % en France**
- Elle est estimée à 2,5 % chez les hommes du même âge.

# Les outils diagnostics : l'autoprélèvement

4

- Bonnes performances diagnostiques et d'efficacité clinique
- Bonne acceptabilité.
- **Chez la femme, l'échantillon vaginal (prélèvement par un clinicien ou autoprélèvement) est préféré au prélèvement urinaire**

# Le dépistage recommandé

5

- **Dépistage opportuniste systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans , y compris les femmes enceintes**
  
- **Dépistage opportuniste ciblé**
  - ▣ Des hommes sexuellement actifs présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge
  - ▣ Des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque
  - ▣ Des femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge

# Les modalités du dépistage

6

- **Le dépistage doit être répété annuellement en cas de test négatif** et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire.
- En cas de test positif, le dépistage doit être répété à 3 - 6 mois et tous les 3 mois pour les HSH.



JRI 10 NOVEMBRE 2018  
NANCY

**Le bonus :**  
**mise en**  
**bouche**  
**2. Infections**  
**urinaires**  
**SPILF 2017**

J.Birgé, médecin généraliste

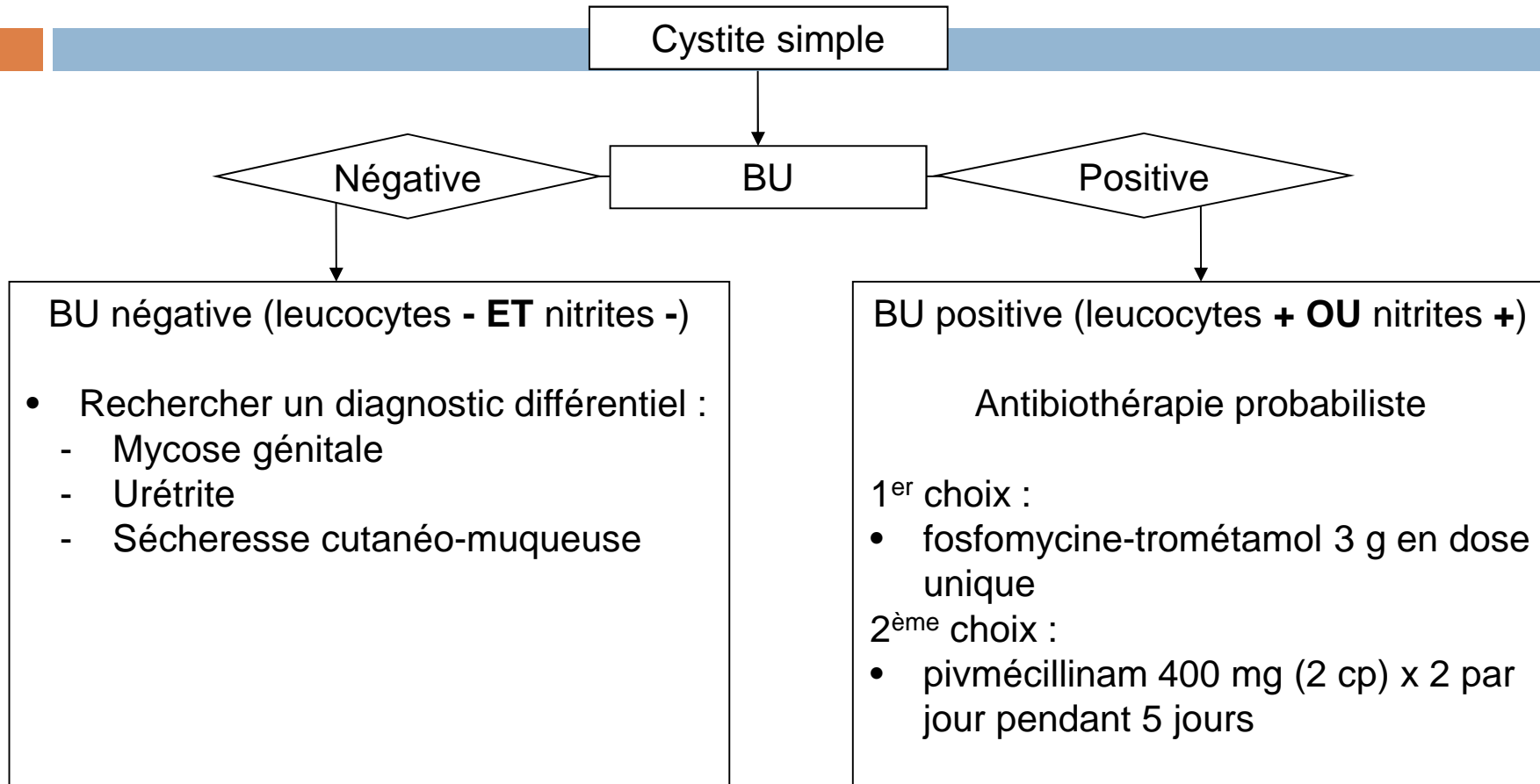
# **Quelques diapos de la SPILF**

**Actualisation 2017 des  
recommandations de 2014**



# Cystites simples

9



# Cystites à risque de complication

10

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

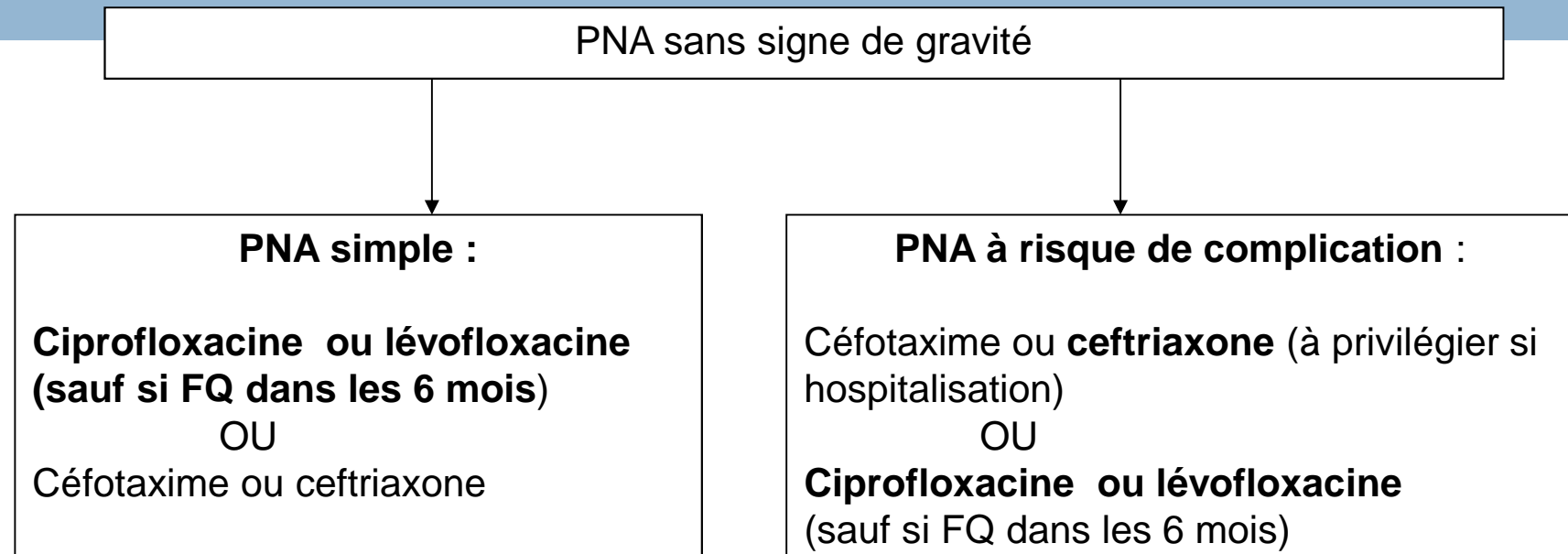
Adaptation à l'antibiogramme dès que  
possible

Durée totale

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

# PNA - stratégie probabiliste (1)

11



Si contre-indications : aminoside (amikacine, gentamicine ou tobramycine) ou aztréonam

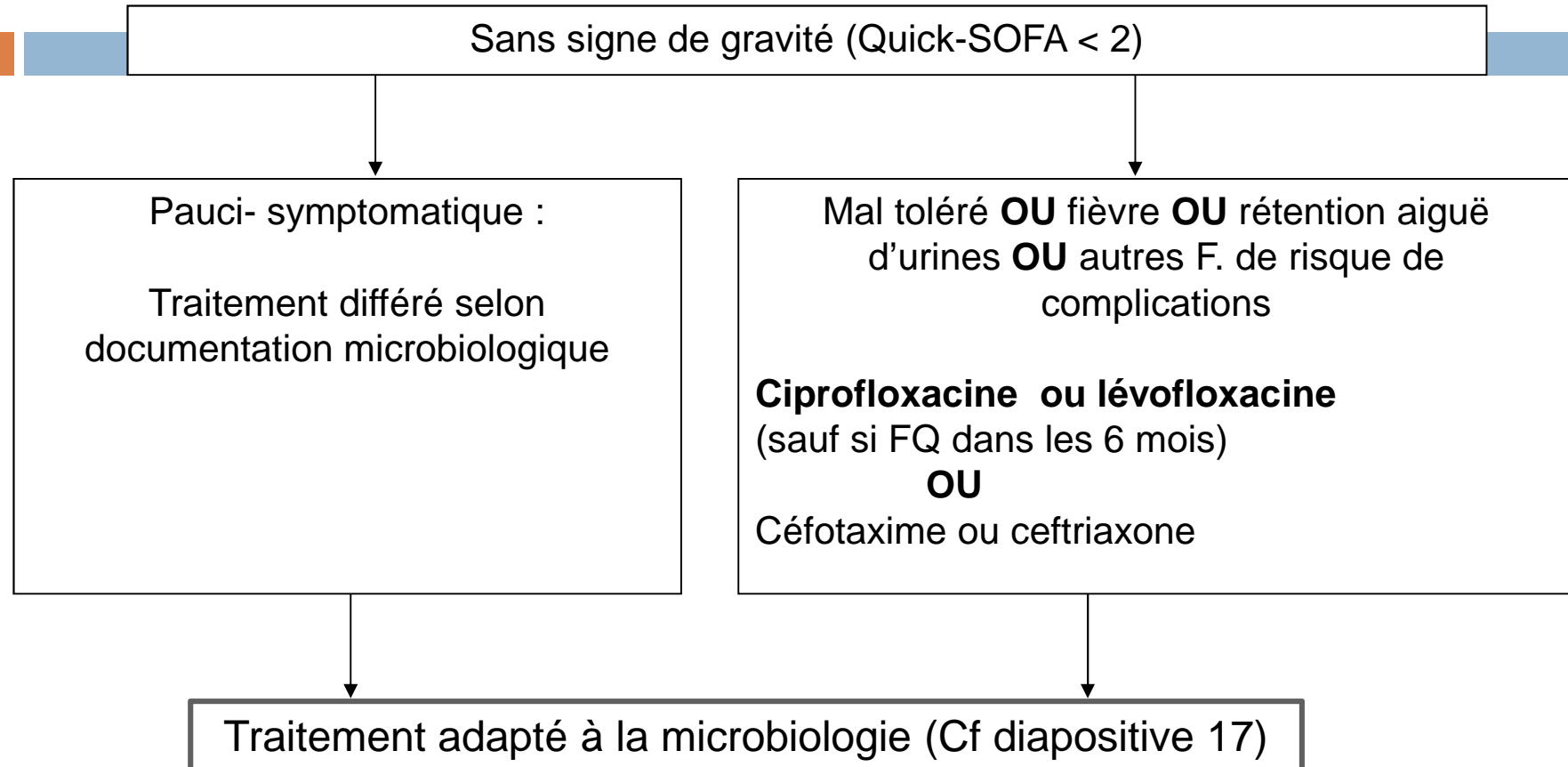
# PNA - durée de traitement

12

- 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.

# IU masculine - stratégie probabiliste (1)

13



## 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