

Journée Régionale d'Infectiologie Nancy 11 octobre 2014

1

J.Birgé

S.Hénard

Antibiolor

Les recommandations **Infections Urinaires Communautaires** de la SPILF* (**adultes**, hors femmes enceintes) 31 / 5 / 2014

- 1. Méthodologie et nosologie(JB)**
- 2. Les recommandations (SH)**

*Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française



Pourquoi de nouvelles recos ?

3

- **La reco AFSSAPS de juin 2008**
- **L'évolution des résistances aux antibiotiques (EBLSE++) et le risque de d'impasse thérapeutique**
- **Les antibiotiques critiques (ANSM nov.2013)**
- **La SPILF et la HAS...à suivre....**

La méthodologie de cette reco

3

- **2 ans de travail**
- **Le GT**
 - 19 membres
 - Dont 1 généraliste
- **Le GL**
 - 14 membres
 - Dont un MG
 - + une relecture par internet entre le 1 et le 15/4
- **Le financement : la SPILF**
- **Les liens d'intérêt et conflits potentiels** : « *Le comité d'organisation des recommandations de la SPILF a demandé aux experts ayant participé à l'élaboration des ces recommandations de déclarer d'éventuels liens d'intérêts* »

Le champ de la reco

4

- Les infections **COMMUNAUTAIRES**
- De l'adulte hors femme enceinte
- **À l'exclusion de** : Les candiduries, les urétrites, les infections de vessie neurologique, les cystites récidivantes à risque de complication, les prostatites chroniques et les IU liées aux soins

L'écologie bactérienne+++

5

- **l'effet collatéral sur le microbiote intestinal**
- **Epidémiologie des *E.BLSE* : Chez l'adulte, en 2011 en Ile-de-France **prévalence** de portage digestif de *EBLSE* de **6%****

Résistance aux fluoroquinolones++

6

- **La résistance de *E. coli* aux FQ a augmenté au cours des 10 dernières années**
 - 3% à 25% aujourd'hui en France
 - Chez la femme entre 15 et 65 ans : 5%

- **Eviter les prescriptions répétées de FQ chez un même patient**

- **Ne pas les utiliser en traitement probabiliste chez un patient déjà traité par quinolones dans les 6 mois précédents (quelle qu'en ait été l'indication)**

Seuils d'antibiorésistance admissibles pour les choix probabilistes+++

7

- **cystites simples** : les antibiotiques utilisables sont ceux dont le taux de résistance est **< 20 %** dans la population cible (*pathologie bénigne dont le risque d'évolution vers une PNA est très faible*)
- **autres IU** : taux de résistance **< 10%**

Terminologie++++

8

- les IU «**simples**» : pas de facteur de risque
- et les IU «**à risque de complication**». (≠ compliquées)
- **Les IU MASCULINES**
- Pour PNA et IU Masculines : **graves ou pas**

Infections urinaires à risque de complication

9

- toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire
- sexe masculin
- immunodépression grave
- **insuffisance rénale chronique sévère (clairance < 30 ml/min).**
- **..et les sujets âgés....**

Le sujet âgé (donc ARC)

10

□ > de 65 ans avec > 3 critères de fragilité (Fried)

- *perte de poids involontaire au cours de la dernière année*
- *vitesse de marche lente*
- *faible endurance*
- *faiblesse/fatigue*
- *activité physique réduite*

□ > 75 ans. (tous Fried !)

Le diabète

11

- **N'est plus un facteur de risque de complication**

- Bien que les IU soient
 - ▣ **plus fréquentes** chez les patients diabétiques,
 - ▣ les données de la littérature sont **contradictoires en ce qui concerne leur gravité....**

- Le diabète franchement déséquilibré ?? (JB)

Infections urinaires graves

12

Les PNA et les IU masculines associées à :

- un sepsis grave,
 - un choc septique,
 - une indication de drainage chirurgical ou interventionnel
-
- **Donc hospitalisées**

Cystites récidivantes

13

au moins 4 épisodes pendant 12 mois consécutifs

Colonisation urinaire+++

14

- Anciennement bactériurie asymptomatique
- Présence d'un micro-organisme dans les **urines sans manifestations cliniques associées.**
- **Pas de seuil de bactériurie, sauf chez la femme enceinte : seuil à 10^5 UFC /ml**
- La leucocyturie n'intervient pas dans la définition
- **Situations pour le dépistage et le traitement des colonisations urinaires :**
 - ▣ avant une procédure urologique invasive programmée
 - ▣ grossesse à partir du 4^{ème} mois
 - ▣ **ET C' EST TOUT !**

Ce qui est nouveau++ :

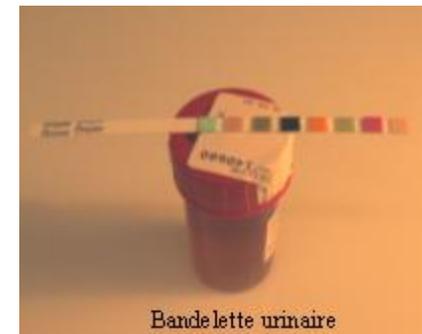
15

- **révision des comorbidités définissant les IU à risque de complication**

- **le diabète, même insulino-requérant, ne fait plus partie des facteurs de risque de complication**

Bandelette urinaire

- **Réalisation** : 2ème jet, pas de toilette préalable, urines fraîches, récipient propre, non nécessairement stérile, cout unitaire ~0,4 euros
- **Interprétation** :
 - Chez la femme symptomatique, si BU négative (N et L nég)
=> haute valeur prédictive négative (>95%) en l'absence d'immunodépression
très faible probabilité d'IU, rechercher en priorité un autre diagnostic
 - Chez l'homme, si BU positive (N et/ou L pos)
=> haute valeur prédictive positive (>90%)
très forte probabilité d'IU à confirmer par ECBU
Une BU négative ne permet pas d'éliminer le diagnostic



Interprétation de l'ECBU

- Seuil de leucocyturie retenu : $\geq 10^4$ UFC /mL (ou 10/mm³)
- Le seuil de bactériurie dépend du sexe du patient et de l'espèce :

Espèces bactériennes	Seuil de significativité	Sexe
<i>E. coli</i> , <i>S. saprophyticus</i>	10 ³ UFC /mL	Homme ou femme
Entérobactéries autres que <i>E. coli</i> , entérocoque, <i>C. urealyticum</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>	10 ³ UFC /mL	Homme
	10 ⁴ UFC /mL	Femme

Cystite simple

BU positive

R < 5 %
effet microbiote ≈ 0 ;
toxicité faible, monoprise

Traitement de 1^{ère} intention : fosfomycine-trométamol en dose unique

Traitement de 2^{ème} intention : pivmécillinam pdt 5 jours (400mg x 2/j)

Traitement de 3^{ème} intention (en dernier recours)

- fluoroquinolone : à dose unique (ciprofloxacine 500mg ou ofloxacine 400mg)
- nitrofurantoïne : pendant 5 jours (100mg x 3/j)

R < 5 %
effet microbiote ≈ 0 ;
Toxicité faible

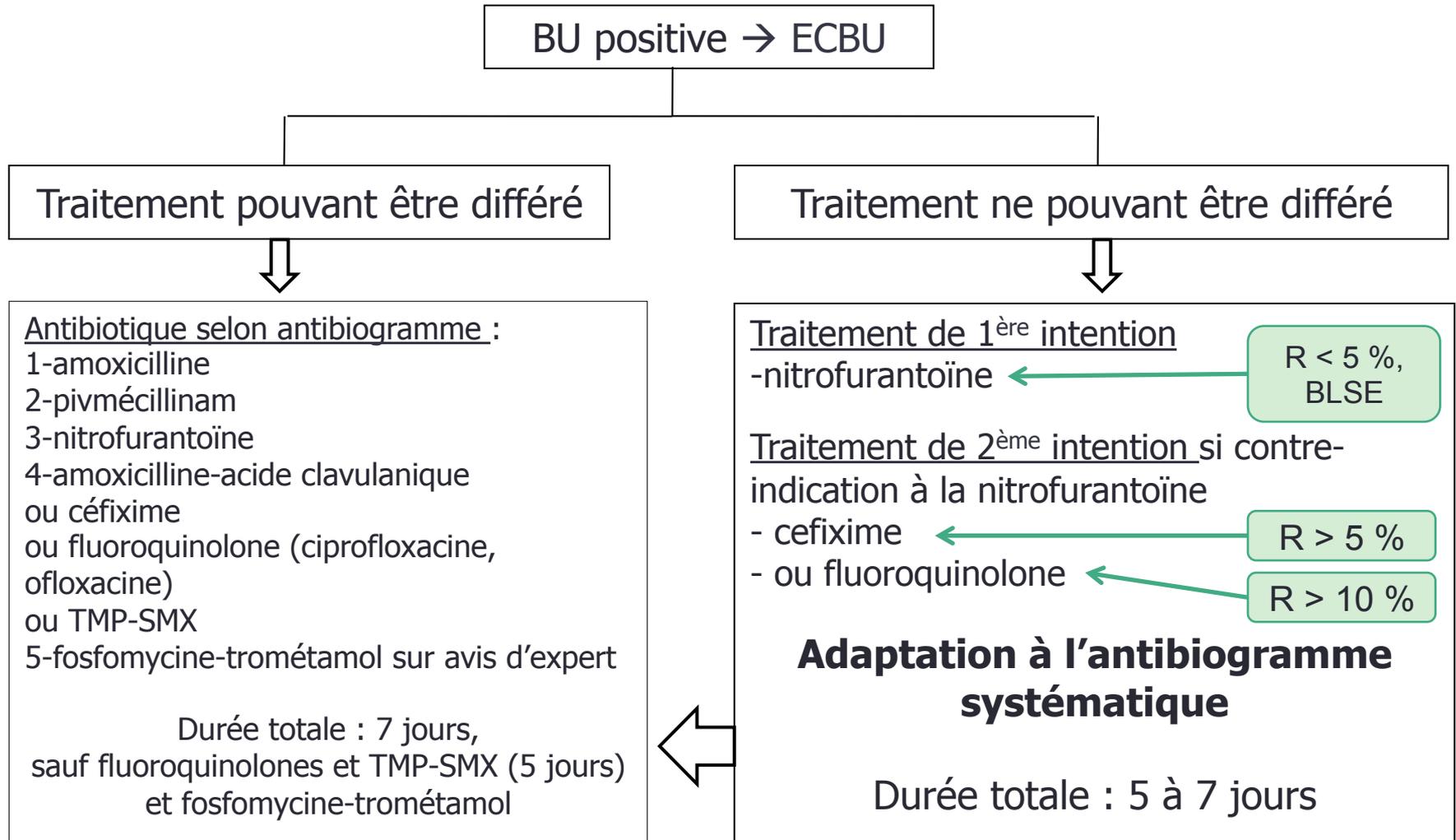
R < 5 %
effet microbiote +++

R < 20 %
toxicité ≈ 0
effet microbiote ≈ 0

Si ECBU + à BLSE en cas d'évolution défavorable, selon antibiogramme
=> mol ci-dessus ou amox-ac.clav pdt 5 à 7j ou TMP/SMX pdt 3j

Cystite à risque de complication

Différer chaque fois que possible l'antibiothérapie pour l'adapter à l'antibiogramme



Que les cystites récidivantes sans FDR complication

Cystite récidivante

Au moins 4 épisodes sur 12 mois

Traitement au cas par cas:
idem cystite simple

Traitement prophylactique non antibiotique

- Mesures hygiéno-diet
- Canneberge
- Oestrogènes locaux
- Arrêt spermicides
- Probiotiques
- Vaccins

Si au moins un épisode / mois:
antibioprophylaxie

Suppression nitrofurantoïne +++

Cystite post-coïtale

- TMP-SMX (80mg/400mg),
1 cp dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel (une fois par jour au maximum)
- Fosfomycine-trométamol,
3 grammes en prise unique dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel (tous les 7 jours au maximum, en raison de l'effet prolongé de la prise unique)

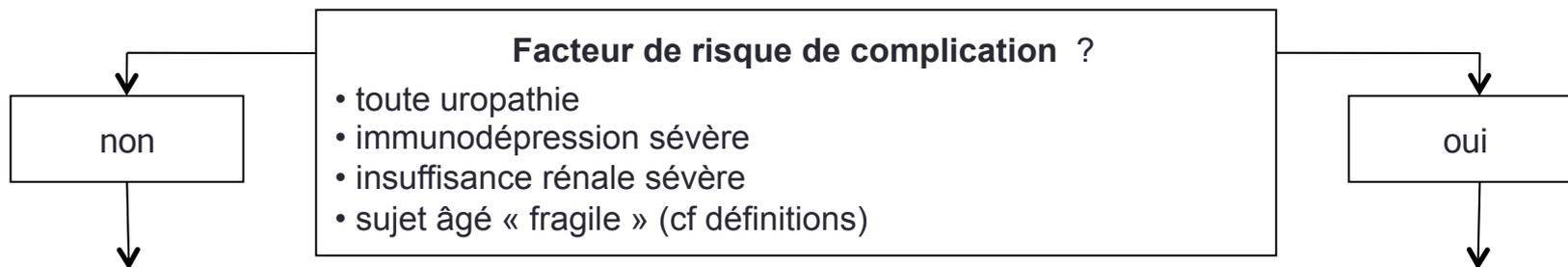
Autres situations

- TMP-SMX (80mg/400mg) 1 cp/ jour
- Fosfomycine-trométamol 3 g tous les 7 jours

Cystite: les points forts

- La place du pivmécillinam (2^{ième} intention cystite simple, et uniquement en documenté dans cystites à risque de complications)
- La position de la nitrofurantoïne (3^{ième} intention cystite simple, 1^{ère} intention en probabiliste dans les cystites à risque de complications et disparition pour cystite récidivante)
- La position des fluoroquinolones en dernière intention pour des raisons écologiques
- Traitement différé avec adaptation à l'antibiogramme pour les cystites à risque de complications
- Les propositions thérapeutiques en cas de cystite documentée à EBLSE après échec d'un traitement probabiliste

PNA sans signe de gravité



Antibiothérapie probabiliste

FQ (sauf traitement par FQ < 6 mois)

C3G parentérale (céfotaxime, ceftriaxone)

à privilégier si hospitalisation

ou

C3G parentérale (céfotaxime, ceftriaxone)

ou

FQ (sauf traitement par FQ < 6 mois)

si contre-indication : aminoside (amikacine, gentamicine ou tobramycine) ou aztréonam (hospitalisation)

Relais par voie orale adapté aux résultats de l'antibiogramme (hors BLSE) :

- amoxicilline
- amoxicilline – acide clavulanique
- fluoroquinolone (ciprofloxacine ou ofloxacine ou lévofloxacine)
- céfixime
- TMP-SMX

Durée totale du traitement

- 7 jours si FQ ou β -lactamine parentérale

10 à 14 jours

- 10 à 14 jours dans les autres cas

cas particulier : 5 à 7 jours si aminoside durant tout le traitement

PNA documentée à BLSE

Antibiogramme

	1^{er} choix	
Fluoroquinolones-S	Fluoroquinolone (ciprofloxacin, lévofloxacin, ofloxacin)	
Fluoroquinolones-R et TMP-SMX-S	TMP-SMX	
Fluoroquinolones-R et TMP-SMX-R	Amoxicilline+acide clavulanique	Si CMI <u>≤</u> 8 mg/l
	Pipéracilline+tazobactam	Si CMI < 8 mg/l
	Céfotaxime	Si CMI < 1 mg/l
	Ceftriaxone	Si CMI < 1 mg/l
	Ceftazidime	Si CMI < 1 mg/l
	Céfépime	Si CMI < 1 mg/l
	2^{ème} choix	
	Céfoxitine	Si souche sensible, et IU à <i>E. coli</i>
	Aminoside (amikacine, gentamicine, tobramycine)	
	3^{ème} choix (en l'absence d'alternative)	
	Carbapénème	
	Traitement d'attaque	Imipénème, méropénème
	Traitement de relais	Ertapénème ^a

^a : risque de résistance en cas de fort inoculum et espèces autres que *E.coli*.

Pyélonéphrite avec signes de gravité

Traitement probabiliste

- C3G IV (céfotaxime ou ceftriaxone) + **amikacine**
 - si allergie : aztréonam + amikacine
- Si sepsis grave ou geste urologique ET antécédent d'IU ou colonisation urinaire EBLSE dans les 6 mois :
- carbapénème (imipénème, méropénème) + amikacine
 - en cas d'allergie aux carbapénèmes : aztréonam + amikacine
- si [choc septique] ET [IU ou colonisation urinaire BLSE dans les 6 mois, ou antibiothérapie par péni + inhibiteur, C2G, C3G ou fluoroquinolones dans les 6 mois, ou voyage récent en zone d'endémie d'EBLSE ou hospitalisation < 3 mois, ou vie en long séjour] :
- carbapénème (imipénème, méropénème) + amikacine
 - en cas d'allergie aux carbapénèmes : aztréonam + amikacine

Relais adapté aux résultats de l'antibiogramme

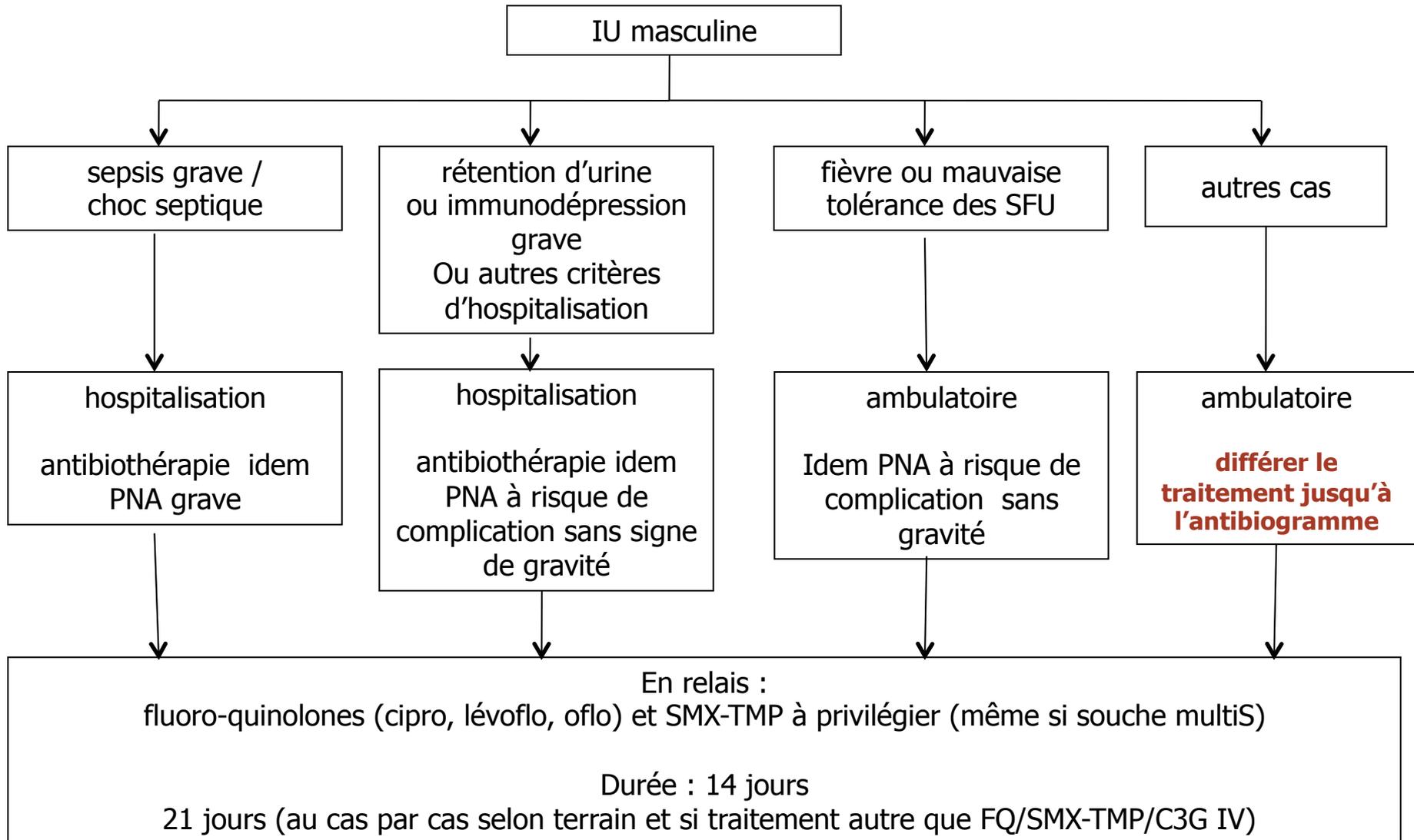
- Arrêt carbapénème dès que possible
- Poursuite en parentéral si critère de gravité persistant
- Puis relais oral : idem PNA sans signe de gravité

Durée totale de traitement : 10 à 14 jours

Pyélonéphrite : les points forts

- Privilégier les C3G vis-à-vis des FQ pour les PNA à risque de complication sans signe de gravité relevant d'une hospitalisation initiale
- Pas de FQ en probabiliste en cas de PNA avec signes de gravité (risque de résistance)
- Prise en compte du risque BLSE dans les PNA avec signes de gravité
- Recommandations spécifiques pour les BLSE
- Pas d'ECBU de contrôle

IU masculine



IU masculine documentée BLSE

Antibiogramme		
	1^{er} choix	
Fluoroquinolones-S	Fluoroquinolone (ciprofloxacin, lévofloxacin, ofloxacin)	
Fluoroquinolones-R et TMP-SMX-S	TMP-SMX	
Fluoroquinolones-R et TMP-SMX-R	Amoxicilline+acide clavulanique	Si CMI <u>≤</u> 8 mg/l
	Pipéracilline+tazobactam	Si CMI < 8 mg/l
	Céfotaxime	Si CMI < 1 mg/l
	Ceftriaxone	Si CMI < 1 mg/l
	Ceftazidime	Si CMI < 1 mg/l
	Céfépime	Si CMI < 1 mg/l
	2^{ème} choix	
	Céfoxitine	Si souche sensible, et IU à <i>E. coli</i>
	Aminoside (amikacine, gentamicine, tobramycine)	
	3^{ème} choix (en l'absence d'alternative)	
	Carbapénème	
	Traitement d'attaque	Imipénème, méropénème
	Traitement de relais	Ertapénème ^a

^a : risque de résistance en cas de fort inoculum et espèces autres que *E.coli*.

Les IU masculines : les points forts

- La place et l'interprétation de la BU (VPP ++)
- ATB différée des IU masculines pauci-symptomatiques sans fièvre ni rétention aiguë d'urine, ni immunodépression grave
- Pas de place pour l'amox-clav, le cefixime, la fosfo-trométamol et la nitrofurantoïne
- Durée de 14j pour FQ, TMP/SMX ou C3G IV
- Recommandations spécifiques de traitement en cas d'IU masculine à EBLSE.
- Pas d'ECBU de contrôle systématique.
- Les recommandations d'explorations urologiques complémentaires

Et si on oublie....

29

- Tout est sur le site de la SPILF

- Un diaporama est sur le site de l' AMMPPU (ammppu.org)

- ANTIBIOLOR
 - ▣ La prochaine lettre
 - ▣ Le nouvel antibioville (novembre)
 - ▣ Le nouveau site...imminent