



Enquête SPA 2016 (Uro-SPA)

J. Robert, R. Gauzit, P. Lesprit, Y. Péan,
C. Rabaud, S. Alfandari





Déclaration d'intérêts de 2013 à 2016

- **Aucun**

Objectifs de l'enquête

- Analyser les modalités de prise en charge des « pyélonéphrites » et des « infections urinaires masculines » communautaires dans les établissements de soins français en 2016
 - Diagnostic
 - Prise en charge / hospitalisation
 - Traitement antibiotique

- Enquête multicentrique
- 2 mois : février – mars 2016
- 10 malades consécutifs (« non sélectionnés »)
- Hospitalisés ou non (consultation/S-A-des-Urgences)
- Infections « communautaires » : survenues en ville
 - hors EHPAD et
 - non directement liées aux soins
- Référentiel : mise au point 2014 de la SPILF = Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte

Définitions – Chez la femme

- **SIMPLE = sans FdR de complication**

- Non enceinte
- ≤ 65 ans ou ≤ 75 ans et < 3 critères de Fried
- Sans choc, ni sepsis
- Sans drainage des voies urinaires
- Pas de terrain particulier ni anomalie urinaire

-perte de poids
-vitesse de marche lente
-faible endurance
-faiblesse/fatigue
-activité physique réduite

- **A RISQUE DE COMPLICATION**

- Enceinte
- Anomalie de l'arbre urinaire
- > 75 ans ou > 65 ans et ≥ 3 critères de Fried
- Immunodépression ou insuffisance rénale chronique sévère

- **GRAVE**

- choc septique ou sepsis grave ou indication à un drainage des voies urinaires

Définitions – Chez l'homme

- **A RISQUE DE COMPLICATION** = absence de
 - choc septique ou sepsis grave
 - Indication à un drainage des voies urinaires
- **GRAVE**
 - choc septique ou sepsis grave ou
 - Indication à un drainage des voies urinaires



Image : onehealth.com

Résultats

Population : 91 établissements

- 1 105 malades (exclusion 58 cas)
 - 454 Hommes 41%
 - 651 femmes **59%**
 - 28 enceintes (4% des femmes)
 - **Age médian : 69 ans**
 - Femmes 68 ans
 - Hommes 71 ans
 - Antécédents
 - Hospitalisation 24% (13% d'inconnu)
 - Antibiotique 22% (38% d'inconnu)

- **Facteurs de risque**

- Immunodépression 7%
- Insuff. Rénale chronique 9%
- **Anomalies urinaires 27%**
- **≥3 critères de Fried 33%** (sur 182 malades 65-75 ans)

- **Service d'entrée**

- **77% SAU**
- 16% médecine
- 5% chirurgie
- 1.5% réanimation
- 0.5% SSR

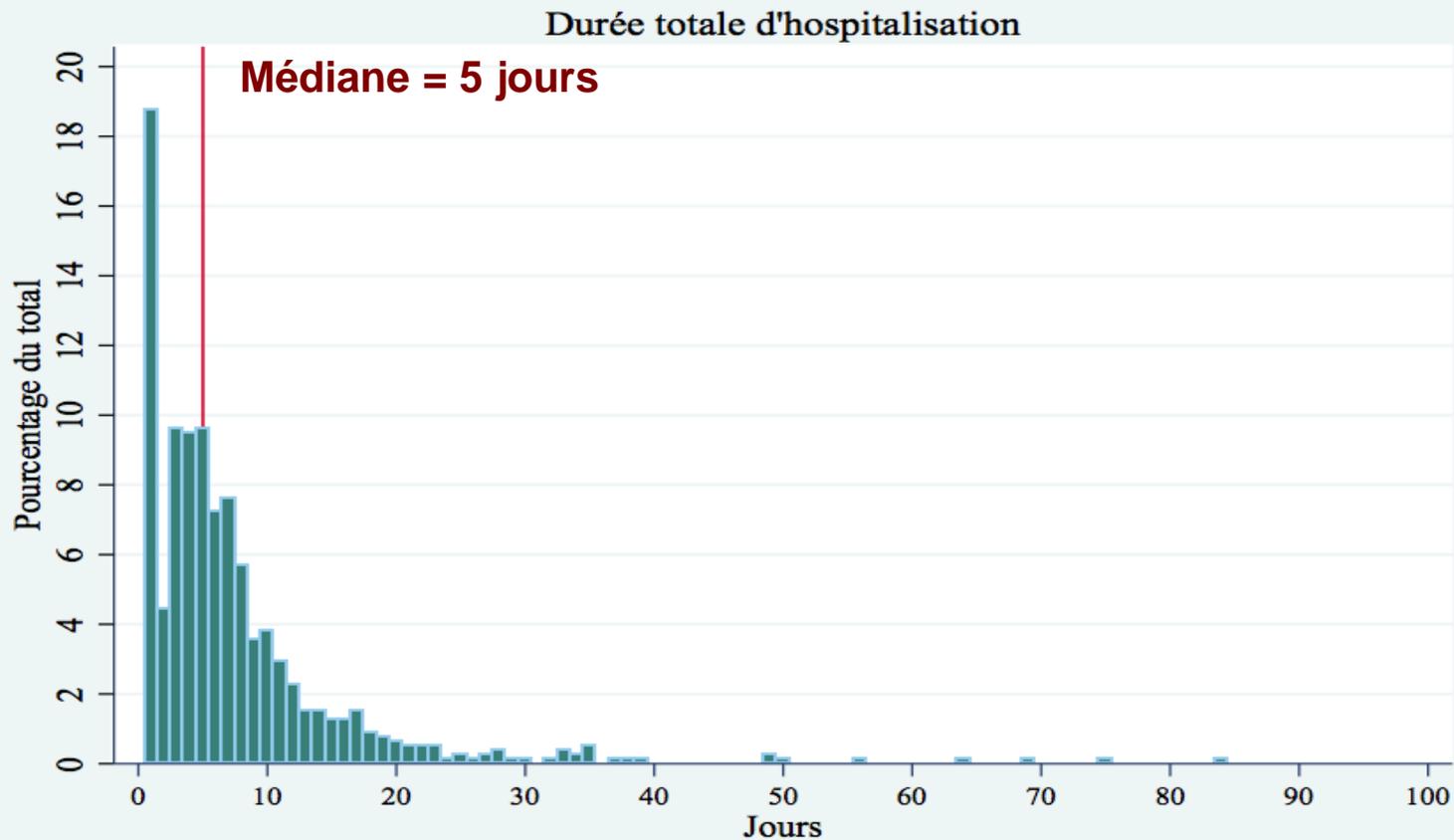
-perte de poids
-vitesse de marche lente
-faible endurance
-faiblesse/fatigue
-activité physique réduite

Etat clinique à l'entrée

Caractéristique	N	%
T° > 38° C	763	69 %
Douleurs lombaires / abdominales	607	55 %
Signes urinaires	650	59 %
Signes digestifs	236	21 %
Choc	34	3 %
Sepsis	120	11 %

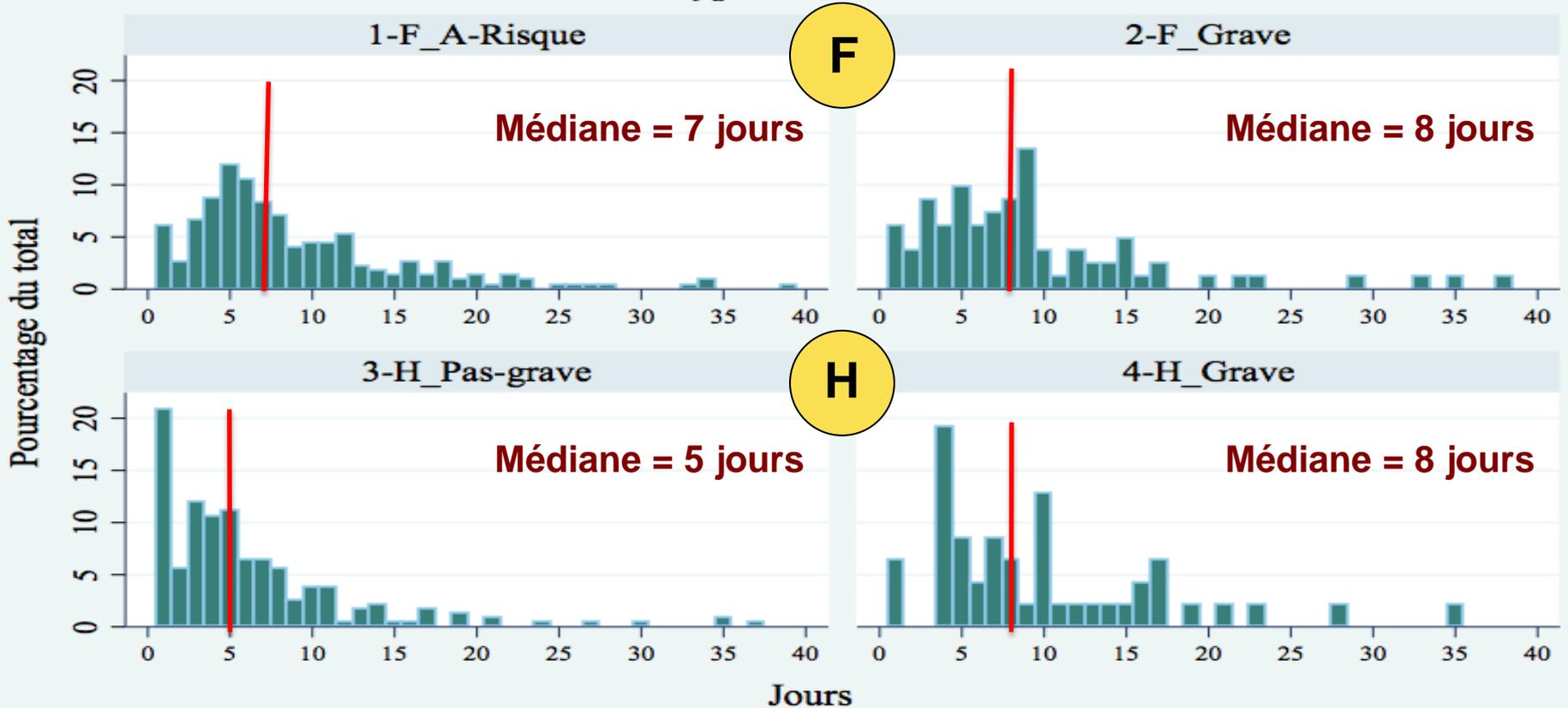
- **Leucocyturie**
 - **62 % $\geq 10^4$ / ml**
 - **13 % $\leq 10^2$ / ml**
 - 20% avec Hc + si *E. coli*
 - 95% avec $\geq 10^3$ UFC /ml si *E. coli* (et 87% $> 10^4$)
- **Bactériurie *E. coli***
 - **$\geq 10^3$ UFC /ml 99,9 %**
 - $> 10^4$ UFC /ml 93,0 %
- **Bactériurie autres germes**
 - Homme $< 10^3$ UFC /ml 13 %
 - Femme $< 10^4$ UFC /ml 18 %

Durée d'hospitalisation



Durée totale d'hospitalisation

Type d'infection



Graphs by type_inf



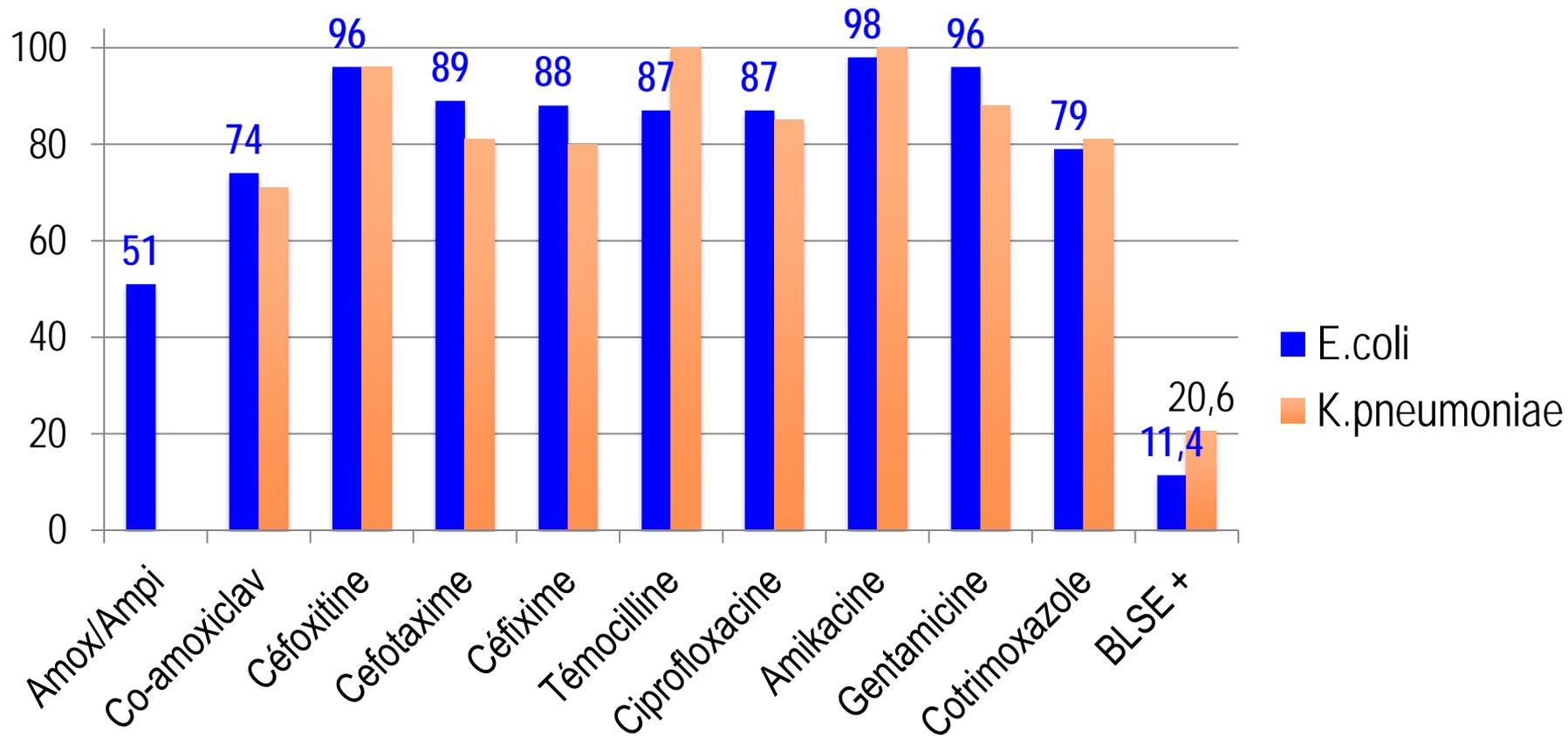
Image : onerba

Bactériologie

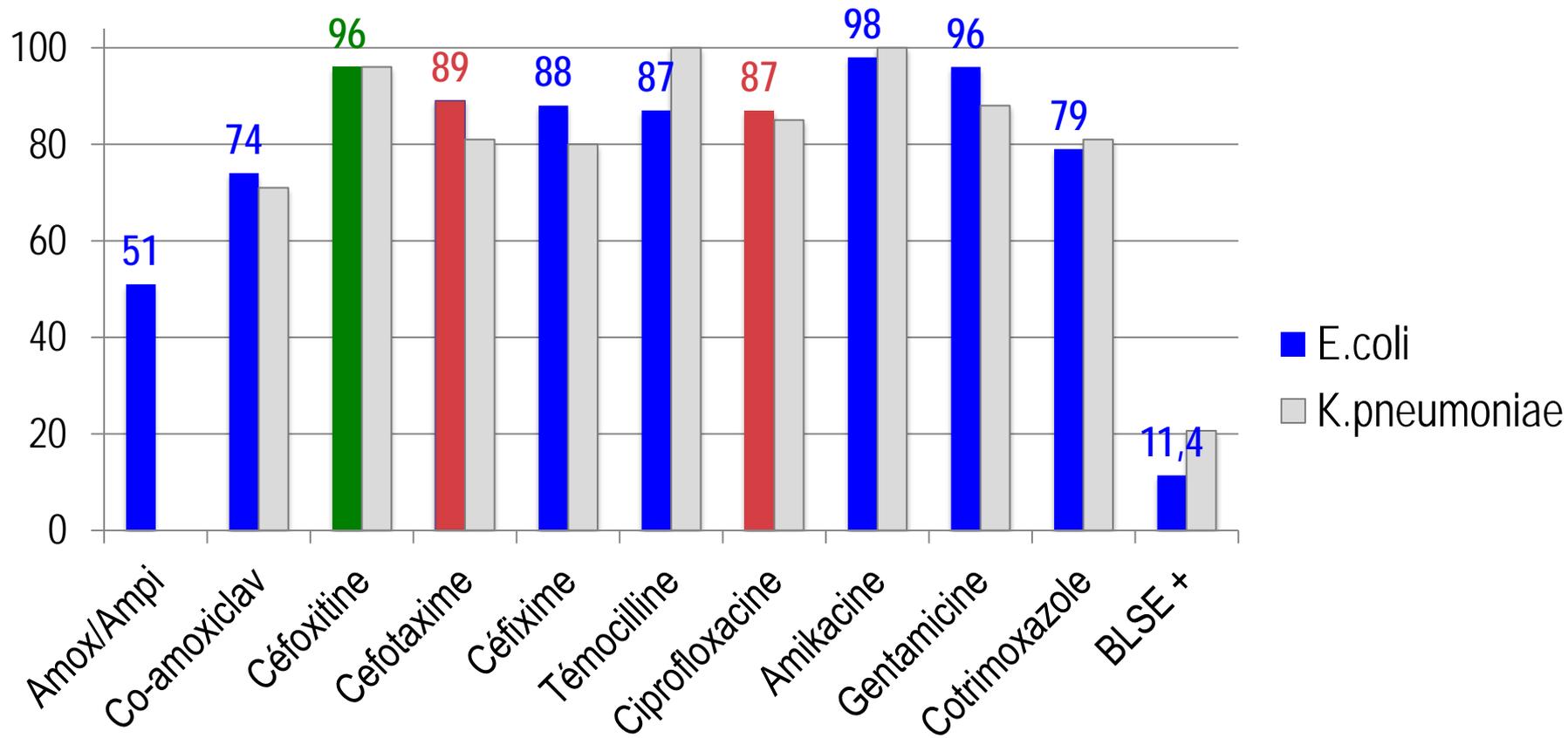
Bactériologie (ECBU d'entrée ou hémoculture)

Espèce	%
<i>E. coli</i>	73.0 %
<i>K. pneumoniae</i>	7.0 %
<i>P. mirabilis</i>	4.0 %
Autres entérobactéries	4.0 %
<i>E. faecalis</i>	2.5 %
<i>P. aeruginosa</i>	2.0 %
<i>S. aureus</i>	1.0 %
Autres	3.0 %
Stérile ou inconnu	3.5 %

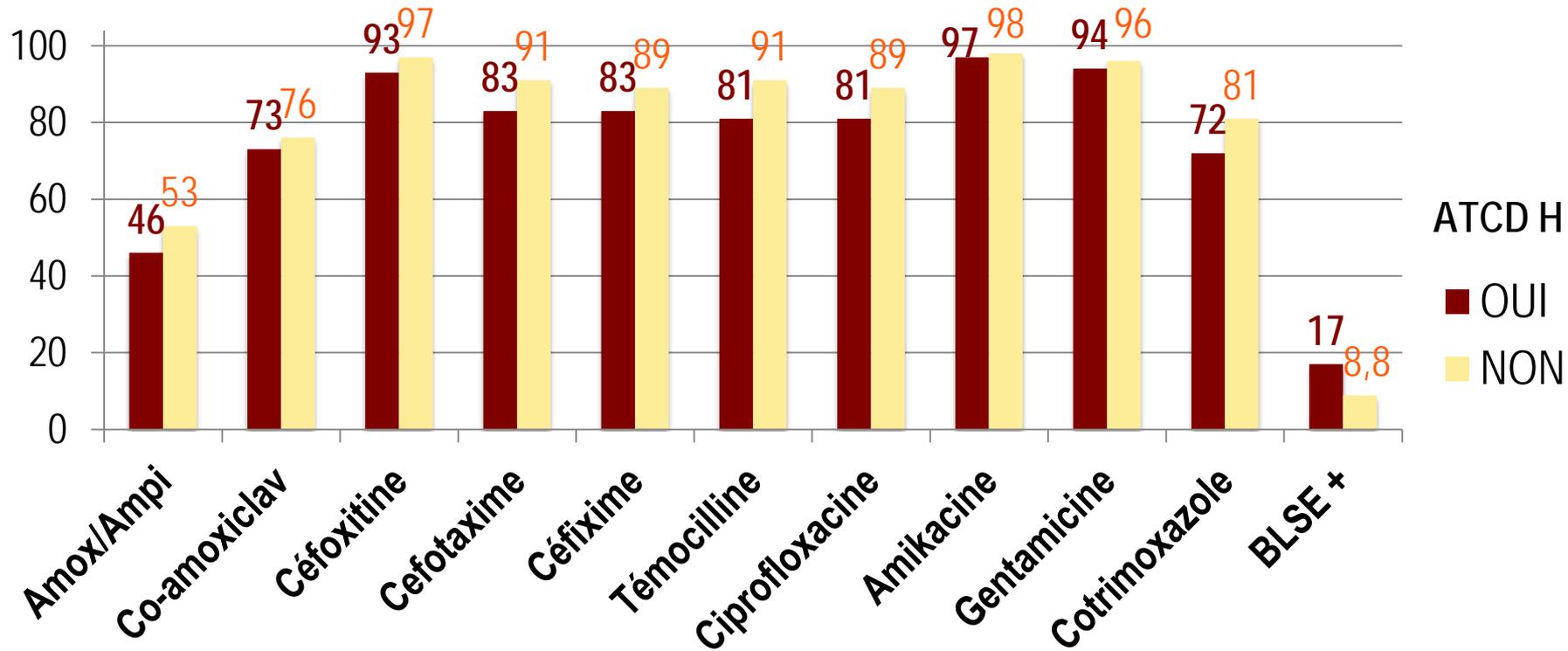
Profil de sensibilité (%) des souches de *E. coli* et de *K. pneumoniae*



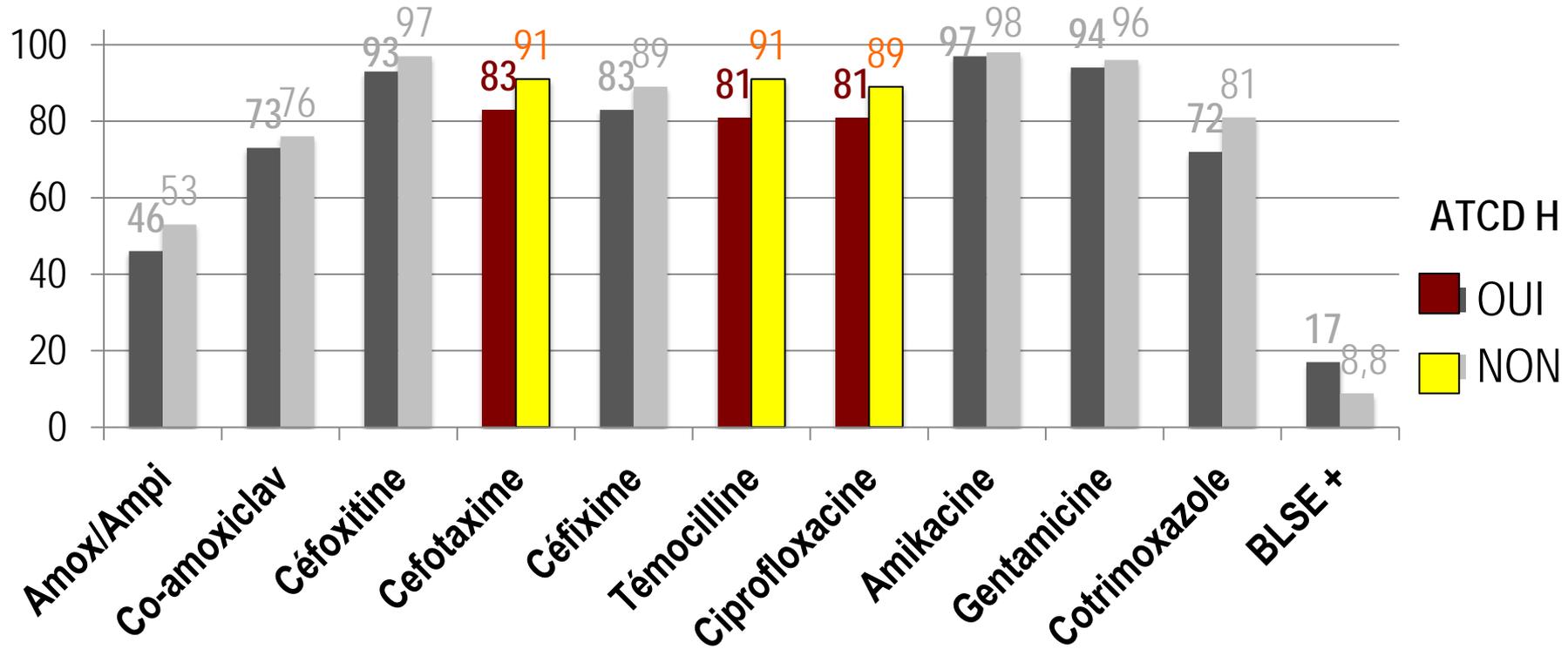
Profil de sensibilité (%) des souches de *E. coli* et de *K. pneumoniae*



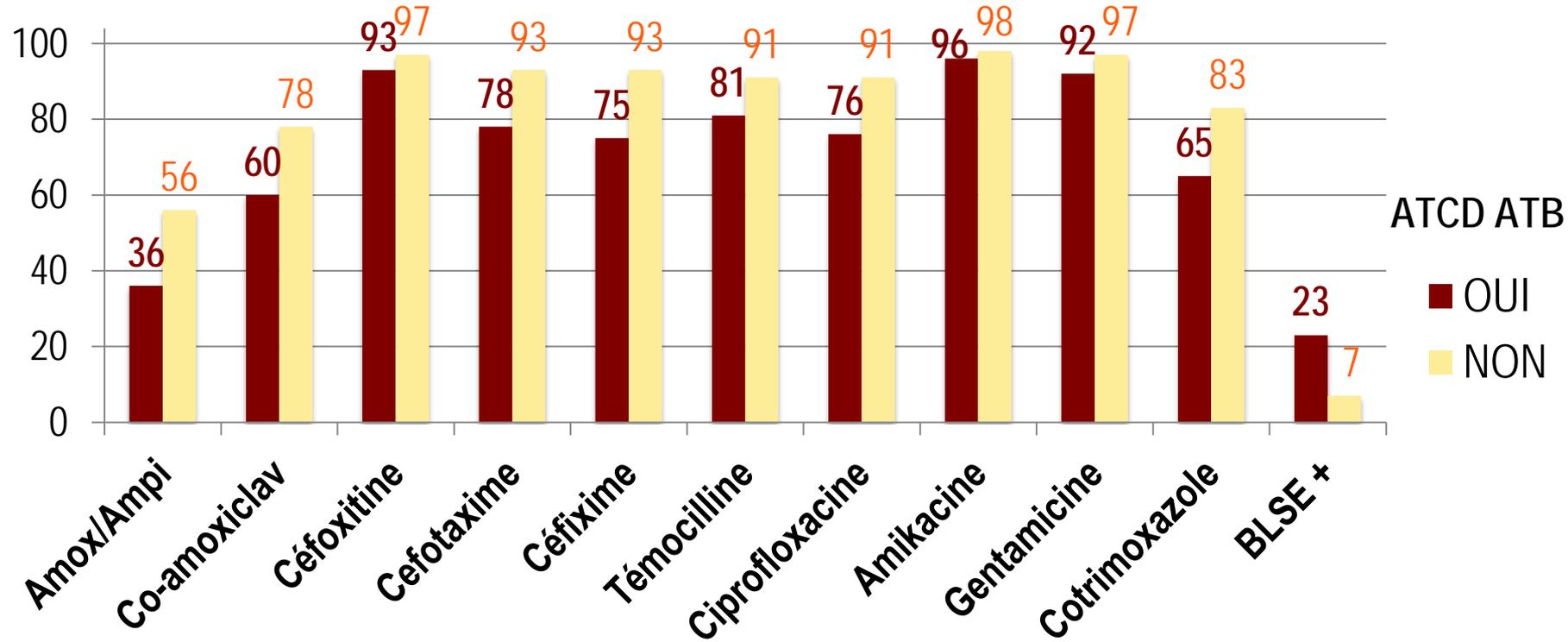
Profil de sensibilité (%) des souches de *E. coli* selon les ATCD d'hospitalisation



Profil de sensibilité (%) des souches de *E. coli* selon les ATCD d'hospitalisation



Profil de sensibilité (%) des souches de *E. coli* selon les ATCD de Tt antibiotique



Profil de sensibilité (%) des souches de *E. coli* selon les ATCD de Tt antibiotique

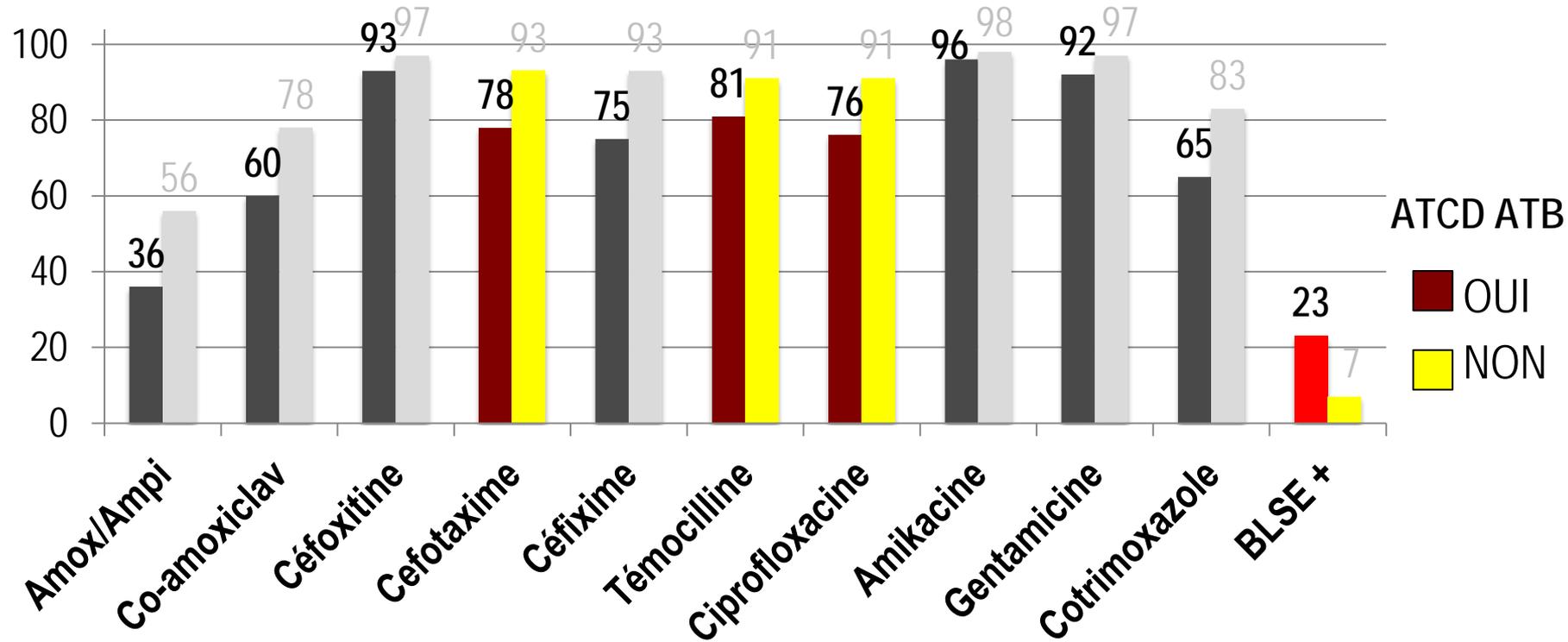




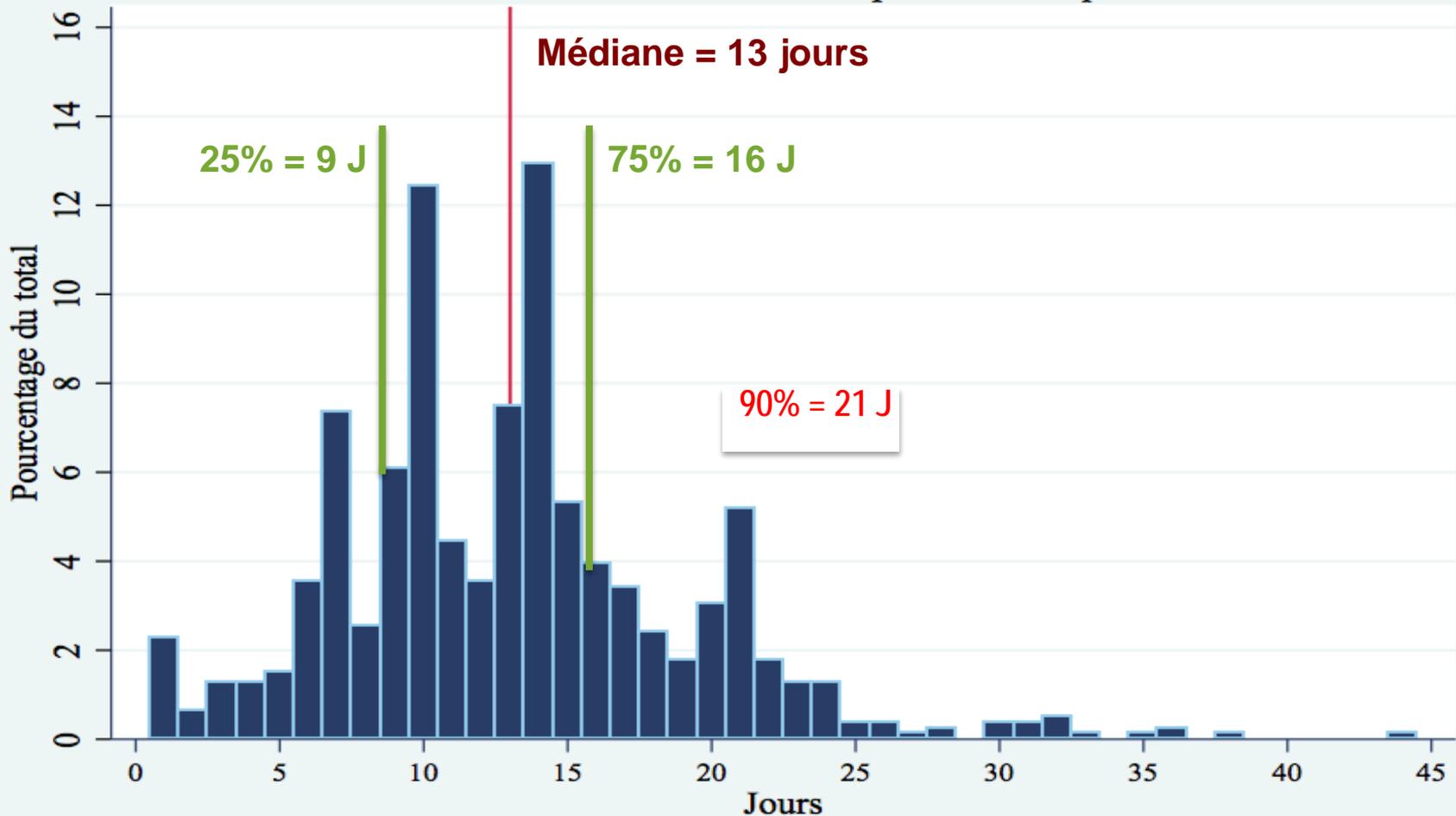
Image : bostonmagazine.com

Traitement antibiotique

Antibiotique reçu au moins une fois au cours du traitement

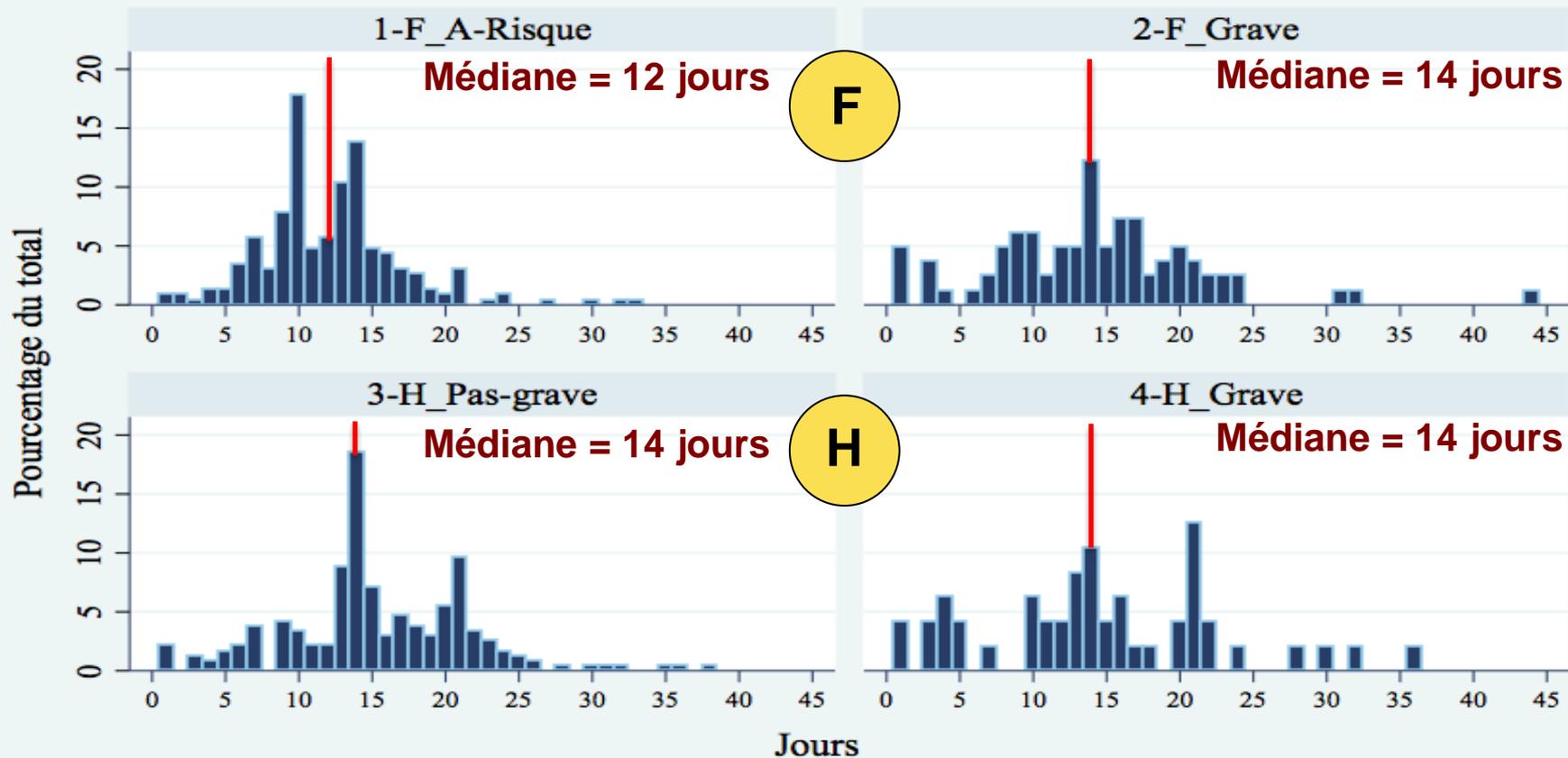
Antibiotique	N	%
Bêtalactamine	663	84 %
- Pénicilline A	116	15 %
- Co-amoxiclav	73	9 %
- Pipéracilline+tazobactam	30	4 %
- Céphalosporine de 3 ^{ème} G.	606	77 %
- Carbapénème	35	4 %
Fluoroquinolone	381	48 %
Aminoside	177	22 %
Cotrimoxazole	89	11 %
Autre antibiotique	37	5 %

Durée totale de traitement par antibiotique

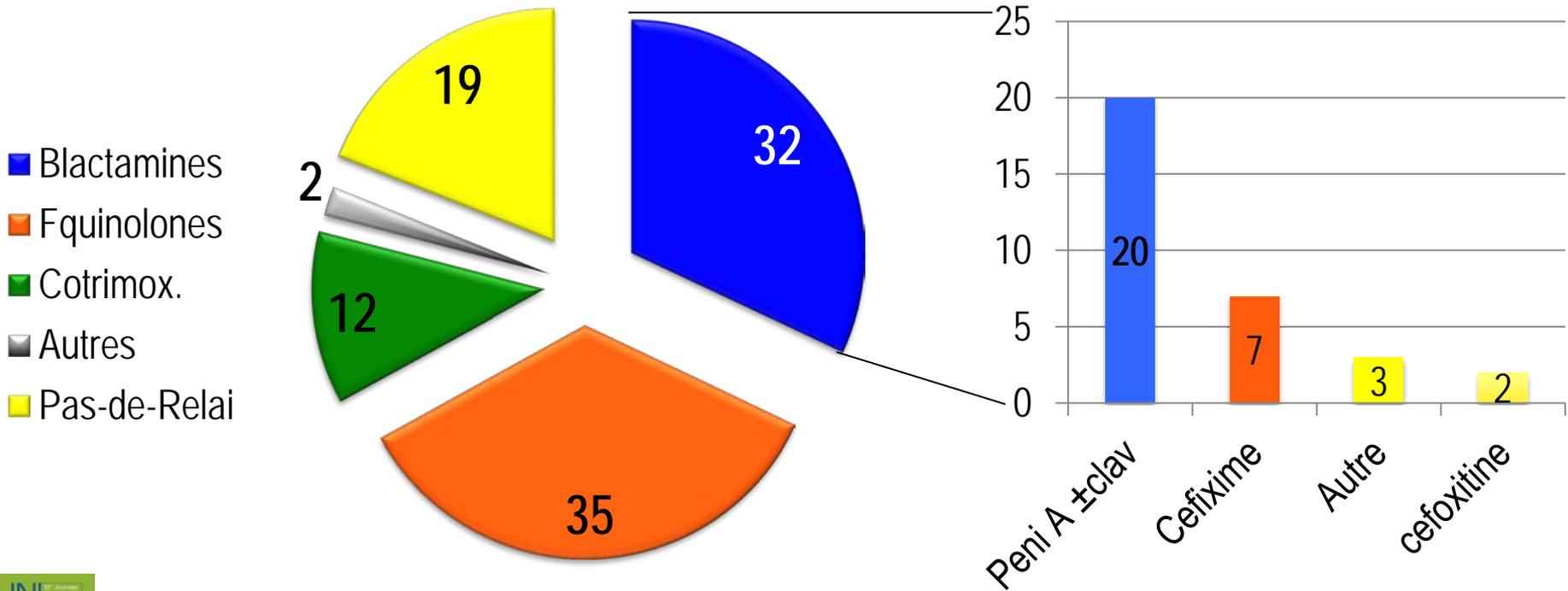


Durée totale de traitement par antibiotique

Type d'infection



Traitement initial par une céphalosporine de 3^{ème} génération : relai



Adequation du traitement initial par céphalosporine de 3^{ème} G. (C3G)

- Parmi les 564 malades traités initialement par C3G
 - 10% avec une souche de *E.coli* résistante aux C3G
 - (1/3 avec aminoside)

Pas de différence entre malades avec souche S-c3g / R-c3g

- Pour la gravité 14,4% vs 14,6%
 - (p=1.0)
- Pour la durée de Tt antibiotique 13 jours vs 14 jours
 - (p=0.15)

MAIS

Différence significative pour la durée d'hosp. 6 vs 9 jours

- (p<0.001)

Traitement par fluoroquinolone (FQ)

Modalité	N	%
Traitement initial par FQ,	180	22 %
- PO	140	78 %
- IV	40	22 %
Relai FQ per os si traitement initial IV (n=40)	17	43 %
- ≤ 48 h après début du traitement	8	
- J3-J4	5	
- > J4	4	
Relai par FQ (si traitement initial sans FQ)	201	25 %
- ≤ 48 h après début du traitement	93	46 %
- J3-J4	70	35 %
- > J4	38	19 %

Adéquation du traitement initial par fluoroquinolones

- Parmi les 180 malades traités initialement par FQ
 - 10% avec une souche de *E.coli* résistante Ofloxacine
 - 0 avec aminoside

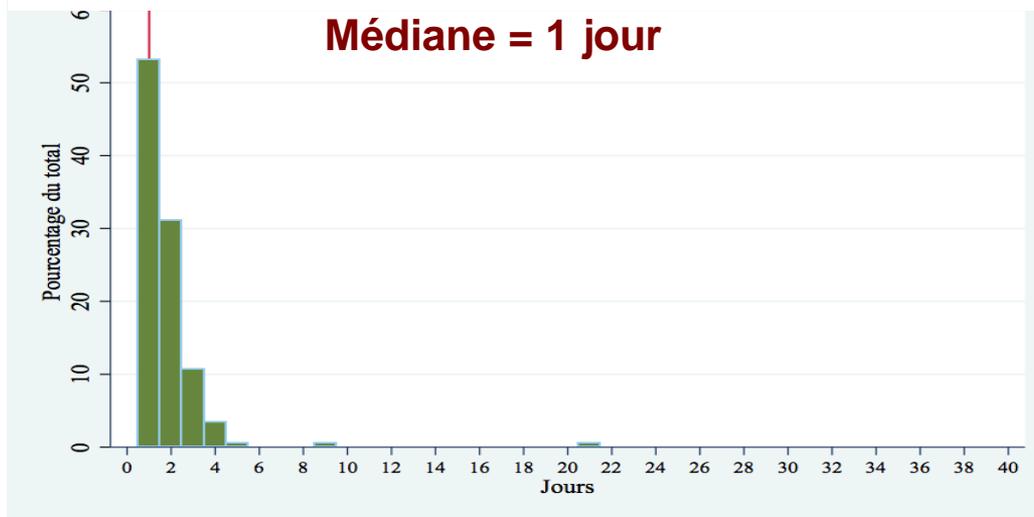
Pas de différence significative entre malades avec souche S / R

- Pour la gravité 8% vs 11%
 - (p=0.64)
- Pour la durée de Tt antibiotique 10 jours vs 13 jours
 - (p=0.56)
- Pour la durée d'hospitalisation 1 jour vs 4.5 jours ...
 - (p=0.07)

Traitement par un aminoside (A)

Modalité	N	%
Association bêta-lactamine + A	156	19.8 %
Association fluoroquinolone + A	11	1.4 %

Durée de traitement par aminoside



Traitement par un aminoside (%)

Facteurs associés

Caractéristique	Aminoside		
	OUI	NON	
Antécédent d'antibiothérapie	23 %	22 %	
Immunodépression	45 %	21 %	*
Insuff. rénale chronique	16 %	21 %	
Anomalie des voies urinaires	26 %	21 %	
Age \geq 75 ans	17 %	26 %	*
Infection grave	47 %	19 %	*
Production de BLSE	32 %	21 %	*

* : $p < 0,05$



Au total

Commentaires généraux

- Enquête multicentrique récente sur la prise en charge des « pyélonéphrites » et « prostatites »
- Nombre important de cas inclus (près de 800 inf. *E. coli*)
- Infections survenant en ville MAIS probablement un certain nombre d'infections nosocomiales ou liées aux structures de soins

Conclusion sur les traitements antibiotiques

- **Traitement initial**
 - Inadéquation dans 20% des cas (10% C3G et 10% FQ)
- **Traitement par aminosides : 22%**
 - Rarement > 5 jours
 - Formes graves
- **Antibiotiques très majoritairement conformes**
- **Traitement chez la femme**
 - Pyélonéphrite simple = 50 % \geq 10 jours
 - Pyélonéphrite grave = 50 % \geq 14 jours
- **Traitement chez l'homme**
 - 21% \leq 10 jours (73% sortis domicile)
 - 13% > 21 jours (32/37 = 86% traités par FQ ou Cot)

Remerciements à tous les participants

S.Alfandari (CH Tourcoing), C.Aubert Vidal (CH Européen), O.Baud (CHU Clermont-Ferrand), G.Baussant (CH Hazebrouck), H.Bazus (CH Lens), M.Benoit (CH Chalon sur Saône), F.Bensalem (CH Valence), F.Bergheau (Hôpital du Gier), C.Bertrand (Clinique Rhône Durance), S.Blaise (CH Belfort-Montbéliard), F.Bonfils (Clinique d'Occitanie), S.Bourzeix de Larouzière (CH Moulins Yzeure), P.Brisou (HIA Ste Anne), P.Cabaret (CH St Philibert), P.Cabaret (GH-ICL), B.Castan (CH Ajaccio), C.Cazorla (CH Nouvelle-Calédonie), V.Chaix (CH Carpentras), S.Comparot (CH Orange), S.D'journo (HP Beauregard), L.Darasteanu (CH Chartres), I.Daures Foury (CH P. Ardier), B.Decouard (MSPB Bagatelle), J.Delhomme (CH Alençon Mamers), G.Démelin (CH Thiéris), V.Descarpentries (CH Blois), A.Dinh (CHU R. Poincaré), F.Doucet-Populaire (CHU A. Béclère), A.Dubouix-Bourandy (Nouvelle Clinique de L'Union), L.Ducruet (CH Ain Val de Saône), A.Eden (CH Perpignan), S.Edouard (CH Dieppe), L.El Hajj (CH S. Veil), C.Eloy (CH Troyes), L.Escaut (CHU Bicêtre), F.Espinasse (CHU Ambroise Paré), F.Reynaud (CHU Poitiers), E.Forestier (CH Métropole Savoie), T.Fraisse (CH Ales), L.Gachet (Métropole de Savoie), C.Garcia-Sanchez (CHU Pitié-Salpêtrière), R.Gauzit (CHU Cochin), N.Gérondeau (CH des Quatre Villes), W.Ghys (CH St Flour), J.Gilquin (CH Autan), S.Goutier (GHM de Grenoble), P.Granier (CH Bourg en Bresse), F.Graïl (Centre Médical G. Revel), M.Guillaume (CH Voiron), S.Guittet (Pôle Santé Léonard de Vinci), S.Hubiche (CH Béziers), S.Jaffuel (CHRU Brest), S.Jeanny (CH G. Déplante), H.Jouin (CH Sarrebourg), L.Karkowski HIA Legouest), C.Laurans (CH de Roubaix), AL.Lecapitaine (CH Compiègne Noyon), N.Lefebvre (CHRU Strasbourg), L.Legout (CH Alpes-Leman), X.Lescure (CHU Bichat), P.Lesprit (CH Foch), T.Levent (Clinique Vauban et (CH Maubeuge), A.Lignereux (CH G. Martin), F.Lopez (Clinique (CHantecler), ML.Maestroni (CH Montereau), I.Masse-Chabredier (CH Aurillac), L.Maulin (CH Pays d'Aix), A.Merens HIA Begin), AM.Milesi-Lecat (CH Vichy), E.Muret (Clinique Saint George), D.Navas (CHU Nantes), M.Noll-Burgin (CH Saint Vincent), P.Pavese (CHU Grenoble), F.Pospisil (CH Avignon), L.Safont (Clinique St Privat), ML.Sarem (CH Semur-en-Auxois), C.Sauve (CH Orsay), L.Schang (Clinique Saint Antoine), S.Schiettecatte (CH Cambrai), S.Sire (CH Jean Rougier), A.Therby (CH Versailles), L.Thiriet (CH Charleville-Mézières), E.Valero (HIA Robert Picqué), C.Vandenbussche (CH Arras), V.Vernet-Garnier (CHU Reims), R.Vial (Hôpital de Beaujeu), C.Vignes (CH Cavillon Lauris), N.Vignier (CH Nemours), V.Vitrat (CH Annecy Genevois), F.Vuotto (CH Germon et Gauthier)

www.onerba.org

www.infectiologie.com