

# Atelier PNA BMR synthèse

François CARON

1- Quelles sont les 5 principales précisions que vous demandez au laboratoire de préciser afin de juger de « l'augmentations préoccupante de la prévalence des EBLSE » ?

### 1.1- Site de prélèvement

« diagnostic » (sang, urines, péritonéal...) vs « dépistage » (rectal...)

### 1.2- Espèce(s) ?

*E. coli* BLSE = massivement communautaires

autres entérobactéries BLSE = massivement associées aux soins

### 1.3- Délai d'isolement vs admission

< 48 h = massivement communautaires

> 48 h = massivement associées aux soins

### 1.4- Informations cliniques

âge : dominance attendue chez les sujets âgés (h & f)

sexe : pas de corrélat

+/- autres données : détection FDR (cf)

### 1.5- Taux absolu vs relatif

de 0,3% à 3 % : 10 x

de 3,4 à 10,2 % : 3 x

2- Quel taux de BLSE vous semblerait problématique pour votre décision ?

**Schémas probabilistes calés sur la R chez *E. coli***

robuste (+/-)

admis, à défaut de mieux

**< 10 % de R globale pour les PNA non sévère**

consensuel dans les référentiels internationaux

au total de BLSE + autres mécanismes de R

fort impact EBLSE sur C3G & FQ, molécules pivots classiques ici

**<< 10 % de R globale pour les PNA sévère**

intuitif

non quantifié

fort impact EBLSE sur genta, aminoside pivot classique ici

3- Les pyélonéphrites à EBLSE peuvent-elles être prédites au SAU par l'anamnèse individuelle ? Si non, pourquoi ? Si oui, comment ?

## **oui**

- Abondante littérature :
- Des FDR établis :
  - . exposition antibiotique antérieure (C3G, C2G, pénicilline, inhibiteur, FQ...)
  - . lien avec zone d'endémie
  - . SSR/SLD
- ...

## **et non**

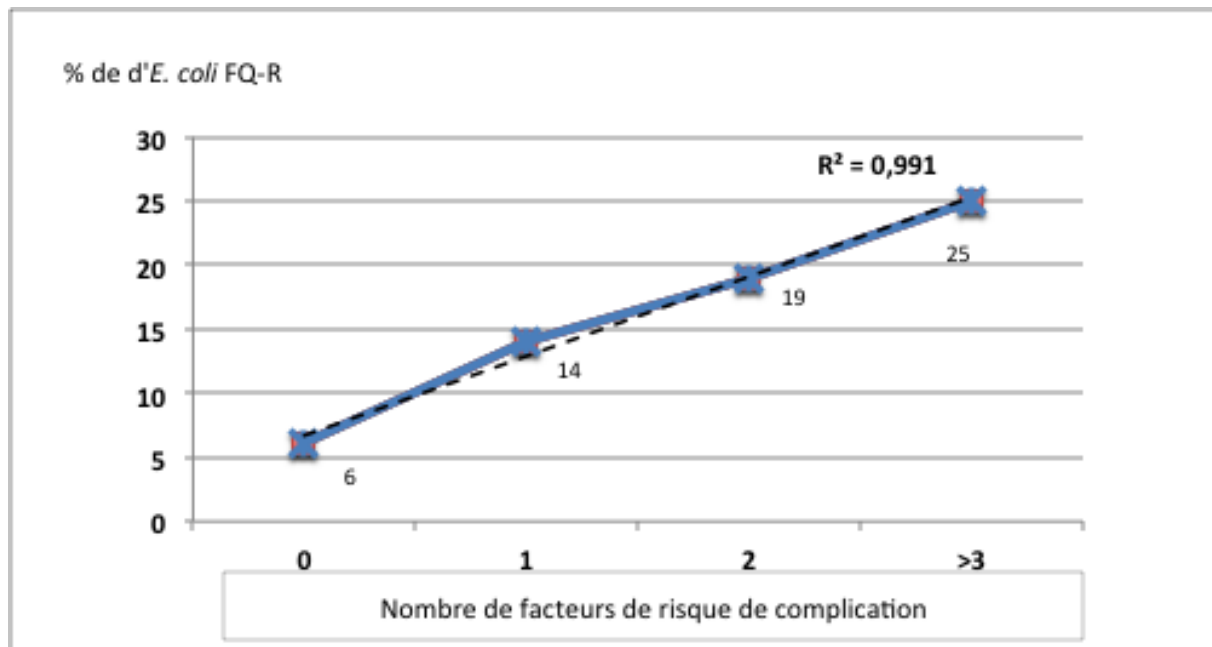
### **Mais :**

- . OR très variables d'une série à l'autre
- . Peu de données quantifiées sur l'historique individuel de colonisation/infection, urinaire/extra-urinaire
- . Des cas d'IU à EBLSE en l'absence de tout FDR évident

4- Les pyélonéphrites à EBLSE peuvent-elles être prédites au SAU par la clinique ? Si non, pourquoi ? Si oui, comment ?

**Non** : aucune particularité sémiologique aux EBLSE !

**Et oui** : les FDR de complication aident à identifier les patients à sur-risque de BMR



**156 cas de PNA hospitalisées en Infectiologie en 2010-2012 :**  
57 PNA simples (33 %)  
dont 25 bactériémies (44 %)  
99 PNA compliquées (67 %)  
dont 8 bactériémies (8 %)  
46 avec 1 FDR de complication  
40 avec 3 FDR de complication  
14 avec  $\geq 3$  FDR de complication

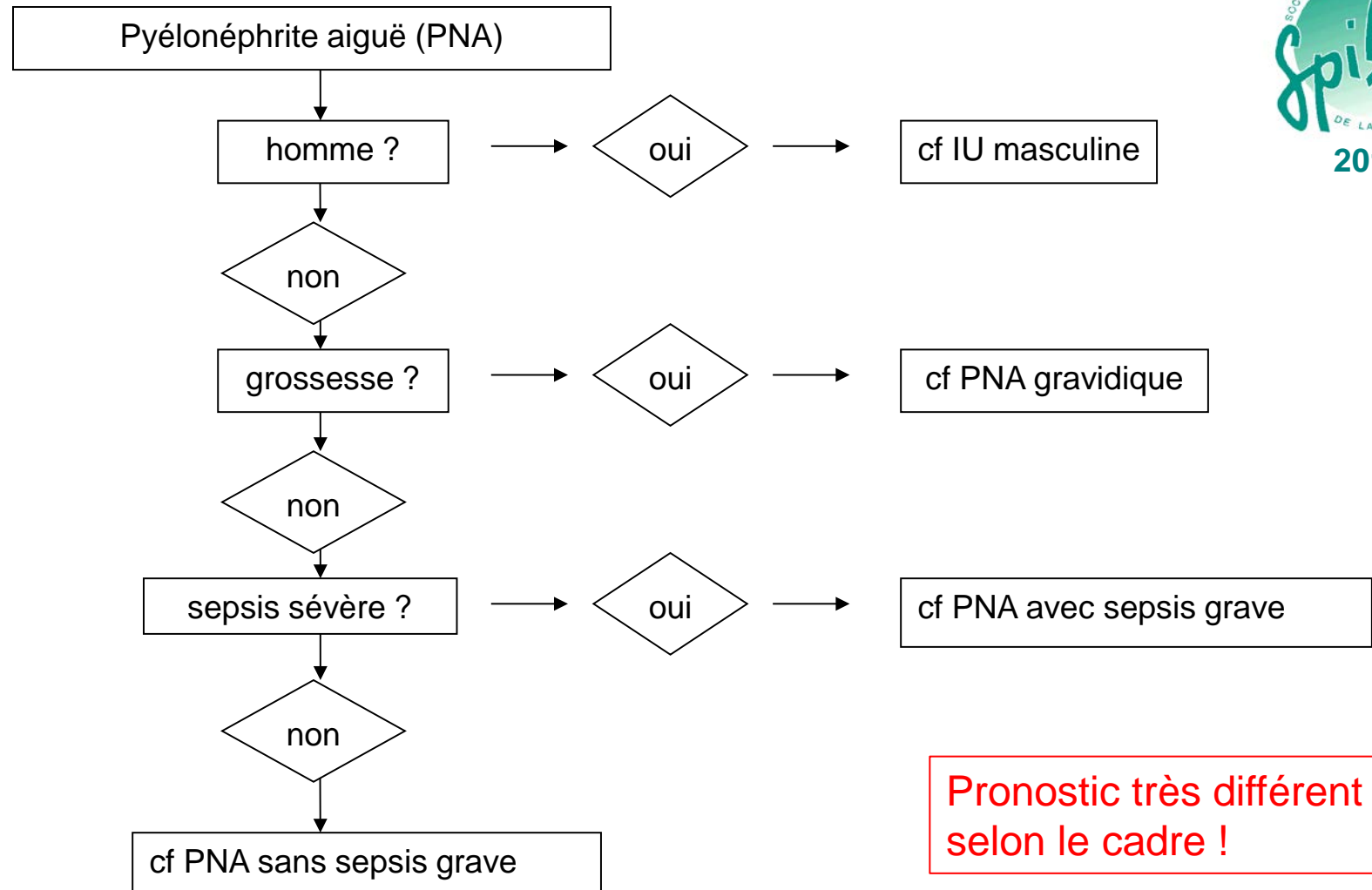
5- Les pyélonéphrites à EBLSE peuvent-elles être prédites au SAU par la biologie d'urgence ? Si non, pourquoi ? Si oui, comment ?

**Non** : aucun test simple au SAU !

**Et oui** : émergence de méthode de diagnostic rapide des EBLSE

- d'abord sur culture positive
- désormais sur urines
  - Détection de l'acidification du milieu par l'hydrolyse du céfotaxime
  - Se = 98% ; Spe = 99,8% vs antibiogramme
  - Process « rapide » (< 15 minutes)... mais lourd (double centrifugation...)
- peu diffusé à ce stade

## 6- Quels cadres cliniques vous semblent indispensables à individualiser pour la stratégie antibiotique, et pourquoi ?



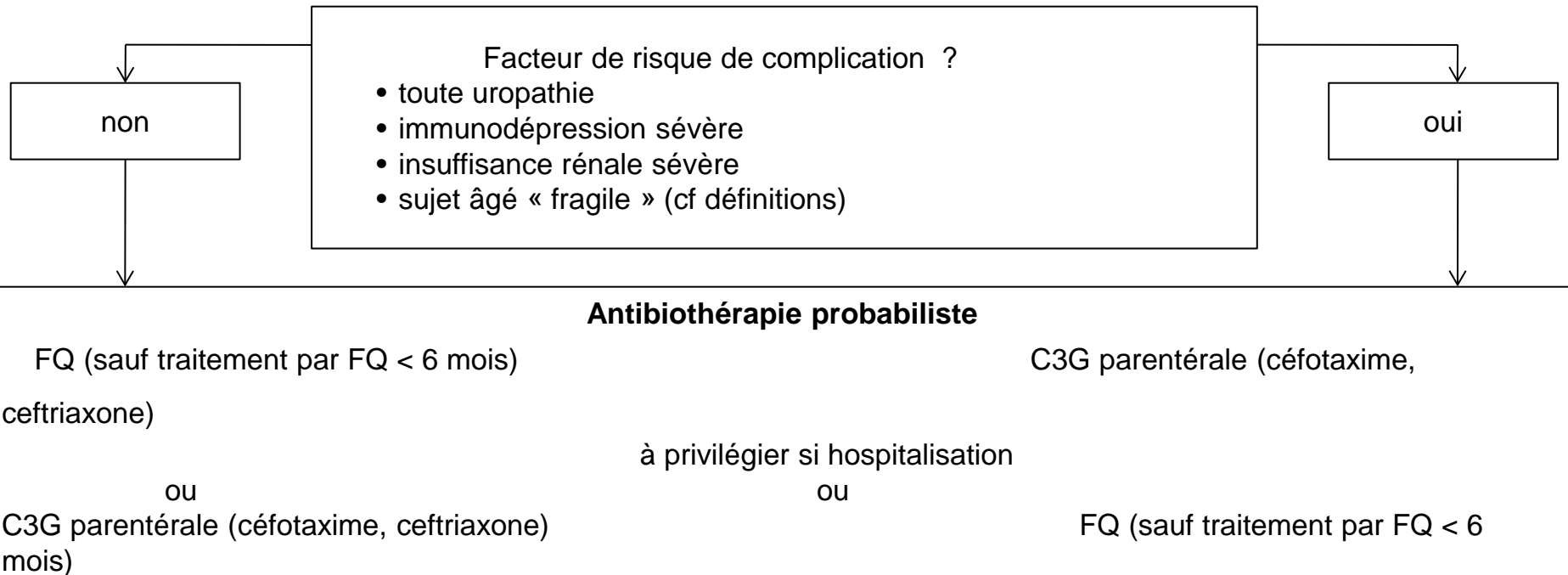
**Pronostic très différent  
selon le cadre !**

7- Pour chacun de ces cadres, quel choix antibiotique préférentiel retenez-vous et comment ce choix intègre t'il le risque EBLSE ?

Risque EBLSE négligé dans l'écologie actuelle  
(stratégie centrée sur R aux FQ)



## PNA sans signe de gravité



si contre-indication : aminoside (amikacine, gentamicine ou tobramycine) ou aztréonam (hospitalisation)<sup>8</sup>



## Antibiothérapie probabiliste des pyélonéphrites aiguës et IU masculines communautaires avec éléments de gravité

Risque EBLSE intégré,  
y compris avec le « tout amika » pour les sujets sans FDR reconnus

### ● Dans la majorité des cas :

- C3G IV (céfotaxime ou ceftriaxone) + amikacine
- si allergie : aztréonam + amikacine

### ● Si [sepsis grave ou geste urologique] ET [antécédent d'IU ou colonisation urinaire à 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 à EBLSE 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