

« Take home messages »

- . IU des villes

- . IU des champs (opérateurs)

François CARON & Albert SOTTO

Références : SPILF, IDSA, PubMed...

à suivre sujet particulièrement évolutif !

ACCÈS MEMBRES Recherche

INFECTIOLOGIE.com

Infectiologie ▾ Groupes de travail ▾ Documents ▾ Formation ▾ Actualités ▾

SPILF SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE

CMIT COLLÈGE DES UNIVERSITAIRES DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

SNMInf SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS INFECTIOLOGUES

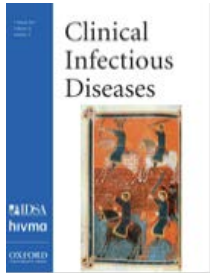
FFI FÉDÉRATION FRANÇAISE D'INFECTIOLOGIE

Accueil / Documents / Documents / Recommandations

- Documents ▾
 - Recommandations
 - Diaporamas des recommandations
 - Autres documents
- Congrès et Réunions >
- Antibiotiques >
- Sociétés partenaires >

Recommandations

Infections génito-urinaires		
Sujet	Source	Année
IST	SFD	2016
Nouveau: Infections urinaires associées aux soins Recommandations pour la pratique clinique - Nouveau: diaporama groupe recos SPILF	SPILF/AFU/SF2H	2015
Mise à jour décembre 2015 : Infections urinaires communautaires Recommandations "adulte" - Argumentaire "adulte" Recommandations "enfant" Recommandations "grossesse" Annexes: Diabète - Durée traitement - FDR BLSE - FDR_FQ-R - Monothérapie aminosides - Traitement BLSE - annexe triméthoprime et témocilline Nouveau: diaporama groupe recos SPILF	SPILF	2014
Syphilis: recommandations 2014 compte tenu des pénuries médicamenteuses	SPILF/CMIT /SFSL/SFD	2014
Urétrites et cervicites non compliquées diaporama groupe recos SPILF	ANSM	2011
Maladies sexuellement transmises (MST) chez la femme, la mère, la mineure pdf	SPILF	1993



International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women :
A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases

« It is important to realize that guidelines cannot always account for individual variation among patients.

They are not intended to supplant physician judgment with respect to particular patients or special clinical situations. »

IU : adopter la terminologie nouvelle

- IU à risque de complication = avec FDR de complication
- IU masculines
- IU avec ou sans élément de gravité

ECBU positif = risque d'erreur !

Traquer les **mauvaises indications** :

- bilan de santé
- décours d'une IU cliniquement guérie
- urines malodorantes...

Traquer les **mauvaises réalisations** :

- sur 1^{er} jet (ou faux 2^{ème} jet)
- sur SAD, avant ablation ou changement

Traquer les **mauvaises interprétations** :

- la leucocyturie, même forte, ne signe pas l'infection
- aucun seuil de bactériurie ne peut être opposé à une clinique évidente
- seules les colonisations gravidiques et avant un geste urologique relèvent d'un traitement

Epidémiologie de la résistance des uropathogènes

- calée sur *E. coli*

- fondée sur des souchiers intrinsèquement biaisés :

peu d'impact pour les AB à faible taux de R & faible impact sur le microbiote
et inversement : cf FQ notamment

Seuils d'antibiorésistance admissibles pour les choix probabilistes

- 20 % pour les cystites simples (car 50 % de guérison spontanée et risque très faible de transformation en PNA)
- 10 % pour les cystites gravidiques et autres cystites compliquées à risque de transformation vers la PNA
- 10 % pour les PNA et IU masculines imposant une antibiothérapie urgente
- nettement moins de 10 % pour les formes les plus sévères d'uro-sepsis

Impact sur le microbiote = critère majeur de choix antibiotique... et d'abstention !



Antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes

- association amoxicilline-acide clavulanique

- **céphalosporines** : plus grande préoccupation pour les spécialités administrées par voie orale que par voie injectable; plus grande préoccupation pour les céphalosporines de troisième et quatrième générations ; préoccupation pour la ceftriaxone

- **fluoroquinolones**

Cystites simples

- Ne pas oublier *Staphylococcus saprophyticus* :

≈ 15 % dans les séries récentes

à tout âge

R clinique à la fosfo

- Bientôt TMP en 3^{ème} intention ?

épargne des FQ et de la nitrofurantoïne

si R < 20% confirmée

Cystites récidivantes

- Traquer les cystites compliquées méconnues :

historique microbiologique +++

- Antibioprophylaxie = dernier recours

délivrer des permis de conduire les auto-traitements

PNA

- Encore une place pour les FQ !
 - . en probabiliste pour PNA simples non sévères
 - . en documenté, y compris sur 30% des EBLSE
- Sévère =
 - . recherche des FDR EBLSE
 - . amika + C3G ou carba

IU masculines

- « Chez l'homme la cystite n'existe pas peut être »
- IU masculine récidivante = bilan anatomo-fonctionnel concerté +++
 - . « Le BUD peut éviter la bière (par uro-sepsis) »

Toutes IU

« Une vessie qui se vide complètement s'infecte rarement. »

Gérard CARIOU



les IUAS

La définition

R.14. Il est fortement recommandé d'évoquer une IUAS si l'infection survient plus de 48 heures après une chirurgie au contact de l'urine (A-III).

R.15. Il est fortement recommandé d'évoquer une IUAS si l'infection survient en présence d'un dispositif endo-urinaire ou moins de 7 jours après l'ablation de celui-ci (A-III).

Difficultés diagnostiques

- Pas de dispositif endo-U = IUC
- Dispositif endo-U, notamment SUD = ne pas passer à côté d'un autre foyer infectieux
- Personnes âgées = fréquence de la colonisation, fréquence d'un autre foyer
- Médullo-lésés = particularité de la symptomatologie

La BU



R.13. Il n'est pas recommandé d'utiliser la bandelette urinaire pour le diagnostic des IUAS (D-III).

Kellogg JA et al., Am J Med 1987 ; Koeijers JJ, et al., CID 2007 ;
Giesen LGM et al., BMC Family Practice 2010

L'ECBU

- Si pas de dispositif endo-U = idem IUC
- Si dispositif endo-U = bactériurie $\geq 10^5$ UFC/ml ;
leucocyturie non prise en compte
 - Mais la clinique prime
- Attention aux prélèvements directs

L'antibiothérapie

R.20. Il est fortement recommandé de dépister les colonisations urinaires avant une intervention au contact de l'urine (A-I).

R.21. Il est fortement recommandé de traiter préventivement une colonisation avant une intervention au contact de l'urine s'il n'est pas possible d'obtenir la stérilité des urines autrement, notamment en retardant l'intervention ou en changeant un dispositif endo-urinaire (A-I).

R.22. Il est fortement recommandé de traiter les colonisations avant une intervention au contact de l'urine de 48 heures avant l'intervention jusqu'à ablation de la sonde vésicale ou 7 jours au maximum si le retrait de la sonde n'est pas possible (A-III).

La colonisation avant geste invasif urologique

- La dépister systématiquement et la traiter

MAIS !!!

R.25. Il est recommandé de ne pas dépister et de ne pas traiter les colonisations urinaires avant arthroplastie réglée de hanche ou de genou (D-II).

R.26. Il est recommandé de ne pas dépister et de ne pas traiter les colonisations urinaires avant chirurgie cardio-vasculaire (D-III).

L'antibiothérapie

R.51. Il est recommandé de traiter 5 à 7 jours les cystites associées aux soins (B-III).

R.52. Un traitement de 3 jours seulement peut être envisagé en cas de cystite chez la femme de moins de 75 ans en l'absence de critère de fragilité et en cas d'amélioration des signes après ablation de la sonde vésicale (B-III).

R.53. Il est recommandé de traiter 10 jours les pyélonéphrites ou orchio-épididymites associées aux soins (B-III).

R.54. Il est recommandé de traiter 14 jours les prostatites associées aux soins (B-III).

L'antibiothérapie

R.51. Il est recommandé de traiter 5 à 7 jours les cystites associées aux soins (B-III).

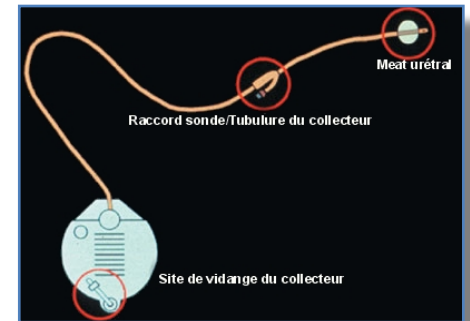
R.52. Un traitement de 3 jours seulement peut être envisagé en cas de cystite chez la femme de moins de 75 ans en l'absence de critère de fragilité et en cas d'amélioration des signes après ablation de la sonde vésicale (B-III).

R.53. Il est recommandé de traiter 10 jours les pyélonéphrites ou orchio-épididymites associées aux soins (B-III).

R.54. Il est recommandé de traiter 14 jours les prostatites associées aux soins (B-III).

La SU ; quelques règles

- Éviter le SUD
- Désonder dès que possible
- Favoriser le SU intermittent
- Système vésical clos
- Sac en position déclinée
- Pas d'ECBU si pas de symptômes
- Changement de sonde si
 - obstruction,
 - infection symptomatique
 - en préopératoire d'une chirurgie urologique en cas de colonisation



IU : un modèle de pédagogie et d'EPP en termes de bonnes pratiques, notamment antibiotique

- Infection communautaire = endogène

- . à partir de la flore périnéale très soumise à la P antibiotique et environnementale

- Infection sur sonde = exogène

- . chaque jour de sondage épargné importe

- LE défi majeur en termes de résistance bactérienne :

↓PSBDL (vaccin)

↓ SARM (SHA)

↑EBLSE (mondialisation) : 90 % des infections à polarité urinaire

émergence EPC

Camarades infectiologues,

Luton contre l'**infection urinaire** !