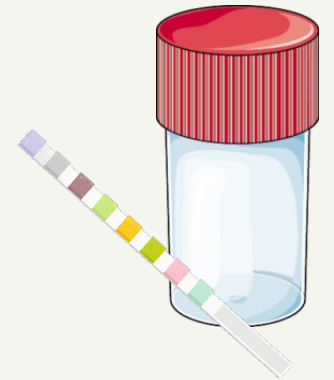


Infections urinaires aux urgences



Quelles prescriptions antibiotiques pour quelles infections ?

Dr Claire HOBSON – SMIT Hôpital Bichat- Claude Bernard
Pr Christophe CHOQUET – SAU Hôpital Bichat- Claude
Bernard





Madame V, 32 ans



- Pas d'antécédents déclarés
 - Brûlures mictionnelles depuis 3 jours
 - Apyrétique
 - Pas de douleurs lombaires
 - Allergique aux beta-lactamines
-
- Vous prescrivez de la fosfomycine-trométamol 1 sachet en dose unique

**Etes-vous
d'accord ?**



beta-HCG positif



INTERET D'UNE
CONSULTATION
POST-URGENCES A
48 HEURES POUR

ADAPTATION
THERAPEUTIQUE

& DESESCALADE
THERAPEUTIQUE

cystite simple --> cystite à risque
pas de BU --> ECBU
fosfo DU --> adaptation ECBU

Option thérapeutique :
A adapter à l'antibiogramme
Durée cystite à risque de complication

Cystite gravidique

=

Penser à **contrôler l'ECBU 8-10 j après la fin du traitement**



BU positive ET symptômes SANS fièvre-frissons-lombalgie



Cystite simple

Négative

BU

Positive

BU négative (leucocytes - **ET** nitrites -)

- Rechercher un diagnostic différentiel :
 - Mycose génitale
 - Urétrite
 - Sécheresse cutanéomuqueuse

BU positive (leucocytes + **OU** nitrites +)

Antibiothérapie probabiliste

1^{er} choix :

- fosfomycine-trométamol 3 g en dose unique

2^{ème} choix :

- pivmécillinam 400 mg (2 cp) x 2 par jour pendant 5 jours -> 3 jours (HAS 2025)



IU à risque de complications

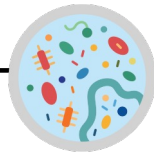
Facteurs de risque de complications:

- toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte urologique récent...),
- sujet âgé > 75 ans,
- sujet âgé > 65 ans et plusieurs comorbidités,
- clairance de créatinine < 30 ml/mn),
- Immunodépression



•ECBU

++



Documentation
et
Antibiogramme



Traitement

Durée:

Cystite à risque de complication: selon la molécule entre 3-7 jours

PNA à risque de complication: 10 jours

Mme B. 33 ans

- G2P2
- Cystite récidivante
- Antibio cycle depuis 4 mois:
fosfomycine, nitrofurantoine, bactrim
- Retour de Thaïlande il y a 1 semaine
- Brûlures mictionnelles depuis 1
semaines, vous prescrivez un ECBU, et
un traitement probabiliste par
LEVOFLOXACINE



**Etes-vous
d'accord ?**



ECBU

INTERET D'UNE
CONSULTATION
POST-URGENCES A
48 HEURES POUR

ADAPTATION
THERAPEUTIQUE

& DESESCALADE
THERAPEUTIQUE

1 - > 1.10*5 UFC/mL (ou /g) *Klebsiella pneumoniae*

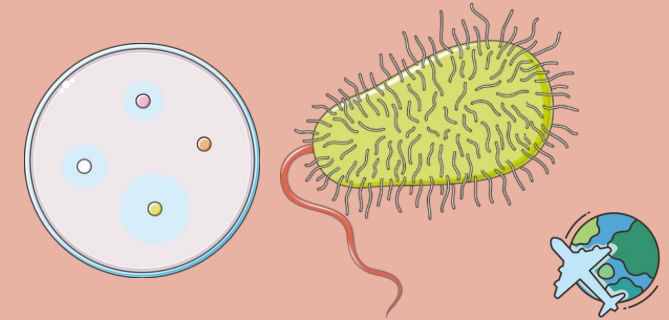
" BACTERIE MULTI RESISTANTE : isolement et signalisation obligatoires "



BLSE : Présence

Identification : Spectrométrie de masse (accrédité) ou milieu chromogène.

Antibiogramme	1 : <i>Klebsiella pneumoniae</i>	CMI (mg/l)
Technique : LIQUIDE VITEK (Accrédité)	V	
CASFM/EUCAST 2023 V1	V	
Ampicilline	R	
Amoxicilline + ac. clavulanique	R	
Amoxicilline + ac. clavulanique (si cystite)	R	
Ticarcilline	R	
Piperacilline + tazobactam	S	4
Temocilline	SFP	6
Cefoxitine	R	
Cefotaxime	R	
Ceftazidime	R	
Cefepime	R	
Ertapénème	S	
Imipénème	S	
Gentamicine	S	
Tobramycine	S	
Amikacine	S	
Levofloxacin	R	
Ciprofloxacine	R	
Triméthoprim + sulfaméthoxazole	R	



Cystite non simple

=

Documentation microbiologique

=

ECBU



voyage = !! BMR/BHRe

Option thérapeutique :
Avis spécialisé

Mr R. 93 ans

- Sonde urinaire à demeure
- ECBU réalisé car les urines sont malodorantes
- Rein unique avec malformation urétérale



Culture et ou identification

- 1 - 1.10^6 UFC/mL (ou /g) *Escherichia coli*
Identification par : Spectrométrie de masse - Microflex (Bruker)
- 2 - 1.10^5 UFC/mL (ou /g) Flore polymorphe

Antibiogramme

	1 : <i>Escherichia coli</i> CMI (mg/l)
Technique : DIFFUSION (Accrédité)	V
CASFM/EUCAST 2023 V1	V
Amoxicilline	R
Amoxicilline + ac. clavulanique	ZIT (CMI sur demande)
Amoxicilline + ac. clavulanique (si cystite)	S
Ticarcilline	R
Mecillinam	S
Cefotaxime	S
Ceftazidime	S
Cefepime	S
Ertapénème	S
Imipénème	S
Gentamicine	S
Amikacine	S
Acide nalidixique	R
Ofloxacin	R
Triméthoprim + sulfaméthoxazole	R
Nitrofuranes	S
Fosfomycine	S

- Vous initiez une antibiothérapie par CEFTRIAXONE pour 21 jours

**Etes-vous
d'accord ?**



Colonisation urinaire

ECBU et traitement systématique,
2 indications :



Femme enceinte
Avant geste endoscopique urologique



EST-CE BIEN UTILE ?

Un ECBU positif ne suffit pas au diagnostic d'infection urinaire

Ne prescrivez un ECBU que si vous suspectez une infection

**“Ses urines sentent mauvais,
je prescris un ECBU ?”**

**Les urines malodorantes (et /ou troubles) isolées ne justifient pas de
prescrire un ECBU**



Mme H. 95 ans

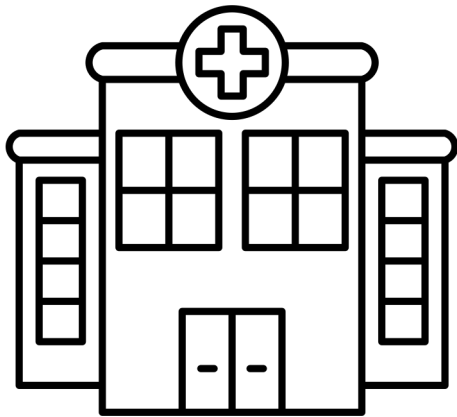
- Vit en institution
 - Chute, et confusion récente
 - Urines malodorantes d'après les IDE de l'EHPAD
 - Douleurs lombaires
 - Pas de signes de gravité clinique
 - Creat de base 150 $\mu\text{mol/L}$
-
- Vous suspectez une infection urinaire à risque de complication, vous l'hospitalisez



**Etes-vous
d'accord ?**



Particularités IU : prise en charge



Critères d'hospitalisation

Présence de signes cliniques de gravité

Forme hyperalgique

Doute diagnostique

Vomissements itératifs empêchant un traitement per os

Précarité, Mauvaise observance prévisible,
comorbidités

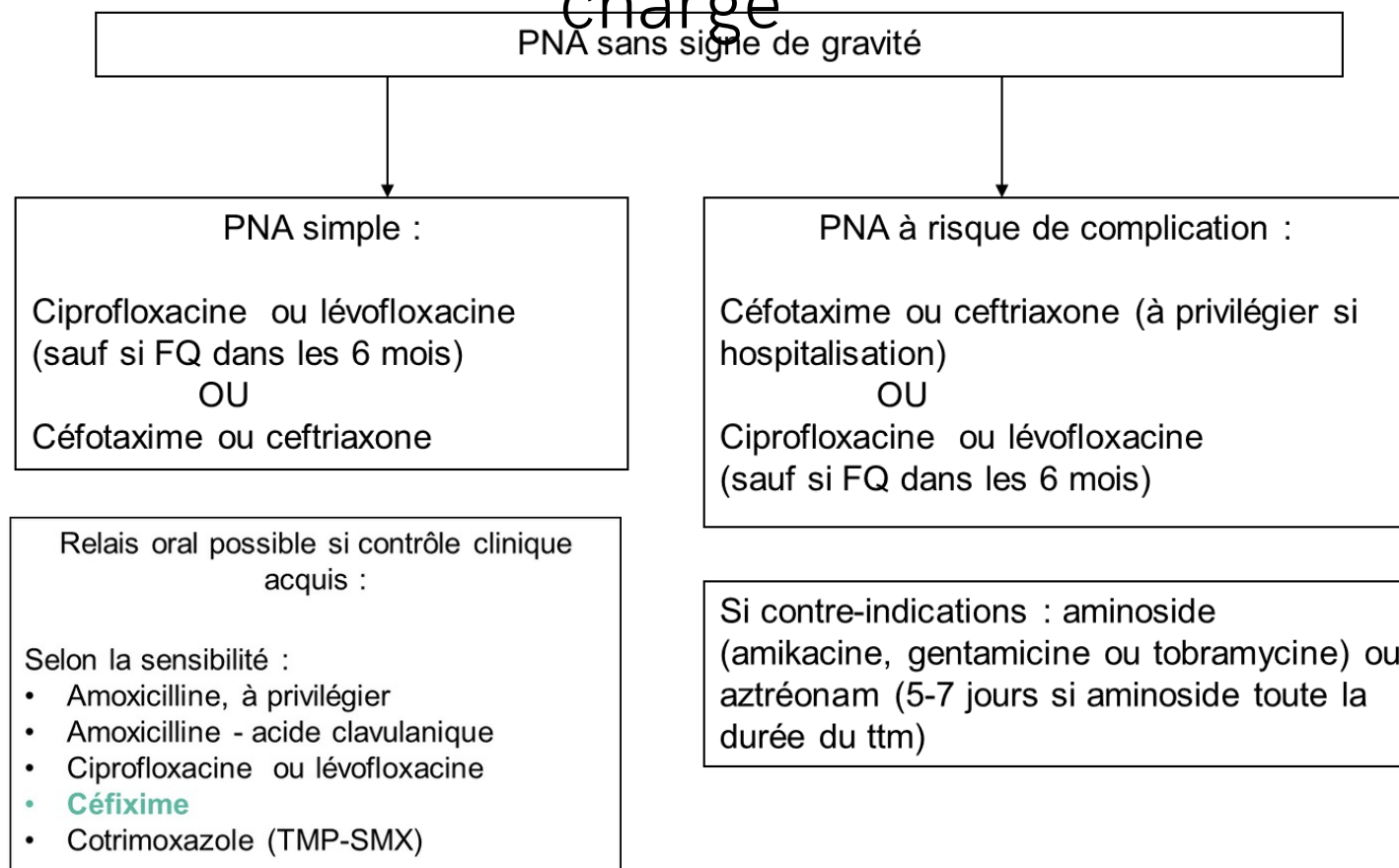
Situations de polly-allergie ou de multirésistances

Mme H. 95 ans

- Vous initiez un traitement par CEFTRIAXONE mais votre collègue insiste pour prescrire un traitement par TAZOCILLINE
- Qu'en pensez-vous ?



Particularités PNA **non grave**: prise en charge



Mr E. 89 ans

- Vit en institution
 - Chute, et confusion récente
 - Urines malodorantes d'après les IDE de l'EHPAD
 - Traité il y a 1 mois par Levofloxacin pour une IUM
 - Douleurs lombaires
 - TA 90/50, FR 25/min
 - Creat de base 150 $\mu\text{mol/L}$
-
- Vous suspectez une infection urinaire à risque de complication, vous l'hospitalisez

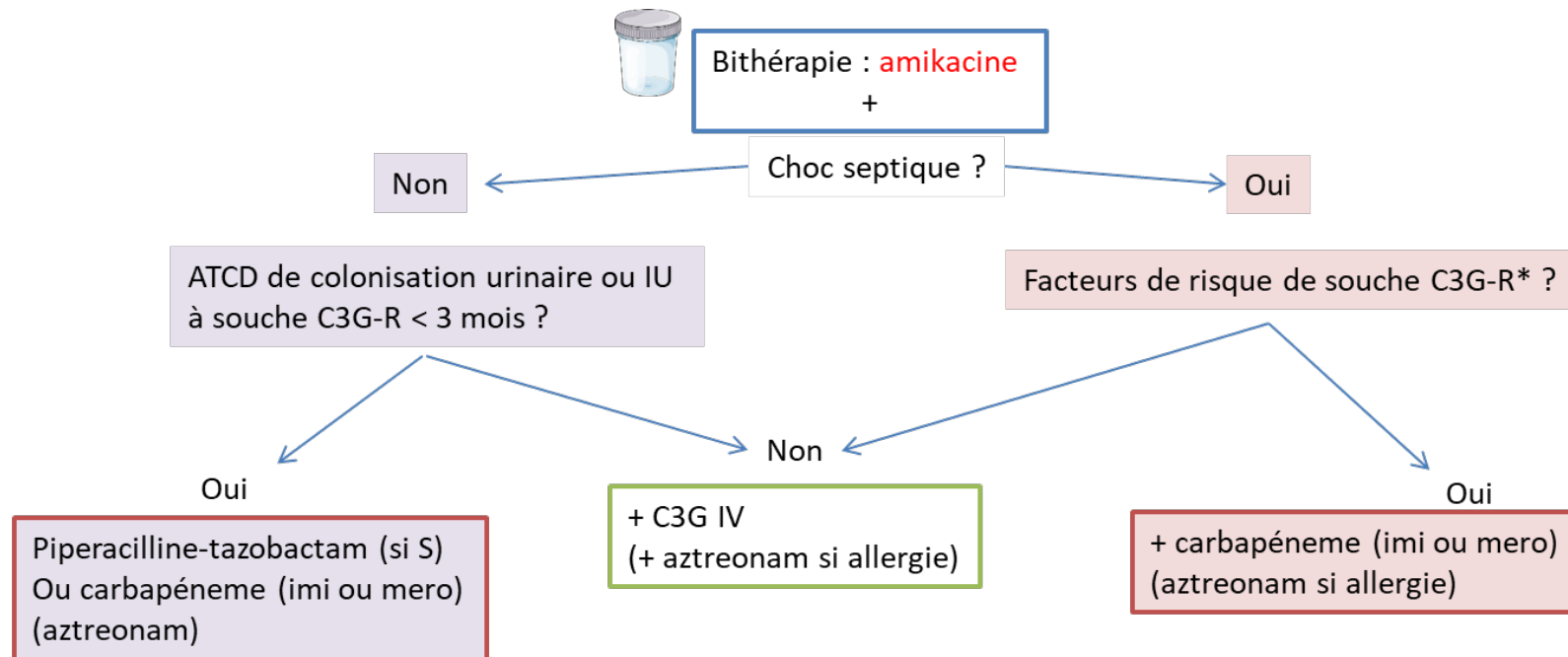


Mr E. 89 ans

- Vous initiez un traitement par CEFTRIAXONE + AMIKACINE mais votre collègue insiste pour prescrire un traitement par MEROPENEM + AMIKACINE
- Qu'en pensez-vous ?



Particularités PNA **GRAVE** : prise en charge



Adaptation à l'antibiogramme:

- Arrêt des carbapénèmes dès que possible
- Relais oral dès que possible (poursuivre IV tant que signes de gravité)
- Durée 10-14j



***ATCD de colonisation urinaire ou IU à souche C3G-R < 3 mois**, Antibiothérapie dans les 3 mois, voyage en zone à risque, hospitalisation <3mois, infection nosocomiale, uropathie

Particularités PNA: prise en charge

	PNA simple	PNA à risque de complication	PNA grave
BU + ECBU avant traitement	systématique 	systématique 	systématique 
Hémocultures	Si doute diagnostique	systématique	systématique
CRP, urée, créat	Non systématique	systématique	Systématique
Imagerie	Non systématique	Systématique	Systématique
Antibiothérapie	Monothérapie	Monothérapie	Bithérapie: BL* + aminosides
Surveillance	Clinique Si evolution défavorable à 72h : recontrôle ECBU et imagerie		
Durée traitement	7 jours si BL IV ou FQ 10 j sinon	10-14 jours	10-14 jours
Antibiothérapie	HORS BLSE: Amoxicilline Amox-acide clavulanique Fluoroquinolones (ciprofloxacine ou levoflo)  Céfixime Cotrimoxazole Si aminosides en monothérapie: durée 5-7 j au total		

Particularités PNA: BLSE



1 ^{er} choix	Ciprofloxacin OU lévofloxacin Cotrimoxazole (TMP-SMX)
2 ^{ème} choix	Amoxicilline-acide clavulanique
3 ^{ème} choix	Céfoxitine OU pipéracilline-tazobactam = CMI?? OU témocilline
4 ^{ème} choix	Amikacine, gentamicine, tobramycine
5 ^{ème} choix	Imipénème OU méropénème, Ertapénème utilisable uniquement si testé

pour une infection d'origine non urinaire, la détermination de la CMI est nécessaire et doit être ≤ 4 mg/L (AE)

Mr G. 38 ans

- Bilharziose urinaire compliquée
 - Pose de sonde JJ il y a une semaine
 - Allergique vraie au beta-lactamine
-
- Fièvre depuis 48h
 - Douleurs lombaires
 - Constantes normales
-
- Vous décidez d'hospitaliser ce patient, et vous initier une antibiothérapie par TAZOCILLINE avant ECBU



**Etes-vous
d'accord ?**





Infection sur matériel endo-urétéral

- A évoquer si apparition ou aggravation de symptômes du bas appareil urinaire (pollakiurie, brûlures mictionnelles, douleur hypogastrique), douleur ou gêne de la fosse lombaire, de signes généraux (fièvre, ...)
- **La bandelette urinaire n'est pas recommandée pour le diagnostic d'infection**
- **Ne pas tenir compte de la leucocyturie pour le diagnostic**
- **Les signes cliniques priment sur les seuils de bactériurie**
- ECBU
- CRP non recommandée
- En cas de signes de gravité (sepsis, choc septique ou dilatation du haut appareil urinaire) : ajout Amikacine
- En cas de documentation bactériologique antérieure (moins de 3 mois), l'antibiothérapie probabiliste doit prendre en compte ce résultat.



Antibiothérapie probabiliste IU associées aux soins

- **Cystite postopératoire (par ordre de préférence)**
 - Si le traitement ne peut être différé : fosfomycine – trométamol (une dose en attendant l'antibiogramme), nitrofurantoïne, fluoroquinolone
- **Pyélonéphrite (par ordre de préférence)**
 - pipéracilline + tazobactam (intérêt du spectre sur P. aeruginosa et entérocoque), ceftriaxone, cefotaxime. Si allergie aux bêta-lactamines : aminosides
- **EBLSE** (facteurs de risque notamment colonisation connue, voyageur en contact avec le milieu de soin, antibiothérapie large spectre récente) : ajout de l'amikacine.
- **Prostatite (par ordre de préférence)**
 - Ceftriaxone, cefotaxime, pipéracilline + tazobactam. Si allergie aux bêta-lactamines : cotrimoxazole ou fluoroquinolone. Si facteurs de risque d'EBLSE: ajout de l'amikacine.
- En cas de sepsis grave ajouter l'amikacine.

Mr F. 72 ans

- Adénocarcinome du sigmoïde avec métastases synchrones (foie, vertébral)
 - Colectomie totale et iléostomie de décharge
 - Hypertrophie bénigne de prostate
 - Colonisation rectal KP BLSE
-
- **RTUP** récente
 - Fièvre 39°C sans signes de gravité
 - Douleurs abdominales, brûlures mictionnelles
-
- Vous prescrivez un ECBU, et vous initiez un traitement par MEROPENEM



**Etes-vous
d'accord ?**



Culture et ou identification

1 - 1.10*5 UFC/mL (ou /g) Enterococcus faecalis

Identification par : Spectrométrie de masse - Microflex (Bruker)

Antibiogramme	1 : Enterococcus faecalis CMI (mg/l)
Technique : DIFFUSION (Accrédité)	V
CASFM/EUCAST 2023 V1	V
Amoxicilline	S
Gentamicine	S
Erythromycine	R
Pristinamycine	R
Teicoplanine	S
Vancomycine	S
Nitrofuranes	S
Rifampicine	S

- Prostatite *E. faecalis* post opératoire

- Echographie voies urinaires: pas d'abcès

Option thérapeutique :

Amoxicilline 2g x3/j

21 jours (IUM hors FQ Bactrim)

+

contacter le/la chirurgien référent

E. faecalis

Données: Présentation Pr Caron
parmi les ref: Pontefract et al SAGE Open Medicine 2020;8:1 7

- Faible pathogénicité
- Fréquemment associé (ECBU polymicrobien)
- Si IU: antibiotique non bactéricide possible
 - Donc MONOTHERAPIE possible par AMOXICILLINE
- IU sans sonde : *E. faecalis* + BGN
 - --> **NEGLIGER *E. faecalis*** SAUF sepsis grave ou premier échec de ttm
 - --> traitement BGN
- IU sur sonde: *E. faecalis* + BGN
 - --> recontrôler ECBU après changement de sonde,
 - si *E. faecalis* + BGN --> **négliger *E. faecalis***, sauf sepsis grave

Si souhait de traiter un ECBU polymicrobien en tenant compte de "tout":

Cystites simples ou à risque de complication

amoxicilline

amox-clav (cC cystites)

fosfomycine

nitrofurantoïne

Prostatite

lévofloxacin

Urosepsis (avis spécialisé)

amoxicilline

amox- clav (cC systémique)

pipéra-tazo

imipénème

lévoflo

...

Mr M. 25 ans



- Pas d'antécédents
 - Brûlures mictionnelles
 - Apyrétique
 - Retour de Tunisie il y a 3 jours
-
- Vous prescrivez un ECBU et une antibiothérapie par LEVOFLOXACINE 14 j



**Etes-vous
d'accord ?**



Consultation post-urgence j3

Culture et ou identification

1 - 1.10*6 UFC/mL (ou /g) Escherichia coli

Identification par : Spectrométrie de masse - Microflex (Bruker)

Antibiogramme	1 : <i>Escherichia coli</i> CMI (mg/l)
Technique : DIFFUSION (Accrédité)	V
CASFM/EUCAST 2023 V1	V
Amoxicilline	R
Amoxicilline + ac. clavulanique	ZIT (CMI sur demande)
Amoxicilline + ac. clavulanique (si cystite)	S
Ticarcilline	R
Mecillinam	S
Cefotaxime	S
Ceftazidime	S
Cefepime	S
Ertapenème	S
Imipenème	S
Gentamicine	S
Amikacine	S
Acide nalidixique	R
Ofloxacin	R
Trimethoprim + sulfamethoxazole	R
Nitrofuranes	S
Fosfomycine	S

Que faites-vous ?

Cystite de l'homme

Culture et ou identification

1 - 1.10*6 UFC/mL (ou /g) *Escherichia coli*

Identification par : Spectrométrie de masse - Microflex (Bruker)

Antibiogramme	1 : <i>Escherichia coli</i> CMI (mg/l)
Technique : DIFFUSION (Accrédité)	V
CASFM/EUCAST 2023 V1	V
Amoxicilline	R
Amoxicilline + ac. clavulanique	ZIT (CMI sur demande)
Amoxicilline + ac. clavulanique (si cystite)	S
Ticarcilline	R
Mecillinam	S
Cefotaxime	S
Ceftazidime	S
Cefepime	S
Ertapénème	S
Imipénème	S
Gentamicine	S
Amikacine	S
Acide nalidixique	R
Ofloxacin	R
Triméthoprime + sulfaméthoxazole	R
Nitrofuranes	S
Fosfomycine	S

Options thérapeutiques :

Fosfomycine-trométamol 3g/sachet j1-j3-j5

Nitrofurantoïne 100mg x3/j 7 jours

Pivmecillinam 400mg x3/j 7 jours

Triméthoprime 300mg x1/j 7 jours

2eme intention:

amox 1g x3/j 7j, Cotrimox 160/800 x2/j 7j, Amox/clav 1g x3/j 7 j

Références:

Ulleryd et Sandber , Scand J Infect Dis, 2003.,

J. J. Koeijers, et al. UROLOGY 76 (2), 2010,

Hanna Montelin et al. PLOS one 2019,

Germanos et al. Open forum infectious diseases, 2019

Boel et al. JAC 2019

...

Recommandation IU masculines, SPILF 2025



Mr O. 47 ans



- Pas d'antécédents
- Retour d'un séjour au Maroc il y a 3 jours
- Douleurs lombaires
- Pas de SFU
- Fébrile 39°C sans signes de gravité
- Vous prescrivez un ECBU, et un traitement probabiliste par LEVOFLOXACINE

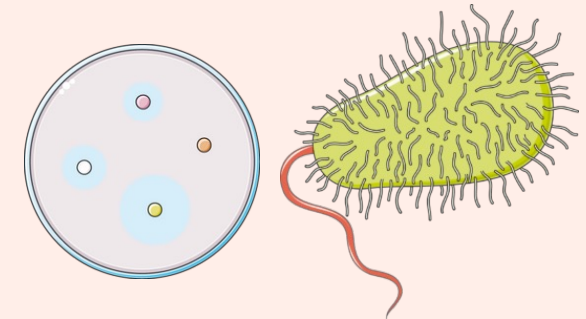


**Etes-vous
d'accord ?**



ECBU

Antibiogramme	1 : <i>Klebsiella pneumoniae</i> CMI (mg/l)
Technique : DIFFUSION (Accrédité)	V
CASFM/EUCAST 2023 V1	V
Amoxicilline	
Amoxicilline + ac. clavulanique	R
Ticarcilline	R
Ticarcilline + ac. clavulanique	R
Cefotaxime	R
Ceftazidime	R
Aztreonam	R
Cefepime	R
Ertapénème	R
Imipénème	R
Gentamicine	R
Amikacine	R
Acide nalidixique	R
Ofloxacine	R
Erythromycine	
Teicoplanine (gradient de diffusion)	
Vancomycine CMI (gradient de diffusion)	
Trimethoprim + sulfamethoxazole	R
Nitrofuranes	
Rifampicine	



Retour de voyage

=

Penser à **l'antibiorésistance**



Isolement + Prévenir EPRI si hospitalisation



Option thérapeutique :
Ceftazidime-avibactam + Aztréonam
10 jours (IUM, beta-lactamine IV)

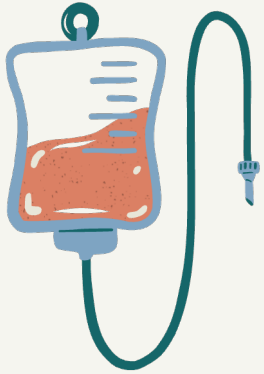


Consultation post urgence

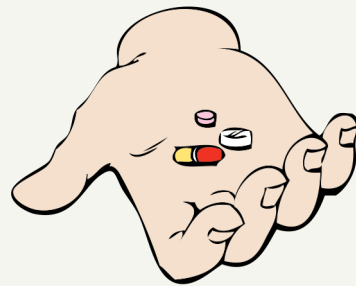
Adaptation à l'antibiogramme

Confirmation (ou non) du diagnostic

Prévention des effets secondaires médicamenteux

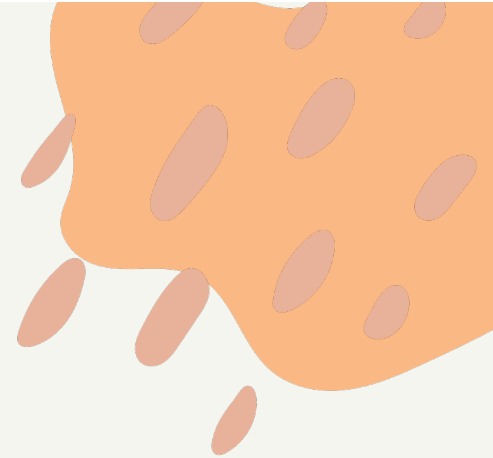


Administration du traitement avant la sortie



Important en contexte de pénurie

Limite le retard a la prise en
charge thérapeutique





Les dogmes de l'IU

- Pas d'ECBU pour les urines qui puent
 - Pas d'ECBU de contrôle sauf si évolution défavorable à 72h
 - ECBU de contrôle systématique chez la femme enceinte 8-10 j après le traitement
 - Le diagnostique d'IU est clinique (ECBU positif ne veut pas dire IU)
-
- Pas de quinolones en probabiliste si reçu dans les 6 mois
 - Pas de quinolones si acide nalidixique R: 1er niveau de résistance aux quinolones
 - Toute prescription = réévaluation

Quand prescrire "large" d'emblée

PNA grave
AVEC Choc septique
ET facteurs de risque BLSE*



Infection urinaire documentée à
germes résistant



QUAND S'ABSTENIR?

Infection grave



Infection,
sans urgence



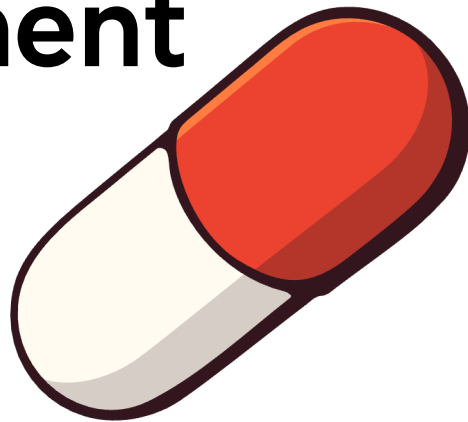
Discuter de différer le traitement après
documentation microbiologique



Colonisation ou
pas d'infection



Durée de traitement



Cystite simple : dose unique si possible
Cystite à risque de complication : 7 j

PNA simple FQ ou Bactrim : 7 jours
PNA autre* : 10 jours

*grave - non grave à risque de complication - simple autre molécule

Durée PNA grave = PNA non grave

Durée PNA à EBLSE = PNA non à EBLSE



Prostatite : 14 jours (levoflo, bactrim, C3G IV) -
sinon 21j

PNA 10 jours

IUM non fébrile : cystite de l'homme 7 jours.

Comment implémenter le BUA pour IU dans mon service ?

Bon usage des outils diagnostiques :
indication et qualité

Circuit de récupération des prélèvements

Organisation de la prescription probabiliste

Organisation du suivi et adaptation thérapeutique

Place du médecin traitant

Place de l'EMA, EPRI, microbiologistes ?



MERCI