

# Infections urinaires aux urgences : quel antibiotique pour quelle prescription

SÉMINAIRE DE BON USAGE  
DES ANTIBIOTIQUES AUX  
URGENCES EN REGION LILLOISE

Dr Nicolas ETTAHAR – Maladies infectieuses CH Valenciennes  
Dr Ingrid DEMARLE – Urgences CH Valenciennes



# Pourquoi ?



En 2019 en France: les infections urinaires (IU) représentaient environ 1,1% de l'ensemble des motifs de consultation aux urgences soit 35% des urgences urologiques.

*Selon les données du réseau de surveillance OSCOUR®*



## Erreurs diagnostiques :

30 % des IU sont surdiagnostiquées (BU faussement positives).

20 % des antibiothérapies sont **inappropriées**



## Réhospitalisations :

10 % des patients reviennent aux urgences dans les 7 jours pour échec thérapeutique.



## Objectifs de la présentation:

Rappel des différents tableaux cliniques

Rappel des règles de prescription et de pertinence

# Cas clinique 1: Madame B.

- Patiente de 28 ans sans antécédent
- Depuis 48 h :
  - brûlures mictionnelles, pollakiurie,
  - pas de fièvre
  - pas de douleur lombaire.
- BU en pharmacie: leucocytes +, nitrates +



## Et là... Coup de théâtre !

" Au fait j'ai plus mes règles depuis 3mois...."  
La patiente est en fait enceinte de 12 SA.



# Cas clinique 1: Madame B.

Quelle conduite à tenir?

- 1/Bilan biologique standard
- 2/ECBU
- 3/Traitemennt symptomatique
- 4/Antibiotique probabiliste
- 5/Attente des résultats de l'ECBU pour traitement adapté

## Cas clinique 1: Madame B.

Quelle conduite à tenir?

1/Bilan biologique standard

2/ECBU

3/Traitemennt symptomatique

4/Antibiotique probabiliste

5/Attente des résultats de l'ECBU pour traitement adapté

## Cas clinique 1: Madame B.

Quel traitement?

- 1/ FOSFOMYCINE TROMETAMOL 3g en DU
- 2/ AUGMENTIN 50mg/kg/j pdt 5 jours
- 3/ PIVMECILLINAM 400mg x 2/j pdt 5j
- 4/ CEFIXIME 200 mg/12h pdt 5j
- 5/ OFLOXACINE 200 mg 2 cp en prise unique

## Cas clinique Madame B.

Quel traitement?

1/ FOSFOMYCINE TROMETAMOL 3g en DU

2/ AUGMENTIN 50mg/kg/j pdt 5 jours

3/ PIVMECILLINAM 400mg x 2/j pdt 5j

4/ CEFIXIME 200 mg/12h pdt 5j

5/ OFLOXACINE 200 mg 2 cp en prise unique

## Cystite gravidique



### ECBU Antibiothérapie probabiliste

- 1<sup>er</sup> choix : Fosfomycine-trométamol 3g en DU
- 2<sup>ème</sup> choix : Pivmécillinam 400mg (2 cp) x2 /j pdt 5j



### En cas d'échec ou de résistance :

- 1<sup>er</sup> choix : Amoxicilline 50mg/kg/j
- 2<sup>ème</sup> choix : Trimethoprime (à éviter les 2 premiers mois)
- 3<sup>ème</sup> (hiérarchie selon impact écologique) :
  - Nitrofurantoïne
  - Cotrimoxazole (SMX-TMP, à éviter les 2 premiers mois)
  - Amoxicilline-acide clavulanique
  - Céfixime ou Ciprofloxacine

Durée totale : 7 jours sauf fosfomycine-trométamol (1 jour)

## Dans un monde idéal

- Première dose aux urgences
- Consultation post urgence dans les 48 h
  - Adaptation thérapeutique si besoin
  - Contrôle clinique
- Contrôle de l'ECBU à J10 puis mensuel jusqu'à l'accouchement

# Avant toute réflexion...les éléments à connaître

## **Facteurs de risque de complication**

- toute anomalie de l'arbre urinaire
- certains terrains :
  - homme,
  - grossesse,
  - sujet âgé "fragile",
  - clairance de créatinine < 30mL/min,
  - immunodépression grave

## **Eléments de gravité :**

- sepsis / choc septique
- geste urologique (hors sondage simple)

## **Facteurs de risques d'EBLSE :**

- antécédent de colonisation ou IU à EBLSE < 6 mois
- amox-clav/C2G-C3G/FQ < 6 mois
- voyage en zone d'endémie EBLSE
- hospitalisation < 3 mois
- vie en institution de long séjour

## Cas clinique 2 Monsieur P.

- Homme de 68 ans
- Brûlures urinaires et urgenturie depuis 5 jours, apyrétique
- ATCD: IDM, HBP traité par alfuzosine.
- ECBU: *Escherichia coli* sauvage,  $10^5$  CFU/mL, GB 95000/mL.

## Cas clinique 2 Monsieur P.

Quel est votre diagnostic ?

- 1/ HBP associée à une bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire)
- 2/ Cystite aiguë
- 3/ Prostatite aigue
- 4/ Urétrite

## Cas clinique 2 Monsieur P.

Quel est votre diagnostic ?

1/ HBP associée à une bactériurie asymptomatique  
(colonisation urinaire)

2/ Cystite aiguë selon les nouvelles recommandations SPILF

3/ Prostatite aigue

4/ Urétrite

## Cas clinique 2 Monsieur P.

Quelle(s) antibiothérapie(s) est/sont adéquate(s)?

- 1/ Nitrofurantoïne 7 j
- 2/ Fosfomycine J1-J3-J5
- 3/ Amoxicilline 10 j
- 4/ Ciprofloxacine 21 j
- 5/ TMP-SMX 800 14 j

## Cas clinique 2 Monsieur P.

Quelle(s) antibiothérapie(s) est/sont adéquate(s)?

- 1/ Nitrofurantoïne 7 j
- 2/ Fosfomycine J1-J3-J5
- 3/ Amoxicilline 10 j
- 4/ Ciprofloxacine 21 j
- 5/ TMP-SMX 800 14 j

# La cystite chez l'homme ?

Diagnostic :

- Signes cliniques locaux :
  - brûlures urétrales per-mictionnelles,
  - pollakiurie, urgenturie, dysurie,
  - nycturie,
  - douleur de l'hypogastre.
  - Une hématurie macroscopique associée est possible.
- Et absence de fièvre
- Et absence de douleurs lombaires spontanées ou provoquées
- Et ECBU positif

--> EXIT LA BU !!!



## Cas clinique 2 Monsieur P.

Quelle(s) antibiothérapie(s) est/sont adéquate(s)?

- 1/ Nitrofurantoïne 7 j
- 2/ Fosfomycine J1-J3-J5
- 3/ Amoxicilline 10 j
- 4/ Ciprofloxacine 21 j
- 5/ TMP-SMX 800 14 j

# Les infections urinaires chez l'homme

## Prostatite aiguë:

Association des signes cliniques de cystite, de fièvre et d'un ECBU positif:

-TR non recommandée sauf incertitude diagnostique entre cystite, prostatite et pyélonéphrite.

-Dosage du PSA non recommandé pour le diagnostic de prostatite, ni pour décider d'un traitement antibiotique ni pour le suivi d'un patient traité.

-L'évaluation de la fonction rénale, le dosage des marqueurs inflammatoires et le prélèvement d'hémocultures ne sont pas recommandés de manière systématique dans les prostatites aiguës communautaires prises en soin en ville et en l'absence de comorbidités à risque d'insuffisance rénale aigue

# Les infections urinaires chez l'homme

## **Pyélonéphrite aiguë:**

Association de fièvre, de douleurs lombaires spontanées ou à l'ébranlement et d'un ECBU positif, des signes de cystites peuvent être associés.

## Cas Clinique 3 Madame R.

- Femme de 33 ans, fièvre 39 °C, douleur FID lombaire, BU +. Pas de vomissements, HD stable, pas de FQ dans les 6 derniers mois.

# Cas Clinique 3 Madame R.

Que faites vous ?

- 1/ J'attends l'ECBU parce qu'elle est stable
- 2/ Je traite de façon probabiliste
- 3/ TDM d'emblée

# Cas clinique 3 Madame R.

Que faites vous ?

- 1/ J'attends l'ECBU parce qu'elle est stable
- 2/ Je traite de façon probabiliste
- 3/ TDM d'emblée

# Cas clinique 3 Madame R.

Quel traitement probabiliste?

- 1/FOSFOMYCINE TROMETAMOL
- 2/ TMP – SMX
- 3/ OFLOXACINE
- 4/ CEPHALOSPORINE de 3ème génération

# Cas clinique 3 Madame R.

Quel traitement probabiliste?

1/FOSFOMYCINE TROMETAMOL

2/ TMP – SMX

3/ OFLOXACINE

4/ CEPHALOSPORINE de 3ème génération

A réévaluer 48-72h pour adapter à l'antibiogramme

## Cas clinique 4 Madame L.

- Femme de 40 ans, fièvre 39,5 °C, douleur lombaire intense, colique néphrétique connue , créatinine en hausse.

=> uro-scanner: calcul urétéal proximal avec dilatation.

- Que faites vous ?
  - 1/ Appel de votre urologue préféré pour drainage ASAP
  - 2/ Attente ECBU pour antibiogramme
  - 3/ D'abord ATB puis drainage demain

# La pyélonéphrite

- Que faites vous ?

1/ Appel de votre urologue préféré pour drainage ASAP

2/ Attente ECBU pour antibiogramme

3/ D'abord ATB puis drainage demain



# La pyélonéphrite

- Comme vous avez une main prise par le téléphone avec l'urologue que prescrivez vous avec la seconde ?
  - 1/ une lithotritie immédiate
  - 2/ Ceftriaxone en IM
  - 3/ Augmentin IV
  - 4/ Ceftriaxone IV +/- amiklin en DU



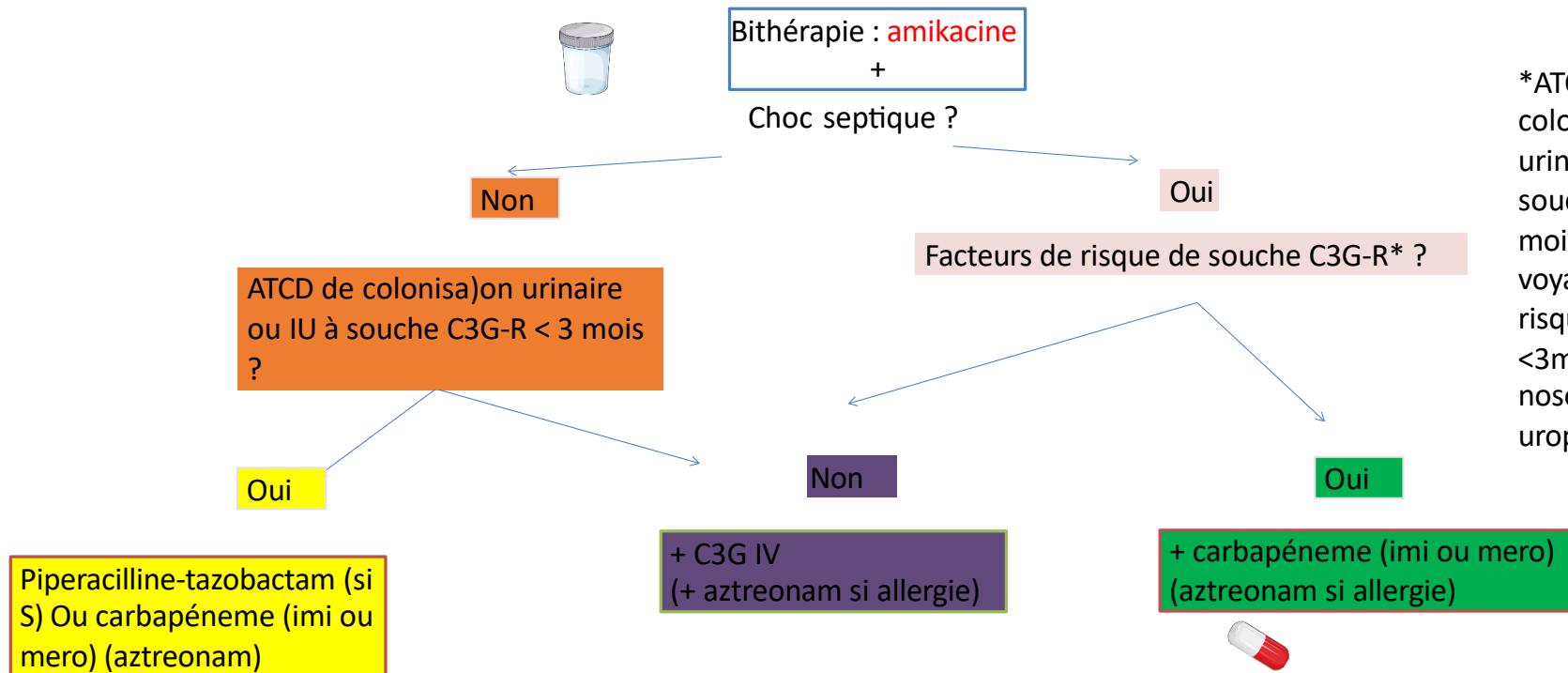
# La pyélonéphrite

- Comme vous avez une main prise par le téléphone avec l'urologue que prescrivez vous avec la seconde ?
  - 1/ une lithotritie immédiate
  - 2/ Ceftriaxone en IM
  - 3/ Augmentin IV
  - 4/ Ceftriaxone IV +/- amiklin en DU

# La pyélonéphrite

|                            | 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<br>Si évolution défavorable à 72h : recontrôle ECBU et imagerie   |  |  |
| Durée traitement           | 7 jours si BL IV ou FQ<br>10 j sinon   | 10-14 jours  | 10-14 jours  |
| Antibiothérapie            | HORS BLSE:<br>Amoxicilline<br>Amox-acide clavulanique<br>Fluoroquinolones (ciprofloxacine ou levoflo)<br>Céfixime<br>Cotrimoxazole<br><br><br>Si aminosides en monothérapie: durée 5-7 j au total |  |  |

# La pyélonéphrite



\*ATCD de colonisation urinaire ou IU à souche C3G-R < 3 mois, ATB < 3 mois, voyage en zone à risque, hospit <3mois, infection nosocomiale, uropathie

## Adaptation à l'anobiogramme:

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



# La pyélonéphrite à BLSE



|                        |   |
|------------------------|---|
| 1 <sup>er</sup> choix  | Ciprofloxacine <b>OU</b> lévofloxacine<br>Cotrimoxazole (TMP-SMX)                 |
| 2 <sup>ème</sup> choix | Amoxicilline-acide clavulanique   |
| 3 <sup>ème</sup> choix | Céfoxitine<br><b>OU</b> pipéracilline-tazobactam = CMI??<br><b>OU</b> témocilline |
| 4 <sup>ème</sup> choix | Amikacine, gentamicine, tobramycine   |
| 5 <sup>ème</sup> choix | Imipénème <b>OU</b> méropénème,<br>Ertapénème utilisable uniquement si testé      |

pour une infection d'origine non urinaire, la détermination de la CMI est nécessaire et doit être  $\leq 4 \text{ mg/L}$  (AE)

## Cas clinique 5: Madame C.

- Femme de 84 ans vivant en EHPAD,
- Confusion aiguë sans symptômes urinaires (?).
- Apyrétique et stable.
- BU positive Leucocytes + Nitrites +
- ECBU positif à  $10^5$  *Escherichia coli*, antibiogramme est en cours
- Urines nauséabondes

# Cas clinique 5: Madame C.

Que faites vous ?

- 1/ Vous traitez cette IU par une ATB probabiliste
- 2/ Vous attendez l'antibiogramme car la dame est stable même si confuse
- 3/ Vous traitez par le mépris

# Cas clinique 5: Madame C.

Que faites vous ?

- 1/ Vous traitez cette IU par une ATB probabiliste
- 2/ Vous attendez l'antibiogramme car la dame est stable même si confuse
- 3/ Vous traitez par le mépris

# La personne âgée

- Que faites vous ?

1/ Vous traitez cette IU par une ATB probabiliste

2/ Vous attendez l'antibiogramme car la dame est stable

3/ Vous traitez par le mépris

Primum non nocere => iatrogénie ++ chez la personne âgée et risque de résistance

Rechercher et traiter des causes non urinaires  
(hydratation, douleur, médicaments).



# La personne âgée

Les "urines qui sentent mauvais" ne sont pas un signe d'infection urinaire donc pas de prélèvement inutile



# Cas clinique 6: Monsieur F.

- Homme de 76 ans, sonde vésicale en place depuis 3 semaines, fièvre 38,5 °C, douleurs sus-publiennes.
- Que faites vous ?
  - 1/ ECBU puis ATB
  - 2/ ECBU puis changement de sonde vésicale
  - 3/ Changement sonde puis ECBU

# Cas clinique 6: Monsieur F.

- Que faites vous ?

1/ ECBU puis ATB

2/ ECBU puis changement de sonde vésicale

3/ Changement sonde puis ECBU

Antibiothérapie 7 jours si amélioration rapide; 10–14 jours si réponse lente/bactériémie.

# Cas clinique 7: Monsieur G.

- Patient de 38 ans, pose de JJ il y a une semaine. Se présente pour fièvre et douleur lombaire
- Que faites vous ?

1/ BU

2/ La bactériurie est faible donc je ne traite pas

3/ Je fouille son dossier afin de rechercher les prélèvements bactérios avant sa pose de JJ

# Cas clinique 7: Monsieur G.

- Patient de 38 ans, pose de JJ il y a une semaine. Se présente pour fièvre et douleur lombaire
- Que faites vous ?

1/ BU

2/ La bactériurie est faible donc je ne traite pas

3/ Je fouille son dossier afin de rechercher les prélèvements bactérios avant sa pose de JJ

# Infection urinaire liée aux soins

- Cystite postop (par ordre de préférence) : fosfomycine - trométamol (DU avant ATBgramme), nitrofurantoïne, FQ
- Pyélonéphrite (par ordre de préférence): pipéracilline + tazobactam, ceftriaxone, cefotaxime. Si allergie aux bêta-lactamines : aminosides
- EBLSE (colonisation, voyageur en contact avec le milieu de soin, ATB large spectre récente) : ajout de l'amikacine.
- Prostatite (par ordre de préférence): ceftriaxone, cefotaxime, pipéracilline + tazobactam. Si allergie aux bêta lactamines : cotrimoxazole ou FQ  
Si facteurs de risque d'EBLSE: ajout de l'amikacine.

# Take Home Message

- 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 à 10 j après le traitement
- Le diagnostic 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

Merci !

