

JNI 18^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie

du mercredi 21 au vendredi 23 juin 2017
Palais du Grand Large, Saint-Malo



Saint-Malo
et la région Bretagne



Entérobactéries urinaires : évolution des recommandations

François CARON
Rouen



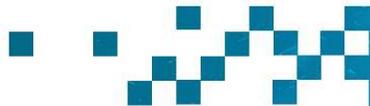
18^{es} JNI, Saint-Malo, du 21 au 23 juin 2017

Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

Intervenant : CARON François

Titre : Entérobactéries urinaires : évolution des recommandations

-  Consultant ou membre d'un conseil scientifique OUI NON
-  Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents OUI NON
-  Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations (MSD, EUMEDICA) OUI NON
-  Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique OUI NON



SPILF
SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTUEUSE
DE LANGUE FRANÇAISE

CMIT
COLLÈGE DES UNIVERSITAIRES
DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

SNMInf
SYNDICAT NATIONAL
DES MÉDECINS INFECTIOLOGUES

FFI
FÉDÉRATION FRANÇAISE
D'INFECTIOLOGIE

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

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





Actualisation 2017 des RBP IU communautaires de l'adulte

Inflexion



Big-bang



- littérature nouvelle +
• remontées du terrain +
• effet synthèse +++ (article MMI en cours)

Annexes: Diabete - Durée traitement - FDR BLSE - FDR_FQ-R - Monotherapie aminosides - Traitement BLSE - annexe trimethoprime et témocilline Nouveau: diaporama groupe recos SPILF

Syphilis: recommandations 2014 compte tenu des pénuries médicamenteuses

Urétrites et cervicites non compliquées diaporama groupe recos SPILF

Maladies sexuellement transmises (MST) chez la femme, la mère, la mineure pdf

Table with 3 columns: Source, Année. Rows include SFD (2016), SPILF/AFU/SF2H (2015), SPILF (2014), SPILF/CMIT/SFSL/SFD (2014), ANSM (2011), SPILF (1993).





Actualisation 2017 des RBP IU communautaires de l'adulte (adulte = ≥ 16 ans)

Inflexion Big-bang

- littérature nouvelle +
- remontées du terrain +
- effet synthèse +++
(article MMI en cours)

SNMInf
SYNDICAT NATIONAL
DES MÉDECINS INFECTIOLOGUES

FFI
FÉDÉRATION FRANÇAISE
D'INFECTIOLOGIE

Accueil / Documents / Documents / Recommandations

	Source	Année
	SFD	2016
bins	SFILF/AFU/SF2H	2015
Nouveau: diaporama groupe recos SPILF		
es communautaires	SPILF	2014
ulte*		
Annexes: Diabete - Durée traitement - FDR BLSE - FDR_FQ-R - Monotherapie aminosides - Traitement BLSE - annexe trimethoprime et témocilline		
Nouveau: diaporama groupe recos SPILF		
Syphilis: recommandations 2014 compte tenu des pénuries médicamenteuses	SPILF/CMIT /SFSL/SFD	2014
Urétrites et cervicites non compliquées	ANSM	2011
diaporama groupe recos SPILF		
Maladies sexuellement transmises (MST) chez la femme, la mère, la mineure pdf	SPILF	1993

Seuils de bactériurie : pas de changement

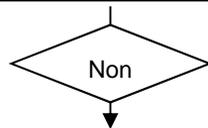
Espèces bactériennes	Seuil de significativité (UFC/mL)	
	Homme	Femme
<i>E. coli</i> , <i>S. saprophyticus</i>	$\geq 10^3$	$\geq 10^3$
Entérobactéries autres que <i>E. coli</i> , entérocoque, <i>C. urealyticum</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>	$\geq 10^3$	$\geq 10^4$

Terminologie/ Stratégie

pyélonéphrite **aiguë**

cystite **aiguë**

Bactériurie : symptômes



Colonisation urinaire
(bactériurie asymptomatique)

FDR de complication :

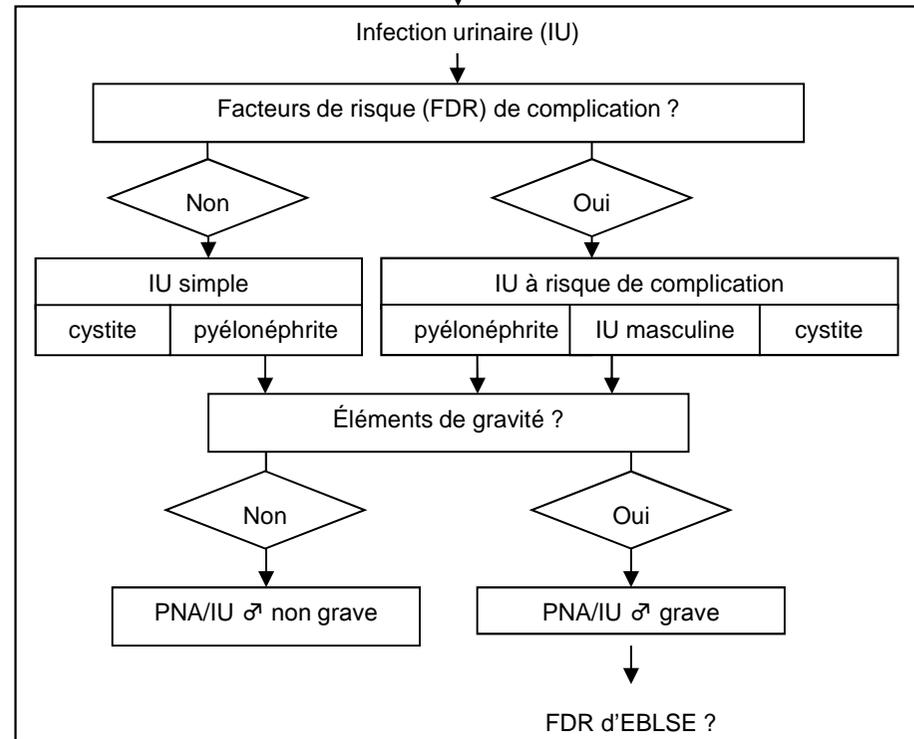
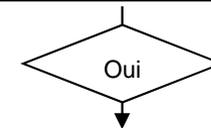
- toute anomalie de l'arbre urinaire
- certains terrains :
 - homme
 - grossesse
 - sujet âgé « fragile »
 - clairance de créatinine < 30 mL/mn
 - immunodépression grave

Éléments de gravité :

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

FDR d'EBLSE :

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



Prévalence de l'antibiorésistance en France en 2016 chez les isolats de *Escherichia coli* responsables d'IU communautaires de l'adulte

PREVALENCE DE LA RESISTANCE	ANTIBIOTIQUES	POPULATION / SITUATIONS CLINIQUES
< 5 %	fosfomycine trométamol	population générale
	nitrofurantoïne	population générale
	aminosides	population générale
≈ 5 %	C3G et aztréonam	population générale
< 10 %	fluoroquinolones	IU simples et non récidivantes, en l'absence de FQ dans les 6 mois
	pivmécollinam	cystites simples
10 à 20 %	amoxicilline-acide clavulanique	population générale, selon les concentrations adaptées aux cystites
	pivmécollinam	cystite à risque de complication
	fluoroquinolones	IU à risque de complication
	TMP cotrimoxazole (SMX-TMP)	cystites simples
> 20 %	amoxicilline	population générale
	amoxicilline-acide clavulanique	population générale, selon les concentrations adaptées aux PNA et IU masculines
	TMP et cotrimoxazole (SMX-TMP)	IU à risque de complication

Prévalence de l'antibiorésistance en France en 2016 chez les isolats de *Escherichia coli* responsables d'IU communautaires de l'adulte

PREVALENCE DE LA RESISTANCE	ANTIBIOTIQUES	POPULATION / SITUATIONS CLINIQUES			
		CA-SFM/EUCAST	S	R	% R
< 5 %	fosfomycine trométamol				
	nitrofurantoïne				
	aminosides				
≈ 5 %	C3G et aztréonam				
< 10 %	fluoroquinolones ←				
	pivmécillinam				
10 à 20 %	amoxicilline-acide clavulanique	820 entérobactéries d'IU communautaires donnant lieu à ECBU en 2016-2017 (cohorte Vitale)			
	pivmécillinam				
	fluoroquinolones				
	TMP cotrimoxazole (SMX-TMP)				
> 20 %	amoxicilline				
	amoxicilline-acide clavulanique				
	TMP et cotrimoxazole (SMX-TMP)				

CA-SFM/EUCAST	S	R	% R
cipro	≤ 0,5	> 1	≈ 10 %
lévoflo	≤ 1	2	≈ 10 %
oflo	≤ 0,5	> 1	>> 10 %

population générale, selon les concentrations adaptées aux PNA et IU masculines
IU à risque de complication

Prévalence de l'antibiorésistance en France en 2016 chez les isolats de *Escherichia coli* responsables d'IU communautaires de l'adulte

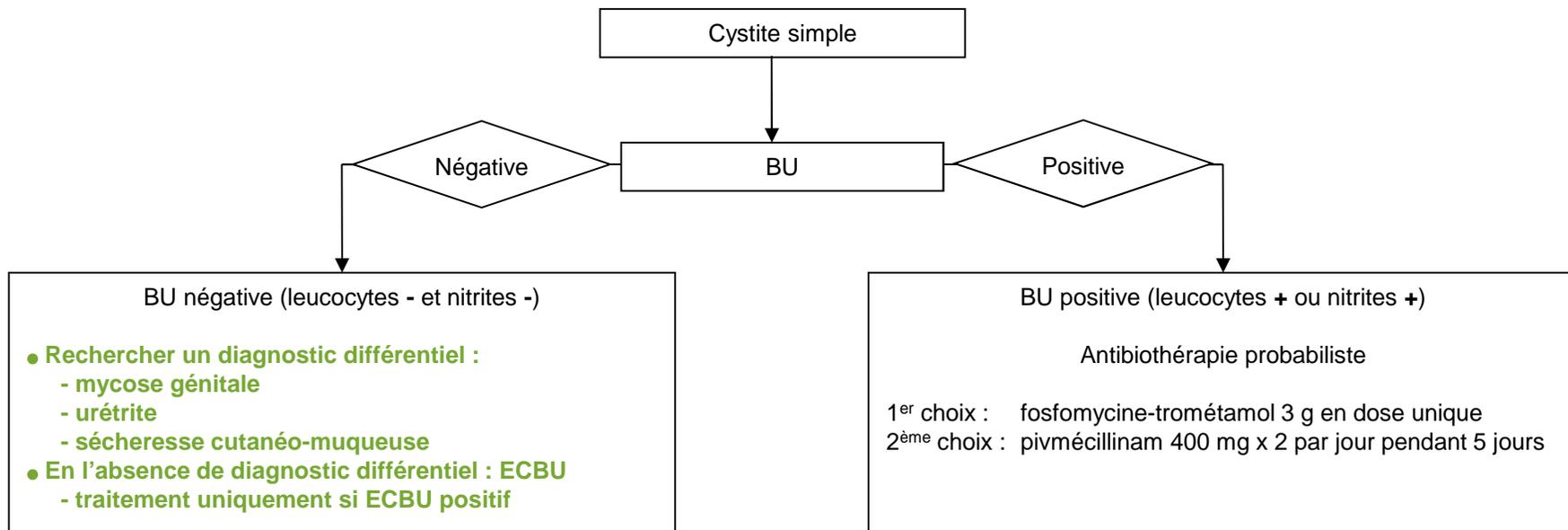
PREVALENCE DE LA RESISTANCE	ANTIBIOTIQUES	POPULATION / SITUATIONS CLINIQUES
< 5 %	fosfomycine trométamol	population générale
	nitrofurantoïne	population générale
	aminosides	population générale
≈ 5 %	C3G et aztréonam	population générale
< 10 %	fluoroquinolones	IU simples et non récidivantes, en l'absence de FQ dans les 6 mois
	pivmécollinam	cystites simples
10 à 20 %	amoxicilline-acide clavulanique	population générale, selon les concentrations adaptées aux cystites
	pivmécollinam	cystite à risque de complication
	fluoroquinolones	IU à r
	TMP et cotrimoxazole (SMX-TMP) ←	cystit
> 20 %	Amoxicilline	popu
	amoxicilline-acide clavulanique	popu
	TMP et cotrimoxazole (SMX-TMP)	IU à r

Très proche du seuil des 20 %

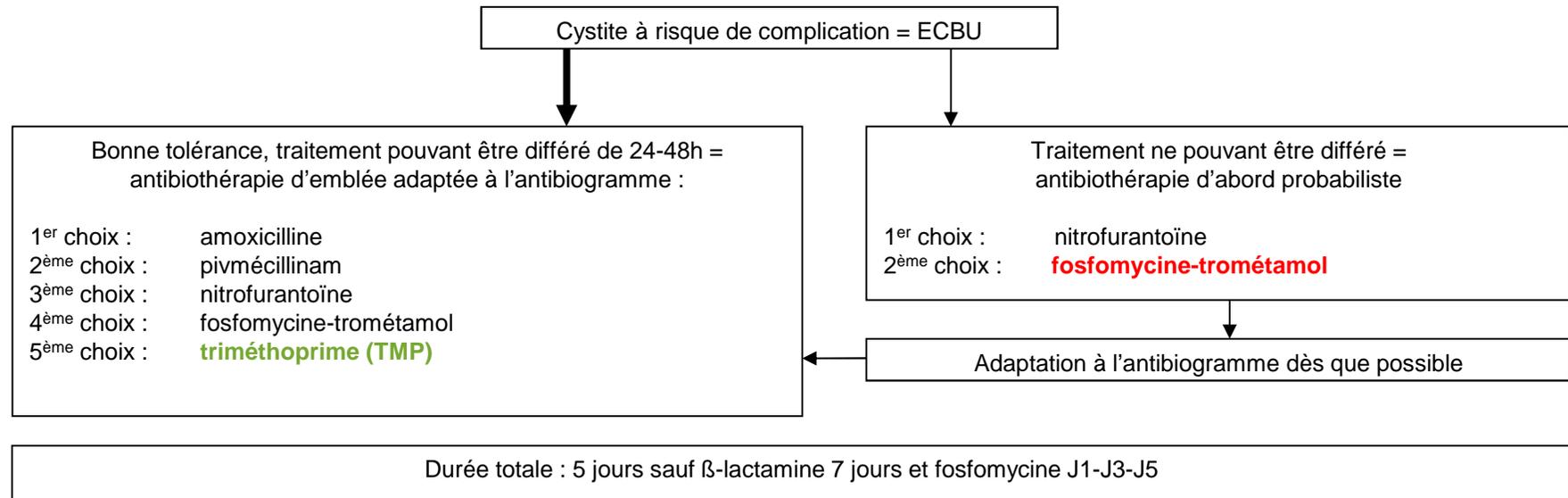
E. coli de cystites « simples » donnant lieu à ECBU de routine en ville en 2016-2017 (cohorte Vitale) :

TMP-SMX-R = 19,33 % (46/238)

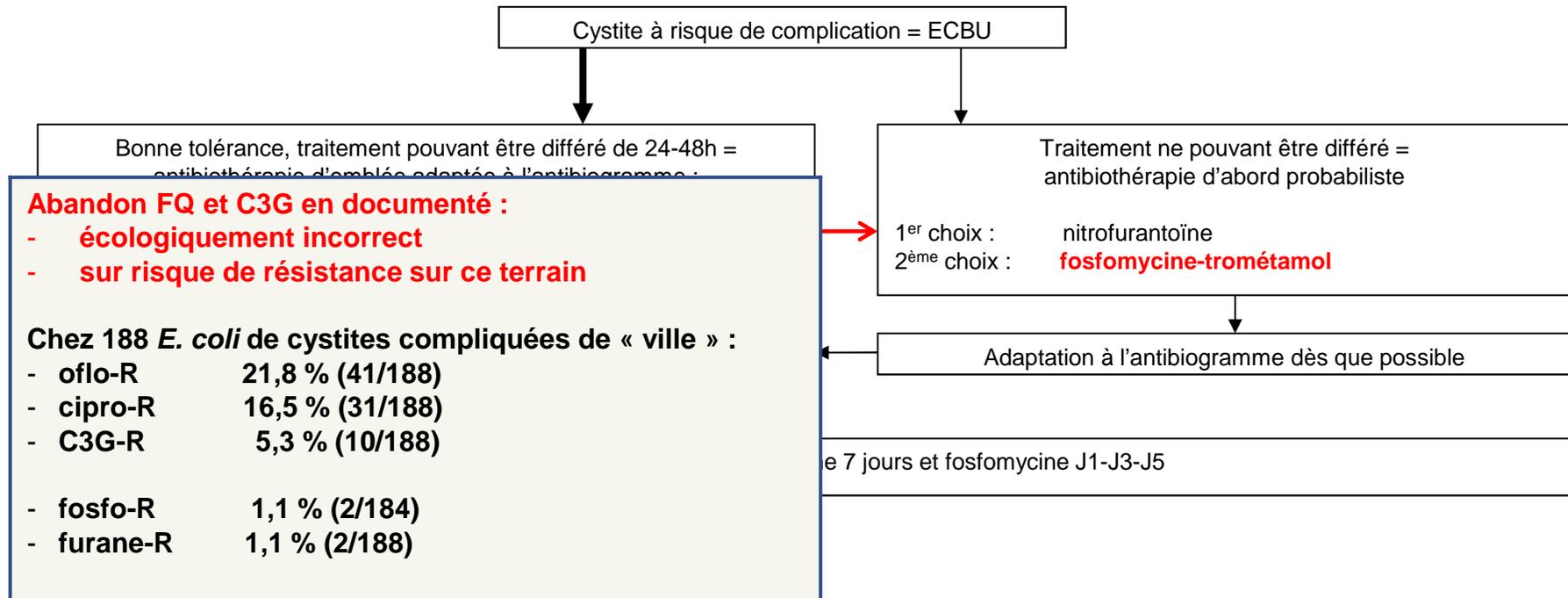
Cystite simple



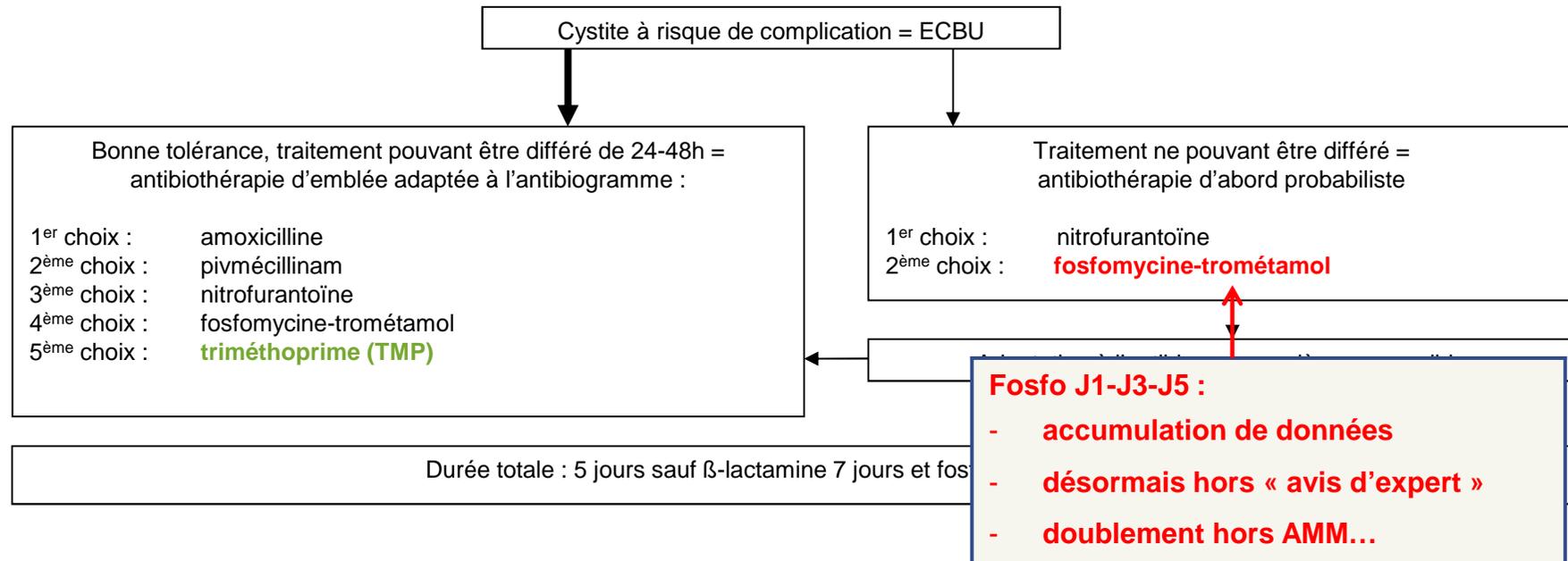
Cystite à risque de complication



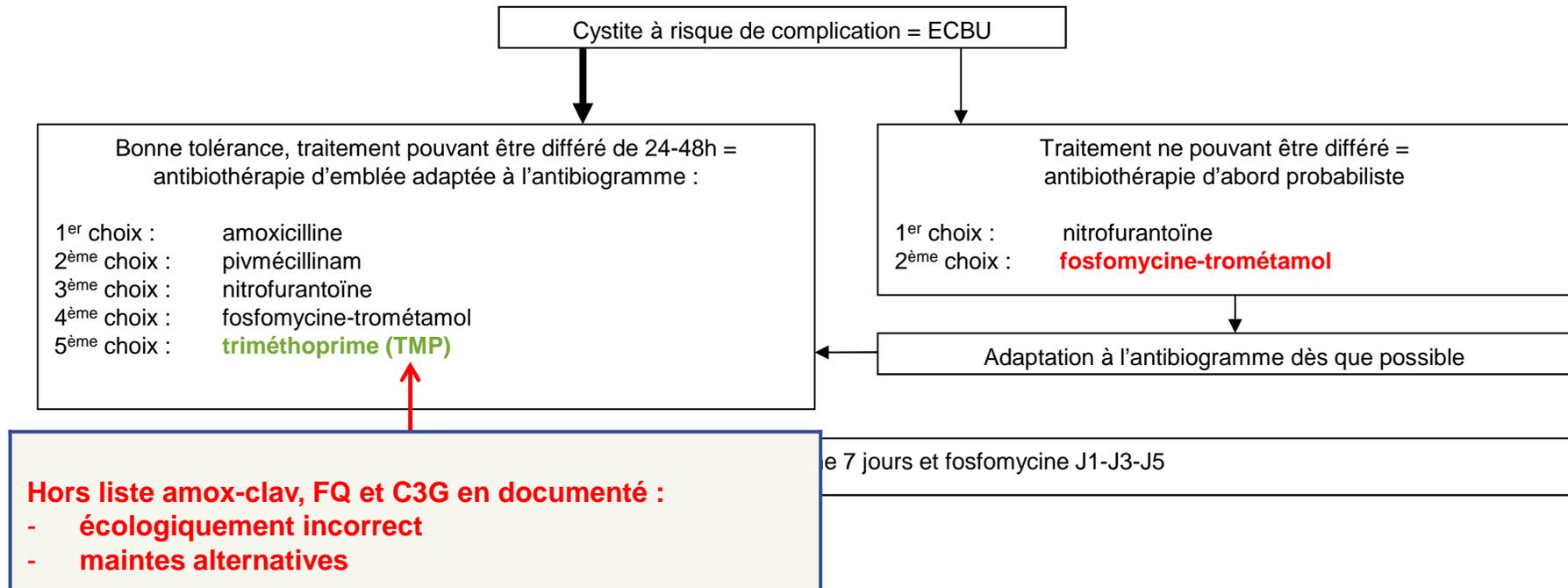
Cystite à risque de complication



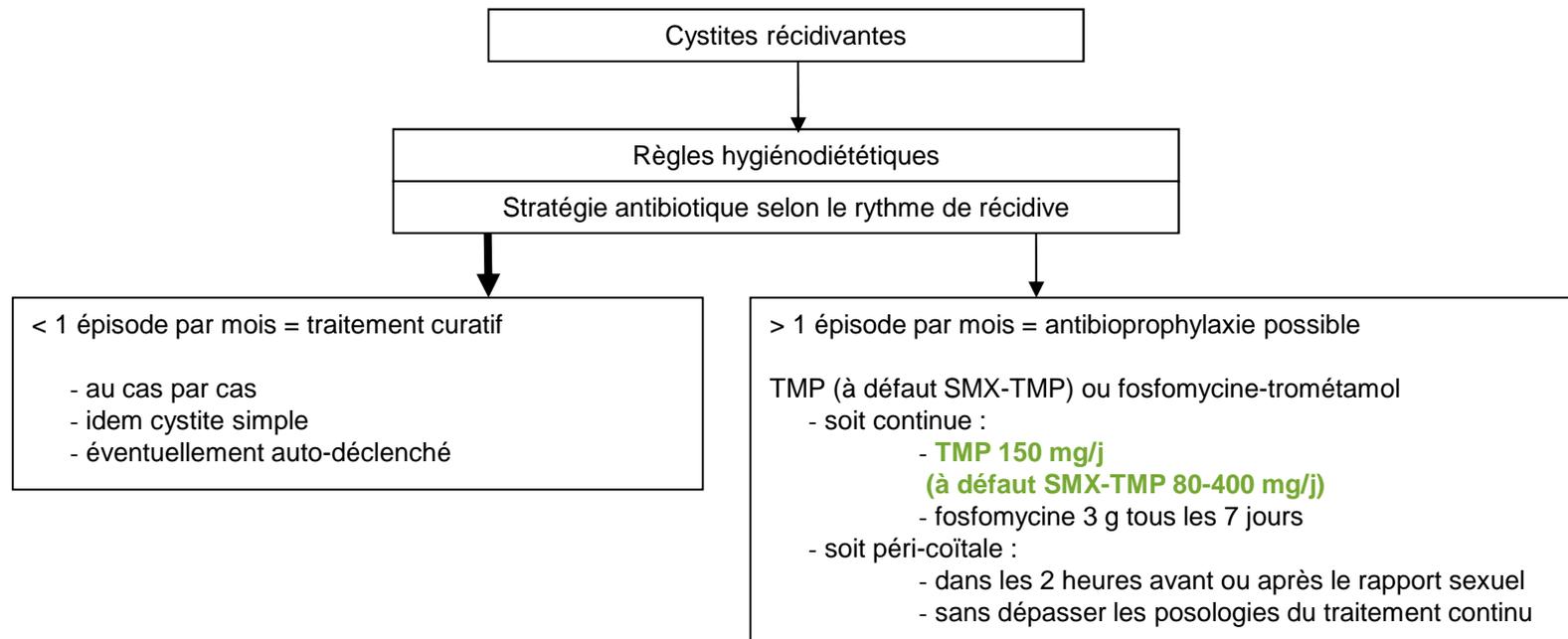
Cystite à risque de complication



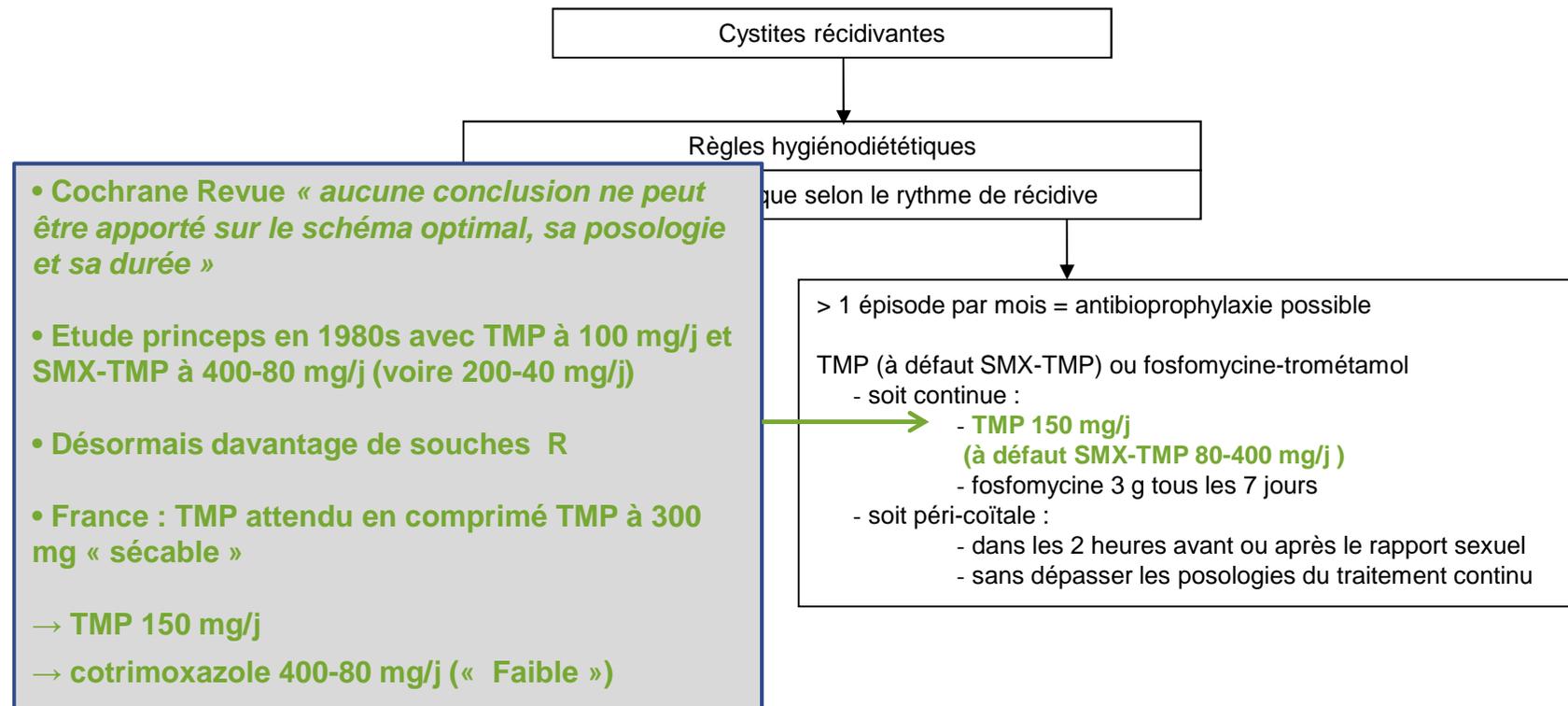
Cystite à risque de complication



Cystites récidivantes



Cystites récidivantes



• Cochrane Revue « aucune conclusion ne peut être apporté sur le schéma optimal, sa posologie et sa durée »

• Etude princeps en 1980s avec TMP à 100 mg/j et SMX-TMP à 400-80 mg/j (voire 200-40 mg/j)

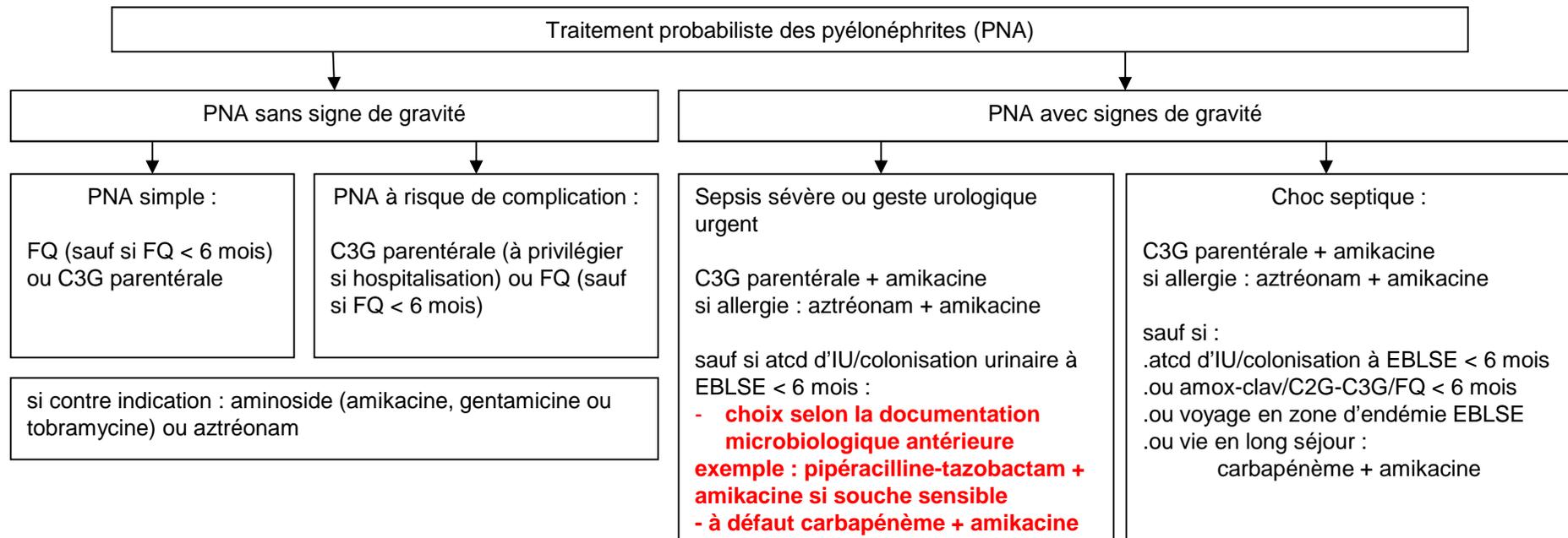
• Désormais davantage de souches R

• France : TMP attendu en comprimé TMP à 300 mg « sécable »

→ TMP 150 mg/j

→ cotrimoxazole 400-80 mg/j (« Faible »)

Traitement probabiliste des pyélonéphrites (PNA)



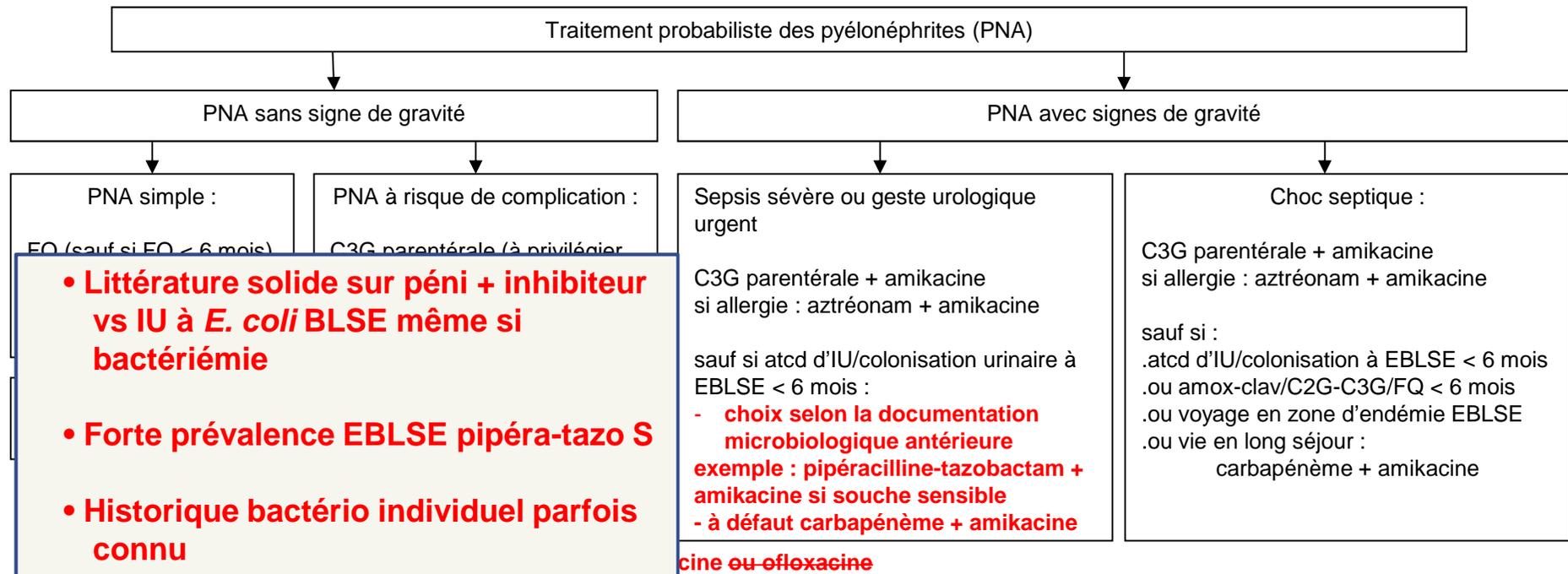
FQ = fluoroquinolone : ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine

C3G parentérale = céfotaxime ou ceftriaxone

carbapénème = imipénème ou méropénème (ertapénème seulement en relais)

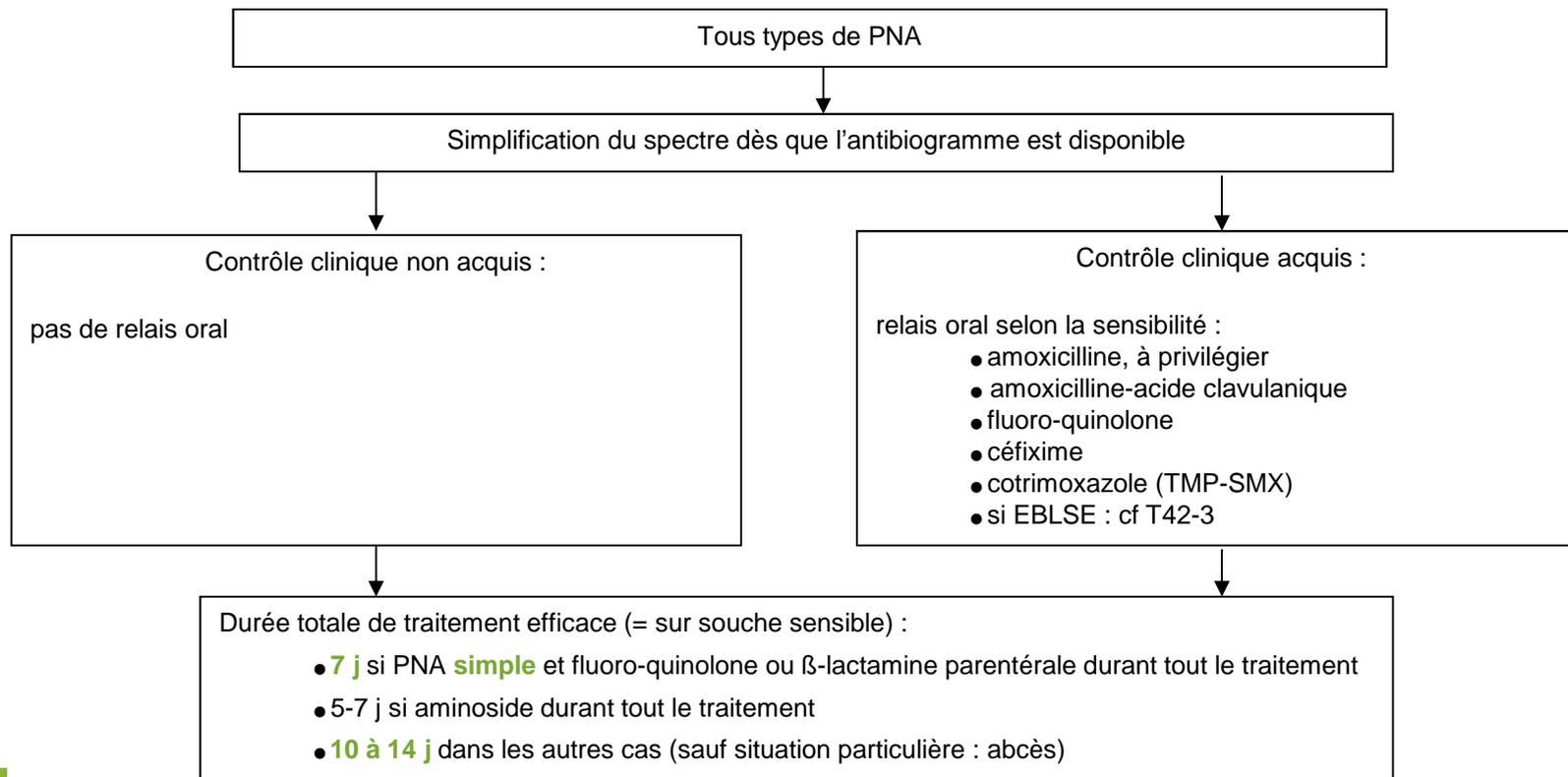
EBLSE = entérobactérie productrice de β -lactamase à spectre étendu

Traitement probabiliste des pyélonéphrites (PNA)



C3G parentérale = céfotaxime ou ceftriaxone
carbapénème = imipénème ou méropénème (ertapénème seulement en relais)
EBLSE = entérobactérie productrice de β -lactamase à spectre étendu

Traitement de relais des pyélonéphrites (PNA)



Antibiothérapie des pyélonéphrites documentées à EBLSE

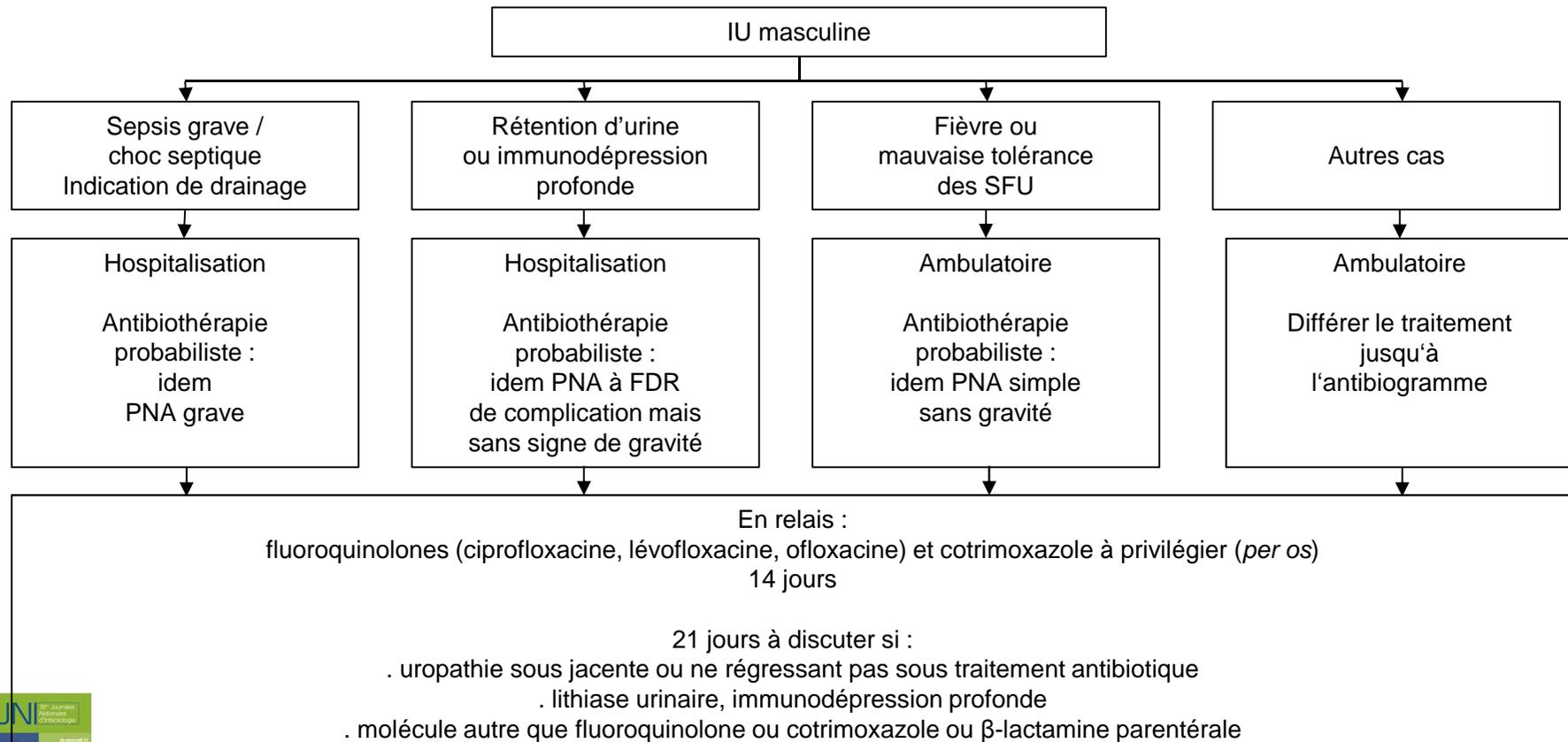
1 ^{er} choix	fluoro-quinolone (cipro, lévoflo ou oflo) cotrimoxazole (TMP-SMX)	≈ 30 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles ≈ 20 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles
2 ^{ème} choix	amoxicilline-acide clavulanique	≈ 30 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles (critère « infection systémique »)
3 ^{ème} choix	céphamycine (céfoxitine pour <i>E. coli</i>) ou pipéracilline-tazobactam ou témocilline	≈ 90 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles ≈ 80 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles ≈ 80 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles
4 ^{ème} choix	aminoside (amikacine, gentamicine, tobramycine)	≈ 60 à 90 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles selon la molécule
5 ^{ème} choix	carbapénème (imipénème ou méropénème, ertapénème en relais)	≈ 100 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles mais classe à épargner, de dernier recours

Antibiothérapie des pyélonéphrites documentées à EBLSE

1 ^{er} choix	fluoro-quinolone (cipro, lévoflo ou oflo) cotrimoxazole (TMP-SMX)	≈ 30 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles ≈ 20 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles
2 ^{ème} choix	amoxicilline-acide clavulanique	≈ 30 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles (critère « infection systémique »)
3 ^{ème} choix	céphamycine (céfoxitine) ou pipéracilline-tazobactam ou témocilline	≈ 90 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles ≈ 80 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles ≈ 80 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles
4 ^{ème} choix	aminoside (amikacine, gentamicine, tobramycine)	≈ 60 à 90 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles selon la molécule

- Des petites séries convaincantes pour genta 3 mg/kg/j 5 j *versus* PNA simple
- Impact écologique faible
- Un des 1^{ers} choix chez l'enfant
- Mais :
 - insuffisance rénale ou auditive fréquente dans la PNA à EBLSE de l'adulte
 - maniement pas si simple des aminosides

Stratégie globale IU masculines : pas de changement



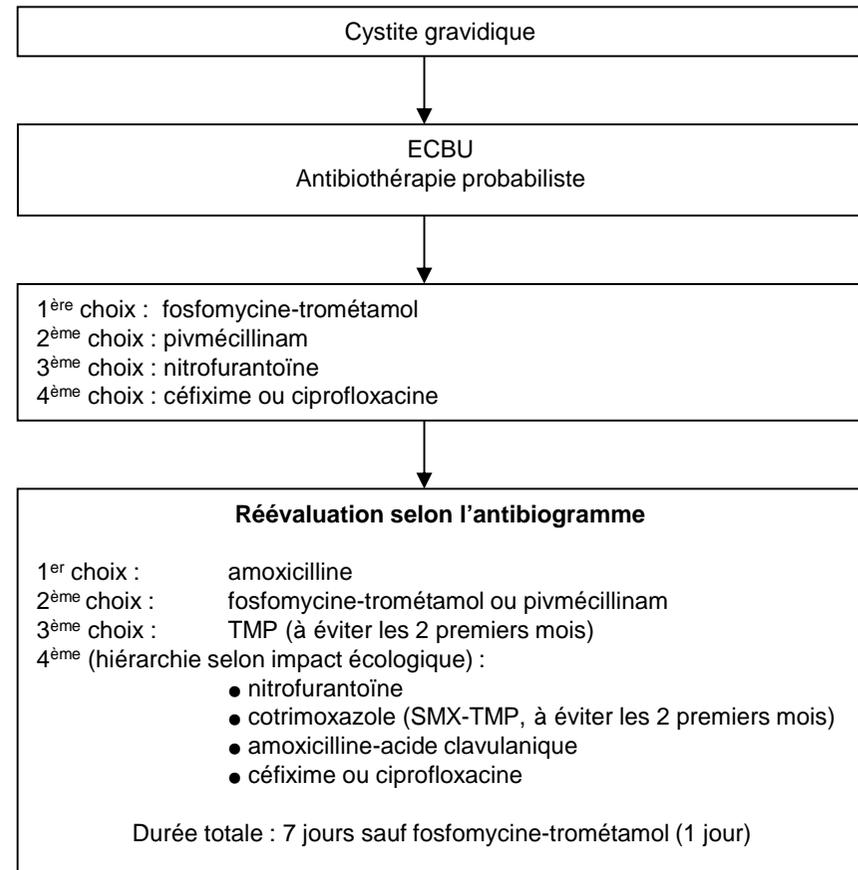
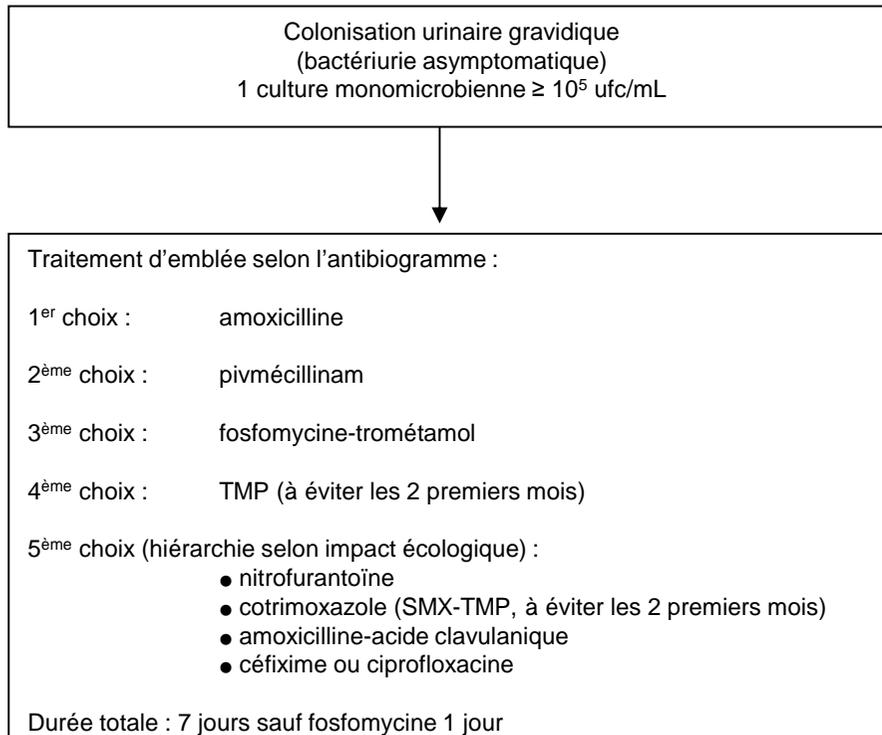
Traitement de relais des IU masculines

	Entérobactéries non BLSE	Entérobactéries BLSE
1 ^{er} choix	fluoro-quinolone (cipro, lévoflo, oflo)	fluoro-quinolone (cipro, lévoflo, oflo)
2 ^{ème} choix	cotrimoxazole (SMX-TMP)	cotrimoxazole (SMX-TMP)
3 ^{ème} choix	céfotaxime-ceftriaxone	aminoside ou céfoxitine (<i>E. coli</i>) ou pipéra-tazo ou Témocilline
4 ^{ème} choix		imipénème méropénème ertapénème (si > 80 kg : 1 g x 2)

Traitement de relais des IU masculines

	Entérobactéries non BLSE	Entérobactéries BLSE
1 ^{er} choix	fluoro-quinolone (cipro, lévoflo, oflo)	fluoro-quinolone (cipro, lévoflo, oflo)
2 ^{ème} choix	cotrimoxazole (SMX-TMP)	cotrimoxazole (SMX-TMP)
3 ^{ème} choix	céfotaxime-ceftriaxone	aminoside ou
		mêmes remarques que pour PNA à EBLSE de l'adulte + très peu de données pour aminosides & prostatite
4 ^{ème} choix		pipera-zazo ou témocilline imipénème méropénème ertapénème (si > 80 kg : 1 g x 2)

IU gravidique : pas de changement



Messages clés

. Des inflexions

. Et aussi des (petits) big-bangs :

- fosfo (J1-J3-J5) en probabiliste pour certaines cystites à risque de complication
- suppression oflo en probabiliste des PNA & IU ♂
- encore moins de carbapénèmes
- aminosides « rétrogradés » pour relais EBLSE