



JNI 14^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie
Clermont-Ferrand
et l'interrégion Rhône-Alpes Auvergne

Du mercredi 12 au
vendredi 14 juin 2013
Polydome, centre d'expositions
et des congrès



Bonnes pratiques cliniques

Infections urinaires communautaires : vers une révision des recommandations

Tatiana Galpérine & François Caron
au nom du groupe de travail de la SPILF

Absence de conflits d'intérêts



*Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé*

DIAGNOSTIC ET ANTIBIOTHERAPIE

DES INFECTIONS URINAIRES BACTERIENNES COMMUNAUTAIRES

de l'enfant : 2007

de l'adulte : 2008

Objectifs

- Accompagner :
 - l'augmentation des résistances
 - E. coli* fluoroquinolone-R $\approx 10\%$
 - E. coli* C3G-R $\leq 5\%$
 - taux à affiner selon le terrain*
 - les alertes de toxicité
- Clarifier la terminologie
- Harmoniser au maximum du possible :
 - seuils bactériologiques
 - CAT enfants/adultes

Méthode

- Groupe de travail multi-disciplinaire :
 - sous-groupes par chapitre
 - méthode des grades
 - texte court
 - texte long
 - fiches de synthèse
- Groupe de relecture

Données préliminaires

Terminologie

- **Maintien du distinguo IU simple / compliquée :**

simple = non compliquée

compliquée = avec FDR de complication

car terminologie officielle : AMM, PubMed®

- **Ajout de signes de gravité**

pour pyélonéphrites et prostatites

- cystite simple
- cystite avec FDR de complication
- PNA simple et sans signe de gravité
- PNA avec FDR de complication, mais sans signe de gravité
- PNA avec signe de gravité
- prostatite sans signe de gravité
- prostatite avec signe de gravité

« FDR de complication » : peu de changements

- Enfant jeune (< 4 ans ?)
- Homme
- Femme enceinte
- Anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire
- Diabète (déséquilibré ?)
- Immunodépression
- Insuffisance rénale
- Comorbidité

« Signes de gravité » : à affiner à partir des critères d'hospitalisation

Afsapps 2008 :

« Certaines situations conduisent à une hospitalisation :

- signes de gravité (sepsis grave notamment),
- forme hyperalgique,
- doute diagnostique,
- impossibilité de réaliser le bilan (ECBU, échographie) en ambulatoire,
- vomissements rendant impossible un traitement par voie orale,
- conditions socio-économiques défavorables,
- doutes concernant l'observance du traitement.»

« Signes de gravité » : critères à affiner

SPILF 2013 :

« Certaines situations conduisent à une hospitalisation :

- sepsis grave, choc septique
- forme hyperalgique,
- doute diagnostique,
- impossibilité de réaliser le bilan (ECBU, échographie) en ambulatoire,
- vomissements rendant impossible un traitement par voie orale,
- conditions socio-économiques défavorables,
- doutes concernant l'observance du traitement. »

Pyélonéphrites aiguës simples et sans signe de gravité
= gestion ambulatoire

BU et ECBU + échographie en discussion



Traitement probabiliste : attention pas de FQ si antibiotique dans les 6 mois

- FQ (cipro, oflo ou lévoflo) per os d'emblée
- ou ceftriaxone
- si allergie : aztréonam (en hospitalisation) ou aminoside



Relais par voie orale (après résultats de l'antibiogramme)

- amoxicilline,
- ou amoxicilline-acide clavulanique,
- ou céfixime,
- ou cotrimoxazole
- ou ciprofloxacine ou ofloxacine ou lévofloxacine.

Durée totale du traitement : 10 – 14 jours, sauf FQ (7 jours)



Suivi clinique

- ECBU seulement si échec

PNA à facteur de risque de complication mais sans signe de gravité
= gestion ambulatoire ou hospitalisation selon le FDR

BU et ECBU + imagerie - hémoc

Traitement probabiliste : attention pas de FQ si antibiotique dans les 6 mois

- FQ (cipro, oflo ou lévoflo) per os d'emblée
- ou ceftriaxone/céfotaxime
- si allergie : aztréonam (en hospitalisation) ou aminoside
- si antécédent de BLSE (infection ou colonisation) : C3G + aminoside

Relais par voie orale (après résultats de l'antibiogramme)

- amoxicilline,
- ou amoxicilline-acide clavulanique,
- ou céfixime,
- ou cotrimoxazole
- ou ciprofloxacine ou ofloxacine ou lévofloxacine.

Durée totale du traitement :

selon le contexte : souvent 10 – 14 jours parfois > 21 jours

Suivi clinique

- ECBU seulement si échec, en discussion

**PNA (simples ou compliquées) avec signes de gravité
= hospitalisation**

BU et ECBU + imagerie - hémoc



Traitement probabiliste :

- céfotaxime ou ceftriaxone) + aminoside
- si allergie : aminoside seul ou en association à aztréonam,
- si BLSE = carbapénème avec désescalade dès résultats de l'antibiogramme



Relais par voie orale (après résultats de l'antibiogramme)

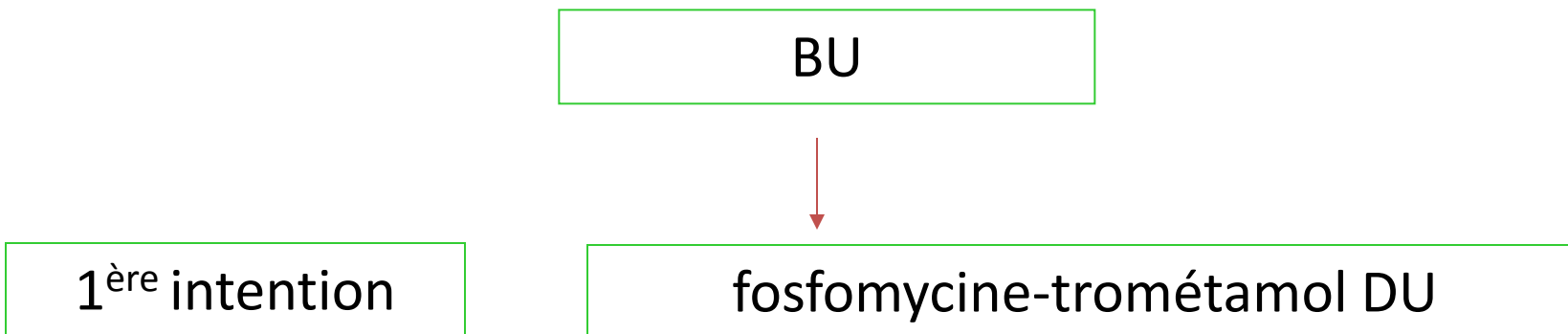
- amoxicilline,
- ou amoxicilline-acide clavulanique,
- ou céfixime,
- ou cotrimoxazole
- ou ciprofloxacine ou ofloxacine ou lévofloxacine.

Durée totale du traitement : selon le contexte : souvent 10 – 14 jours, parfois > 21 jours



Suivi clinique + ECBU si échec à rediscuter

Traitement des cystites simples RBP 2008



~~2^{ème} intention~~

~~*furanes 5j*
ou
FQ 1j/3j~~

Lettre aux professionnels de santé

Information destinée aux prescripteurs et aux pharmaciens

Restriction d'utilisation de la nitrofurantoïne en raison d'un risque de survenue d'effets indésirables graves hépatiques et pulmonaires.

Traitement des cystites simples 2013

BU



1^{ère} intention

fosfomycine-trométamol DU

2^{ème} intention

pivmecillinam durée ?

3^{ème} intention ?

*furanes 5j ?
ou
FQ 1j/FQ 3j ?*

Pivmecillinam (selexid)

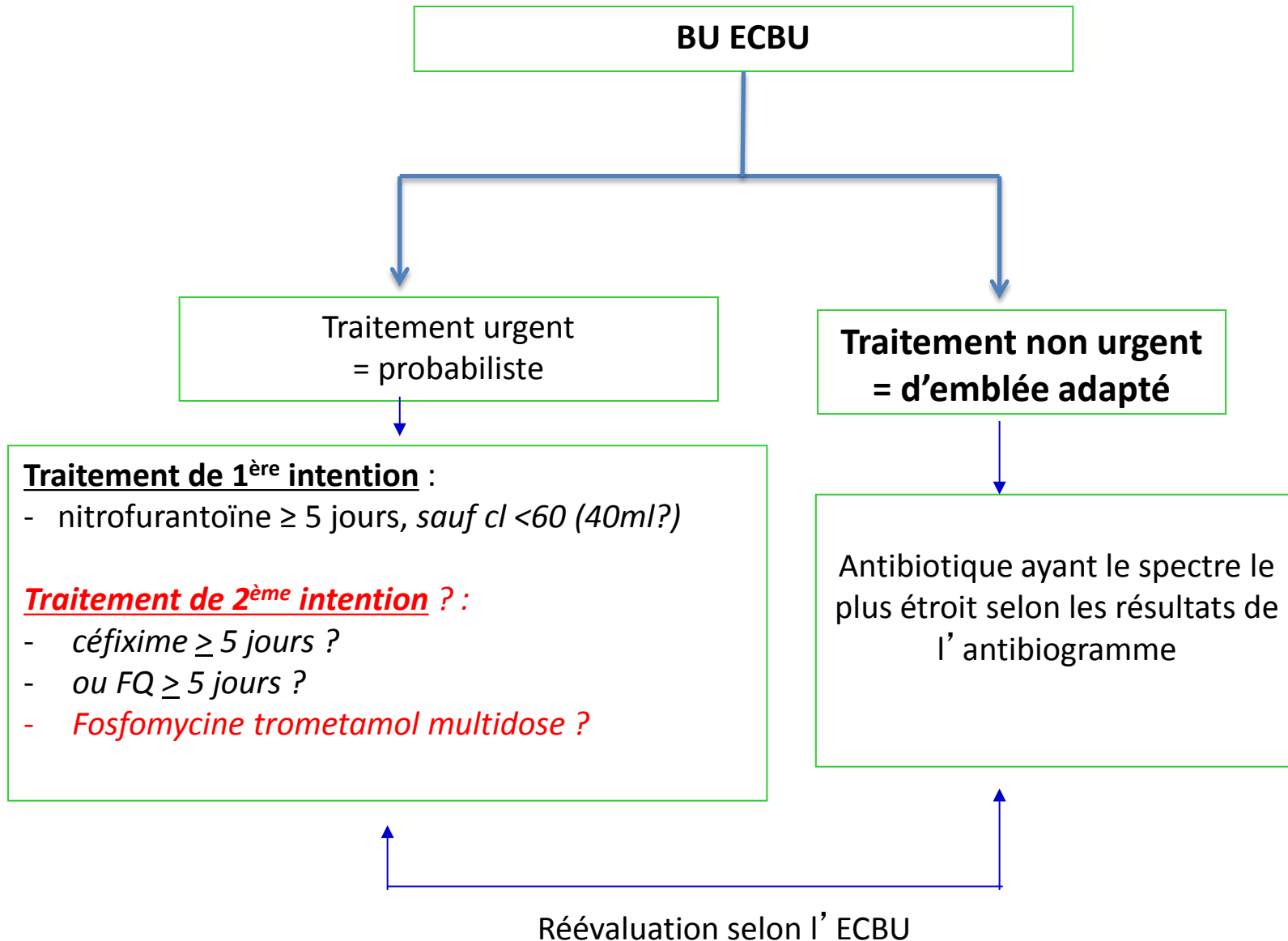
Alternative dans cystite simple uniquement car :

- efficacité démontrée (Bjerrum et al. 2009, ferry et al 2007),
- bon profil de tolérance,
- faible niveau de résistance (EUCAST) en France, efficacité sur la plupart des *E. coli* BLSE, pas de R. croisée avec les autres bêtalactamines,

Mais :

- non remboursée depuis 2002, avis favorable transparence avril 2013, dossier en cours ANSM.
- posologie (200 mg x 3 ; 400 mg x 2 ; 400 mg x 3) et durée à définir (7 jours > 3 jours, 5 jours ?).

Cystites à risque de complication 2013



GROUPE DE TRAVAIL

F. CARON, T. GALPERINE,
R. AZRIA, F. BONACORSI,
F. BRUYERE, E. CHARTIER-
KASTLER, E. CLOUQUEUR,
P. COLOBY , R. COHEN,
T. DOCO-LECOMPTE, E.
ELEPHAN, M. ETIENNE, C.
FLATEAU, G. CARIOU, R.
GAUZIT, G. GAVAZZI, A.
MÉRENS, J. RAYMOND, E.
SENNEVILLE, JP STAHL, A.
SOTTO, C. TRIVALLE.

