

# Info-antibio N° 56 : Juin 2015

Lettre mensuelle d'information sur les antibiotiques.

**Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité**

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques...

Cette lettre présente de manière synthétique des actualités ou mises au point concernant les antibiotiques. Elle est accessible gratuitement en inscrivant son mail [ICI](#). Les liens internet sont actifs et amènent à des documents accessibles sans restriction.

## Infections urinaires associées aux soins (IUAS)

SPILF/AFU/SF2H : [Recommandations pour la pratique clinique](#) - [Diaporama synthétique](#)

Ces recommandations complètent la mise à jour sur les infections urinaires communautaires (IUC) de 2014 ([Texte court](#) - [Argumentaire](#) - [diaporama synthétique](#) - [info-antibio N° 45](#)). Elles comportent des éléments sur le diagnostic, le traitement et la prévention des IUAS.

### Éléments diagnostiques :

Le diagnostic repose sur les mêmes éléments que les IUC excepté en cas de dispositif endo-urinaire ou de manœuvres urinaires récentes. En cas de dispositif urinaire, et en l'absence d'autre cause, le diagnostic peut être évoqué devant une hyper ou hypothermie, hypo TA, altération mentale, malaise général ou léthargie. De même s'il persiste des signes locaux à l'ablation du dispositif.

Un changement d'odeur ou d'aspect des urines ne sont pas des signes spécifiques d'infection urinaire.

Cas particuliers (toujours en ayant éliminé une autre cause)

Chez le sujet âgé, une IUAS peut se manifester par une aggravation de troubles cognitifs ou de la dépendance.

En cas de vessie neurologique, fièvre, augmentation de la spasticité ou modification de l'aspect des urines, peut faire évoquer une IUAS

**Critères microbiologiques :** en l'absence de sonde, ils sont identiques à ceux des IUC. En cas de sonde, la leucocyturie n'est pas interprétable et il faut utiliser comme critère un seuil de bactériurie de  $10^5$  ufc/ml. L'utilisation de la bandelette urinaire n'est pas recommandée pour les IUAS.

### Qui traiter ?

- Les patients symptomatiques !, excepté les signes mictionnels afébriles post résection transurétrale ou pose d'une sonde U, ainsi que les SIRS post opératoires immédiats sans signes de sepsis grave.
- Les bactériuries asymptomatiques pendant la grossesse, avant chirurgie urologique ou pour les changements de sonde urétérale.
- Le dépistage et le traitement éventuel avant cystoscopie diagnostique ou chez le greffé rénal est optionnel.
- Le dépistage et le traitement ne sont pas recommandés avant arthroplastie réglée, chirurgie cardio vasculaire, chez les autres patients immunodéprimés, avant ablation ou changement de sonde urinaire, ou chez un patient en auto/hétéro sondage.

### Modalités du traitement antibiotique

- Débuter dans l'heure suivant un diagnostic de sepsis grave et dans les 12 heures suivant un diagnostic d'infection parenchymateuse (pyélonéphrite, prostatite, orchi-épididymite). Dans les autres cas, il est préférable d'attendre le résultat de l'antibiogramme.
- Aminocyclides si signes initiaux de gravité ou risque de BMR (maximum 72h en association).

### Traitement probabiliste

#### Cystite postopératoire (par ordre de préférence)

Si le traitement ne peut être différé : fosfomycine - trométamol (1 dose en attendant l'antibiogramme), nitrofurantoïne, fluoroquinolone

#### Pyélonéphrite (par ordre de préférence)

Pipéracilline/tazobactam, ceftriaxone, céfotaxime. Si allergie aux  $\beta$ -lactamines : aminocyclides

Si CGP à l'examen direct : amoxicilline/acide clavulanique (+ un aminocyclide si risque de SARM). Si allergie  $\beta$ -lactamines : glycopeptide.

BLSE (FdR notamment colonisation connue [ $<6$  mois ?], voyageur en contact avec le milieu de soin, ATB large spectre récente): + amikacine.

#### Prostatite (par ordre de préférence)

Ceftriaxone, céfotaxime, pipéracilline + tazobactam. Si allergie  $\beta$ -lactamines : cotrimoxazole ou fluoroquinolone. Si FdR BLSE: + amikacine.

**Sepsis grave :** + amikacine. Si BLSE urinaire  $< 6$  mois: imipénème ou méropénème+ amikacine.

**Choc septique :** si FdR BLSE : imipénème ou méropénème+ amikacine.

**Traitement documenté :** il est similaire à celui des IU communautaires avec désescalade, lorsque possible selon l'antibiogramme, vers une molécule à spectre étroit (la prostate est une exception, peu de molécules y diffusent). Le document propose des choix par pathogène.

Les candiduries symptomatiques, ou si chirurgie urologique se traitent en priorité par fluconazole, ou Amb-D en cas de résistance.

**Durée de traitement :** cystites 5 à 7 J (3 J parfois possible chez les femmes  $< 75$  ans), pyélonéphrites 10 J, prostatites 14 J

Colonisation pré chirurgie urologique (si elle ne peut être différée) : 48h avant l'intervention, puis jusqu'à l'ablation de la sonde ou 7 jours maximum si elle reste en place

Une ablation ou un changement de sonde sont recommandés après 24h de traitement.

Médecine et  
maladies infectieuses



### Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Sociétés savantes : consensus et conférences d'experts : [infectiologie.com](#)

[ANSM](#) : AMM des antibiotiques, surveillance des effets indésirables. [Site sur les antibiotiques](#) du Ministère de la Santé. Évaluation des pratiques : [HAS](#) - [SPILF](#). Page [ATB du site CCLIN-ARLIN](#)

Sites régionaux d'information sur les antibiotiques : [Lorraine](#) - [Nord Pas de Calais](#) - [Pays de la Loire](#)

Un service du journal *Médecine et Maladies Infectieuses* & de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), membre de la Fédération Française d'Infectiologie. Rédigé par le Dr S. Alfandari.