

# Info-antibio N° 61 : décembre 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 communautaires

Recommandations SPILF actualisées au 11/12/2015: [Texte court](#) – [Texte long](#)

Voir aussi les textes spécifiques : [grossesse - enfant - fiche triméthoprim et témocilline](#) et les [annexes visibles ici](#)

Ces recommandations intègrent l'évolution de l'écologie bactérienne, les progrès diagnostiques et les traitements raccourcis. Chaque chapitre se termine par un encart « **ce qui est nouveau** ». Il y a des **modifications de définitions**: Les infections urinaires peuvent être « simples », ou, « à risque de complication ». Il apparaît la notion d'infection urinaire chez l'homme. Les infections parenchymateuses peuvent avoir, ou non, des signes de gravité cliniques.

Les principales recommandations de traitement peuvent se résumer ainsi :

### Cystite aiguë simple :

1<sup>er</sup> intention : fosfomycine trometamol, dose unique de 3g

2<sup>ème</sup> intention : mecillinam 5j

3<sup>ème</sup> intention : fluoroquinolone (cipro/oflo) en prise unique ou nitrofurantoïne 5j (CI si ClCr<40ml/min)

### Cystite aiguë à risque de complication : si possible, faire traitement différé, adapté à l'antibiogramme, par ordre de préférence :

Si sensible: amoxicilline 7j

A défaut pivmécillinam 7j, à défaut nitrofurantoïne 7j, à défaut triméthoprim 5j

A défaut: amoxicilline/ac clav (7j) ou céfixime (7j) ou fluoroquinolone (cipro/oflo) 5j ou TMP-SMX 5j. Sur avis d'expert : fosfomycine trometamol

### Cystite aiguë à risque de complication, si un traitement différé n'est pas possible : (très symptomatique, terrain particulier)

1<sup>er</sup> intention : nitrofurantoïne et 2<sup>ème</sup> intention: céfixime ou fluoroquinolone (cipro/oflo)

Adaptation à l'antibiogramme comme ci dessus

### Cystite aiguë récidivante :

Traitement de chaque épisode comme une cystite simple (si cystite post coïtale, TT avant/ou après rapport)

Une antibioprofylaxie ne se discute que si au moins un épisode par mois, en cas d'échec des autres mesures

IU post coïtale : triméthoprim 100 mg (2h avant ou après, 1/j max), à défaut fosfo-trométamol (max 1/ 7j)

IU très fréquentes : Triméthoprim 100 mg : 1 cp/j, à défaut fosfomycine trométamol (3g tous les 7j)

La nitrofurantoïne est contre-indiquée au long cours

### Pyélonéphrite simple, sans signe de gravité: Traitement de 7j si $\beta$ -lactamine IV ou quinolone d'emblée ou en relais, 10-14 sinon.

Traitement probabiliste : C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone) ou fluoroquinolone (cipro/levoflo/oflo) IV ou PO

Pas de quinolone en probabiliste si prise de quinolone dans les 6 mois précédents

Si allergie : aminoside (amika, genta, tobra en monothérapie 5-7 j) ou azthréonam

Traitement de relais en l'absence de BLSE : adaptation à l'antibiogramme

Si possible amoxicilline

A défaut : amoxicilline/ac clav ou céfixime ou fluoroquinolone (cipro/levo/oflo) ou TMP-SMX

Traitement de relais en présence d'une BLSE : préférer l'antibiotique au spectre le plus étroit

Si S : Fluoroquinolone, TMP-SMX (ou Amoxicilline/clav ou C3G IV si S avec CMI < seuil)

A défaut : témocilline (4g/j), céfoxitine (si *E. coli* S), aminoside monothérapie (5 à 7j).

Dernier recours si aucune alternative: carbapénème : imipénème ou méropénème en attaque Erta en relais si S.

### Pyélonéphrite à risque de complication, sans signe de gravité : Traitement de 10 à 14j (7j si aminoside, plus long si abcès rénal)

Premier choix en probabiliste: C3G IV. Relais et/ou BLSE : mêmes choix que pour PNA simple

### Pyélonéphrite aiguë grave (choc septique, ou sepsis grave, ou indication drainage): Traitement de 10 à 14j

Traitement probabiliste : C3G parentérale + amikacine

Si portage urinaire BLSE dans les 6 mois : carbapénème (imipénème ou méropénème) + amikacine puis adaptation

Si choc septique et FdR BLSE (portage urinaire dans les 6 mois, tt/ péni/inhib C2G C3G FQ dans les 6 mois, hospitalisation dans les 3 mois, voyage récent en zone d'endémie BLSE, long séjour) : imipénème ou méropénème + amikacine

Relais par adaptation à l'antibiogramme comme pour une PNA simple.

Si allergie : azthréonam + aminosides

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

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

Médecine et  
maladies infectieuses



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.