

Infections urinaires

Journée régionale d'échanges des référents en antibiothérapie des établissements de santé

David Bouteille

Maladies Infectieuses et Tropicales – CHU de Nantes

Actualisation 2014 des recommandations sur les infections urinaires communautaires



Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte



Recommandations disponibles sur www.infectiologie.com

Recommandations de bonne pratique

INFECTIONS URINAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE

- **colonisation urinaire gravidique**
- **cystite gravidique**
- **pyélonéphrite aiguë gravidique**

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

Décembre 2015

Recommandations 2015 de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte

Diapositives réalisées
par le groupe de travail et revues par le groupe
recommandation le 8 Avril 2015

- **Recommandations de la SPILF pour réduire les durées d'antibiothérapie** (en cours de publication)

Cas clinique 1

- M. G., 75 ans, aux antécédents d'AVC multiples, est porteur d'une sonde à demeure, suite à une rétention aiguë d'urines il y a trois semaines sur volumineux adénome de prostate.
- Il pèse 75 kg. Sa clairance de créatinine est calculée à 60 ml/min
- Devant un aspect trouble des urines, il a été réalisé par l'aide-soignante une bandelette urinaire, montrant :
 - Leucocytes +++
 - Nitrites +
 - Sang ++
- Le patient est asymptotique.

Q1: Que proposez-vous ?

1. Changement de sonde
2. Augmentation des apports hydriques
3. ECBU et attente des résultats pour traitement antibiotique
4. Traitement antibiotique débuté après réalisation de l'ECBU
5. Rien

Q1 : Que proposez-vous ?

1. Changement de sonde
2. Augmentation des apports hydriques
3. ECBU et attente des résultats pour traitement antibiotique
4. Traitement antibiotique débuté après réalisation de l'ECBU
5. Rien

R.13. Il n'est pas recommandé d'utiliser la bandelette urinaire pour le diagnostic des IUAS (D-III).

R.19. En-dehors du cas particulier de la grossesse, il est fortement recommandé de ne pas traiter par antibiotique les patients colonisés (E-I).

- Il est prévu chez M. G. une chirurgie de résection endoscopique de prostate.

Q2 : Que proposez-vous avant la chirurgie ?

1. ECBU et traitement antibiotique si colonisation urinaire.
2. ECBU uniquement si symptômes.
3. Rien
4. ECBU et traitement antibiotique uniquement si présence de BMR.

Q2 : Que proposez-vous avant la chirurgie ?

1. ECBU et traitement antibiotique si colonisation urinaire.
2. ECBU uniquement si symptômes.
3. Rien
4. ECBU et traitement antibiotique uniquement si présence de BMR.

- L'ECBU met en évidence un *Pseudomonas aeruginosa* :

Résistant à :

- Pipéracilline-tazobactam
- Ceftazidime
- Aztréonam
- Ciprofloxacine

Sensible à :

- Amikacine
- Imipénème

- Vous avez changé la sonde, recontrôlé l'ECBU.
- Le même *P. aeruginosa* est toujours présent.
- L'urologue et le patient s'impatientent...

Q3 : Quel traitement proposez-vous ?

1. Abstention thérapeutique
2. Ciprofloxacine (car concentrations urinaires élevées)
3. Imipénème seul
4. Amikacine seule
5. Association Imipénème + Amikacine

Q3 : Quel traitement proposez-vous ?

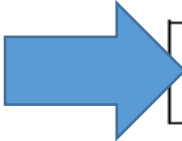
1. Abstention thérapeutique
2. Ciprofloxacine (car concentrations urinaires élevées)
3. Imipénème seul
4. Amikacine seule
5. Association Imipénème + Amikacine

Q4 : Quel est votre schéma d'administration ?

1. Début 48 h avant la chirurgie jusqu'à désondage ou maxi 5 jours après
2. Traitement de 7 j, contrôle, et chirurgie si urines stériles
3. Début du traitement au moment de la chirurgie pour 7 j
4. Antibioprophylaxie par dose unique au moment de la chirurgie

Q4 : Quel est votre schéma d'administration ?

1. Début 48 h avant la chirurgie jusqu'à désondage ou maxi 5 jours après
2. Traitement de 7 j, contrôle, et chirurgie si urines stériles
3. Début du traitement au moment de la chirurgie pour 7 j
4. Antibioprophylaxie par dose unique au moment de la chirurgie

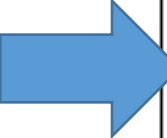


R.20. Il est fortement recommandé de dépister les colonisations urinaires avant une intervention au contact de l'urine (A-I).

R.21. Il est fortement recommandé de traiter préventivement une colonisation avant une intervention au contact de l'urine s'il n'est pas possible d'obtenir la stérilité des urines autrement, notamment en retardant l'intervention ou en changeant un dispositif endo-urinaire (A-I).

R.22. Il est fortement recommandé de traiter les colonisations avant une intervention au contact de l'urine de 48 heures avant l'intervention jusqu'à ablation de la sonde vésicale ou 7 jours au maximum si le retrait de la sonde n'est pas possible (A-III).

R.20. Il est fortement recommandé de dépister les colonisations urinaires avant une intervention au contact de l'urine (A-I).

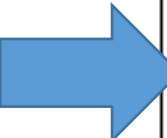


R.21. Il est fortement recommandé de traiter préventivement une colonisation avant une intervention au contact de l'urine s'il n'est pas possible d'obtenir la stérilité des urines autrement, notamment en retardant l'intervention ou en changeant un dispositif endo-urinaire (A-I).

R.22. Il est fortement recommandé de traiter les colonisations avant une intervention au contact de l'urine de 48 heures avant l'intervention jusqu'à ablation de la sonde vésicale ou 7 jours au maximum si le retrait de la sonde n'est pas possible (A-III).

R.20. Il est fortement recommandé de dépister les colonisations urinaires avant une intervention au contact de l'urine (A-I).

R.21. Il est fortement recommandé de traiter préventivement une colonisation avant une intervention au contact de l'urine s'il n'est pas possible d'obtenir la stérilité des urines autrement, notamment en retardant l'intervention ou en changeant un dispositif endo-urinaire (A-I).



R.22. Il est fortement recommandé de traiter les colonisations avant une intervention au contact de l'urine de 48 heures avant l'intervention jusqu'à ablation de la sonde vésicale ou 7 jours au maximum si le retrait de la sonde n'est pas possible (A-III).

Q5- Que faites-vous de la sonde ?

1. Je n'y touche pas avant la chirurgie
2. Je la change avant le début de l'antibiothérapie
3. Je la change 24 h après le début de l'antibiothérapie
4. Je la change au moment de la 1^{ère} dose d'antibiotique en privilégiant un aminoside

Q5- Que faites-vous de la sonde ?

1. Je n'y touche pas avant la chirurgie
2. Je la change avant le début de l'antibiothérapie
- 3. Je la change 24 h après le début de l'antibiothérapie**
4. Je la change au moment de la 1^{ère} dose d'antibiotique en privilégiant un aminoside

R.56. En cas d'IUAS sur sonde urinaire, il est fortement recommandé de retirer la sonde urinaire, ou de la changer lorsque le drainage est indispensable (A-III).

R.57. Il est recommandé d'effectuer ce changement de la sonde urinaire 24h après le début de l'antibiothérapie (B-III).

R.58. Chez un futur opéré urologique dont la sonde à demeure est colonisée, il est recommandé de changer la sonde après 24 heures d'antibiothérapie à visée curative, d'opérer après au moins 48 heures d'antibiothérapie et de maintenir les antibiotiques uniquement jusqu'à l'ablation de la sonde vésicale ou 7 jours au maximum si le retrait de la sonde n'est pas possible (B-III).

Q6- Imaginons le même patient avant une chirurgie cardiaque programmée. Auriez-vous traité ?

1. OUI

2. NON

Q6- Imaginons le même patient avant une chirurgie cardiaque programmée. Auriez-vous traité ?

1. OUI

2. NON

Q7- Imaginons le même patient avant une chirurgie orthopédique programmée. Auriez-vous traité ?

1. OUI

2. NON

Q7- Imaginons le même patient avant une chirurgie orthopédique programmée. Auriez-vous traité ?

1. OUI

2. NON

R.25. Il est recommandé de ne pas dépister et de ne pas traiter les colonisations urinaires avant arthroplastie réglée de hanche ou de genou (D-II).

R.26. Il est recommandé de ne pas dépister et de ne pas traiter les colonisations urinaires avant chirurgie cardio-vasculaire (D-III).

Cas de la chirurgie de hanche post-traumatique

Toutefois, en contexte d'urgence, pour la chirurgie de hanche post-traumatique chez le sujet âgé, le risque lié à une infection urinaire pauci-symptomatique doit être pris en compte. En effet, sur ce terrain, les infections précoces de prothèse dues à des bactéries à gram négatif ne sont pas rares. Dans ce contexte, le traitement d'une colonisation urinaire ou la prise en compte des bactéries à gram négatif dans l'antibioprophylaxie chirurgicale peuvent être utiles de même que l'indication de pose et/ou le maintien du sondage vésical jusqu'à cicatrisation de la plaie opératoire chez les patients incontinents.

Cas clinique 2

- Mme F., 72 ans, a bénéficié d'une prothèse de hanche sur coxarthrose.
- Elle a un excellent état général par ailleurs.
- Elle a été sondée.
- Elle présente dysurie, brûlures et impériosités mictionnelles, malgré l'ablation de la sonde. Elle n'a pas de fièvre.
- Un ECBU est réalisé.

Q8 : Que faites-vous ?

1. Début d'un traitement probabiliste après réalisation de l'ECBU
2. Attente des résultats de l'ECBU pour démarrer un traitement antibiotique

Q8 : Que faites-vous ?

1. Début d'un traitement probabiliste après réalisation de l'ECBU
2. Attente des résultats de l'ECBU pour démarrer un traitement antibiotique

- L'ECBU montre un *E. coli* résistant à l'amoxicilline mais sensible au Pivmecillinam.
- Vous choisissez le Pivmecillinam.
- L'amélioration est très rapide.

Q9- Quelle durée de traitement choisissez-vous ?

1. 3 j

2. 5 j

3. 7 j

4. 10 j

Q9- Quelle durée de traitement choisissez-vous ?

1. 3 j

2. 5 j

3. 7 j

4. 10 j

Infections urinaires liées aux soins

R.51. Il est recommandé de traiter **5 à 7 jours** les cystites associées aux soins (B-III).

R.52. Un traitement de **3 jours** seulement peut être envisagé en cas de cystite chez la femme de moins de 75 ans en l'absence de critère de fragilité et en cas d'amélioration des signes après ablation de la sonde vésicale (B-III).

R.53. Il est recommandé de traiter **10 jours** les pyélonéphrites ou orchio-épididymites associées aux soins (B-III).

R.54. Il est recommandé de traiter **14 jours** les prostatites associées aux soins (B-III).

Cas clinique 3 :

Un homme de 50 ans présente une prostatite aiguë. Il n'y a pas de rétention aiguë d'urines, ni d'antécédent urologique. Il a reçu en probabiliste une injection IM de Ceftriaxone après réalisation de l'ECBU.

L'ECBU montre un *E. coli* résistant à l'amoxicilline et au cotrimoxazole.

Q10 : Vous décidez de le traiter par fluoroquinolone orale. Combien de temps prévoyez-vous de le traiter ?

1- 10 j

2- 14 j

3- 21 j

4- 6 sem

5- 3 mois

Q10 : Vous décidez de le traiter par fluoroquinolone orale. Combien de temps prévoyez-vous de le traiter ?

1- 10 j

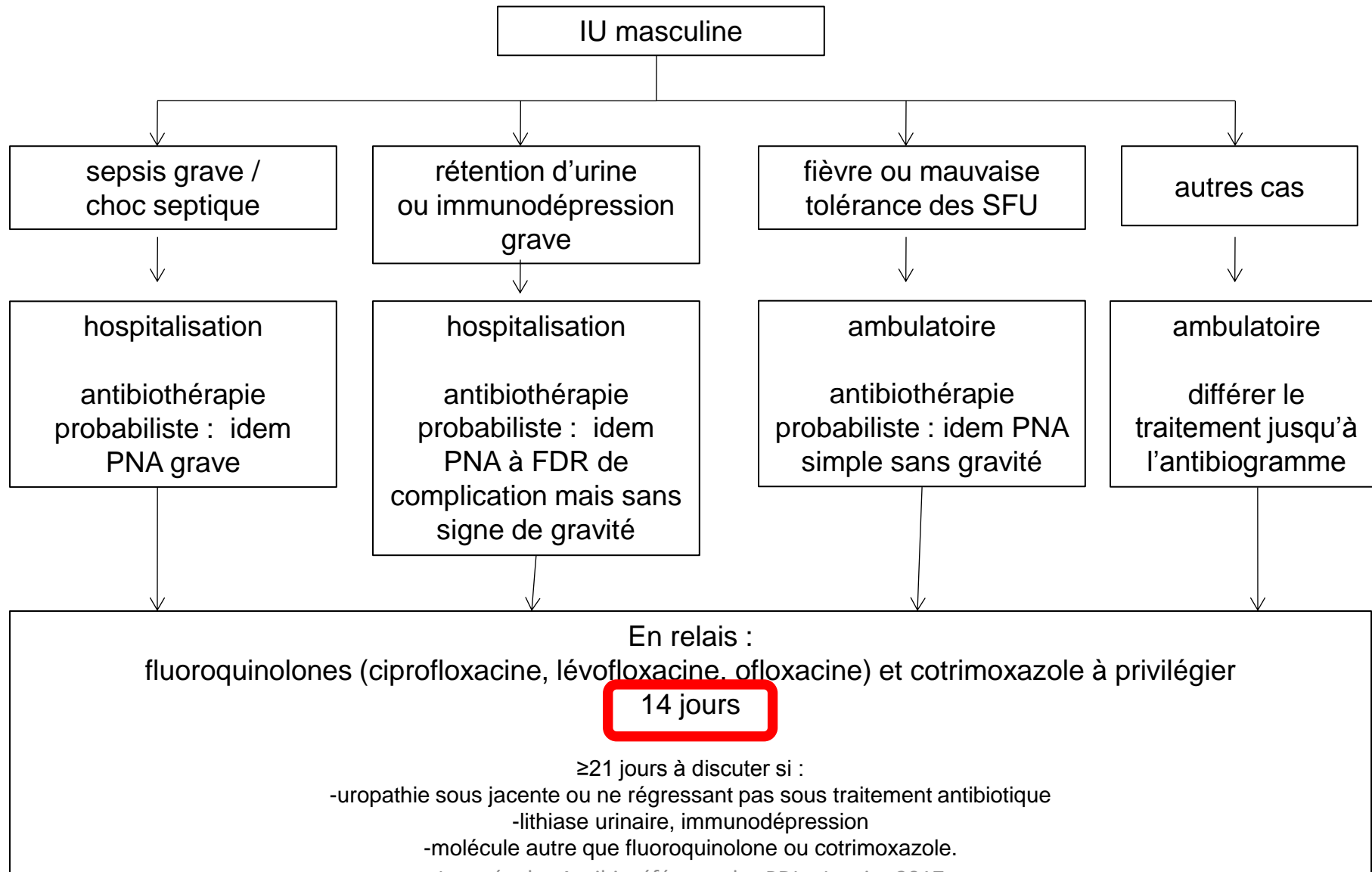
2- 14 j

3- 21 j

4- 6 sem

5- 3 mois

IU masculine



A venir

- Antibiotic Treatment for 7 days Versus 14 Days in Patients With Acute Male Urinary Tract Infection due to Fluoroquinolones Susceptible Bacteria (PROSTASHORT)
- A Multicentre, Non-inferiority, Double Blind, Randomized Placebo- controlled Trial

2015-2018: Résultats 2019

Cas clinique 4

- Mme S., 33 ans, enceinte de 5 mois, présente des signes d'infection urinaire basse.
- Pas d'antécédent particulier par ailleurs.
- Pas d'allergie.
- Après réalisation de l'ECBU, vous décidez d'un traitement antibiotique probabiliste.

Q11 : Quel est votre traitement de 1^{ère} intention ?

1. Céfixime
2. Ciprofloxacine
3. Nitrofurane
4. Fosfomycine-trometamol
5. Pivmecillinam

Q11 : Quel est votre traitement de 1^{ère} intention ?

1. Céfixime

2. Ciprofloxacine

3. Nitrofurane

4. Fosfomycine-trometamol

5. Pivmecillinam

Traitement de la cystite aiguë gravidique

Mise en route traitement probabiliste après ECBU.

1^{ère} intention : Fosfomycine-trométamol

2^{ème} intention : Pivmécillinam

3^{ème} intention : Nitrofurantoïne

4^{ème} intention :

- Céfixime
- Ciprofloxacine

Puis

Après obtention des résultats de l'ECBU :

cf « traitement de la bactériurie asymptomatique »

Selon sensibilité, désescalader vers:

- Amoxicilline
- Ou vers fosfomycine-trométamol ou Pivmécillinam, si le choix initial s'est fait sur une autre molécule

Durée de traitement : 7 j

Recommandations de bonne pratique

INFECTIONS URINAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE

- **colonisation urinaire gravidique**
- **cystite gravidique**
- **pyélonéphrite aiguë gravidique**

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

Décembre 2015

Infections urinaires : durées à retenir

- **Dose unique :**
 - cystite aiguë simple (fosfomycine-trométamol)
- **3 j :**
 - cystite aiguë sur sonde urinaire
- **5 j :**
 - Cystite aiguë simple (pivmécillinam ou nitrofurantoïne)
 - Cystite aiguë à risque de complication ou associée aux soins (cotrimoxazole ou fluoroquinolone)
- **7 j :**
 - Cystite aiguë à risque de complication ou associée aux soins (antibiotique autre que fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable)
 - Pyélonéphrite aiguë simple (fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable)
- **10 j :**
 - pyélonéphrite aiguë grave et/ou à risque de complication et/ou associée aux soins et/ou antibiotique autre que fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable.
- **14 j :**
 - infection urinaire masculine (cotrimoxazole ou fluoroquinolone) communautaire ou associée aux soins.

- **Merci pour votre attention.**
- **Bonne et heureuse année à toutes et tous !**