

## MISE AU POINT INFECTIONS URINAIRES (IU) COMMUNAUTAIRES

Recommandations 2014 du SPILF (Société Pathologie Infectieuse Langue Française) et du GPIIP (Groupe Pathologie Infectieuse Pédiatrique)

### => NOUVELLES TERMINOLOGIES

IU simple	Patients sans facteur de risque de complication
IU à risque de complication	Patients ayant au moins un facteur de risque : Anomalie de l'arbre urinaire, sexe masculin, grossesse, IRC sévère, sujet âgé, immunodépression grave (immuno-modulateurs, cirrhose, transplantation...)
Nouvelle définition du sujet âgé : patient >65 ans > 3 critères de fragilité (Fried) ou >75 ans Le diabète, même ID ne fait plus partie des facteurs de risque de complication	
IU graves	Pyélonéphrites aiguës (PNA) et IU masculines associées à un sepsis grave, à un choc septique, à une indication de drainage chirurgical ou interventionnel.
Cystites récidivantes	Survenue d'au moins 4 épisodes pendant 12 mois consécutifs
Colonisation urinaire	Présence d'un microorganisme dans les urines sans signe clinique associé sans seuil de leucocyturie. Pas de seuil de bactériurie, sauf chez la femme enceinte : $10^5$ UFC/ml Seules indications du dépistage et du traitement des colonisations urinaires : procédure urologique invasive programmée et grossesse à partir du 4 <sup>ème</sup> mois

### => DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DES INFECTIONS URINAIRES

#### 1. Bandelette urinaire (BU) (Patients immuno-compétents)

Recommandée pour le diagnostic de la cystite simple

Autres IU : aide au diagnostic car bonne valeur prédictive négative (VPN) chez la femme et positive (VPP) chez l'homme

Femme symptomatique : VPN > 95% si BU négative pour leucocytes et nitrites

Homme : VPP > 90% si BU positive pour leucocytes et/ ou nitrites, mais PAS DE VPN

Enfant à partir d'1 mois. VPN > 90% si BU négative pour leucocytes et nitrites

#### 2. ECBU

##### Indications :

Devant toute suspicion d'infection urinaire, à l'exception des cystites simples

Renseignements cliniques indispensables à l'interprétation

Le tableau clinique prime en cas de discordance avec la bactériurie et/ou la leucocyturie

Pas d'ECBU de contrôle systématique si évolution clinique satisfaisante.

Contrôle si évolution défavorable (persistance signes cliniques après 3j, récurrence dans les 2 semaines)

##### Critères biologiques définissant l'IU :

Seuil de leucocyturie inchangé  $\geq 10^4$ /ml

**Seuil de bactériurie significative variable en fonction de l'espèce bactérienne et du sexe du patient.**

Espèces bactériennes	Seuil de significativité (UFC/ml)	
	Homme	Femme
<b>E coli, S saprophyticus</b>	$\geq 10^3$ UFC/ml	$\geq 10^3$ UFC/ml
Entérobactéries autres que E coli, Enterocoques, Corynebacterium urealyticum, P aeruginosa, S aureus	$\geq 10^3$ UFC/ml	$\geq 10^4$ UFC/ml

⇒ TRAITEMENT DES INFECTIONS URINAIRES

**Chez l'ADULTE** (Recommandations SPILF 2014)

Contexte clinique	Antibiothérapie	Durée totale du traitement
<b>Cystite simple et récidivante (sans facteur de risque)</b>		
1 <sup>ère</sup> intention	Fosfomycine-trométamol (Monuril <sup>®</sup> )	dose unique
2 <sup>ème</sup> intention	Pivmécillinam (Selexid <sup>®</sup> )	5 jours
Dernier recours	Fluoroquinolones (FQ) (ciprofloxacine ou ofloxacine)	dose unique
	OU nitrofurantoïne (Furadantine <sup>®</sup> )	5 jours
NON indiqués : amoxicilline, amoxicilline-ac.clavulanique, C3G, TMP-SMX (Bactrim <sup>®</sup> )		

**Cystites à risque de complication**

Traitement non différable	nitrofurantoïne 1 <sup>ère</sup> intention sinon cefixime ou fluoroquinolone puis adaptation selon l'antibiogramme	7 jours sauf fluoroquinolones 5j
Traitement différable	1 <sup>ère</sup> intention : amoxicilline ou pivmecillinam ou nitrofurantoïne	7 jours
	Sinon, amoxicilline-ac.clavulanique ou cefixime	7 jours
	Ou fluoroquinolones ou TMP-SMX	5 jours
	Ou fosfomycine-trométamol (Monuril <sup>®</sup> ) (avis d'expert)	dose unique ou 3 doses espacées de 48h

**Pyélonéphrite SANS signe de gravité, infection urinaire chez un homme**

Fluoroquinolones (sauf si traitement par FQ dans les 6 mois précédents)	7 jours
Ou C3G (céfotaxime ou ceftriaxone) puis relai oral fluoroquinolone	
Si contre-indication : aminosides (amikacine, gentamicine ou tobramycine)	5 jours
Ou aztréonam (azactam <sup>®</sup> )	7 jours

**Pyélonéphrite AVEC signe de gravité (Hospitalisation recommandée)**

Association C3G (cefotaxime, ceftriaxone) plus amikacine	10 à 14 jours
En cas d'allergie, aztréonam+amikacine	
NE PAS utiliser de fluoroquinolones Si sepsis grave, geste urologique, antécédent d'entérobactérie BLSE dans les 6 mois, utilisation de C2G ou C3G ou FQ dans les 6 mois, choisir une association carbapénème plus amikacine.	
Dans tous les cas de pyélonéphrite, un relai oral adapté aux résultats de l'antibiogramme doit être proposé. Absence de BLSE : amoxicilline, augmentin, cefixime, fluoroquinolone, TMP-SMX Présence d'une BLSE : céfoxitine, aminoside, sinon carbapénème (ertapenème)	

**Chez l'ENFANT** (recommandations 2014 GPIF et SPILF)

Contexte clinique	Antibiothérapie	Durée du traitement
Infections urinaires basses enfant >3 mois	Association amoxicilline-acide clavulanique ou cotrimoxazole ou cefixime	5 jours
Pyélonéphrite et infection urinaire fébrile du nourrisson de plus de 3 mois et du jeune enfant	Ceftriaxone IM ou traitement oral = cefixime si fièvre d'installation récente, état général conservé, pas d'antécédent d'infection urinaire ou d'uropathie, ou d'antibiothérapie récente.	Jusqu'au résultat de l'antibiogramme 2 à 3 jours en moyenne puis relai en fonction de l'antibiogramme Durée totale moyenne de 10j
Nourrissons de moins de 3 mois et/ou sepsis, et/ou uropathie connue sévère sous-jacente	Hospitalisation pour un traitement initial par voie IV	