

Dr Virginie RIEU



- Pas de seuil de leucocyturie, ni bactériurie sauf femme enceinte 10.5 UFC/ml
- Pas de dépistage chez les patients asymptomatiques sauf femme enceinte
- Pas de dépistage chez les patients asymptomatiques avant une intervention chirurgicale non urologique
- Deux indications de dépistage et de traitement : avant procédure urologique invasive programmée, grossesse à partir 4ème mois.

## Cystites simples

- 1<sup>ère</sup> intention : Fosfomycine-trométamol 3g en dose unique
- 2<sup>ème</sup> intention : Pivmécillinam 400 mg x 2 pendant 5 jours
- Les fluoroquinolones ne sont plus recommandées dans cette indication.

PAS d'ECBU  
systématique

## Cystites à risque de complications

Nouveau:  
la cystite de l'homme

### Risque de complication :

Anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire,  
Grossesse,  
Clairance de la créatinine < 30 ml/mn,  
Immunodépression grave (traitement immunosuppresseur, transplantation, cirrhose)  
Sujet âgé > 75 ans ou > 65 ans avec ≥3 critères de fragilité.  
Le diabète n'est pas retenu comme risque de complication  
Sexe masculin

ECBU  
systématique

**Antibiothérapie différée adaptée** à l'antibiogramme chaque fois que possible : **1er choix** : Amoxicilline 7 j, **2ème choix**: Pivmecillinam 7j, **3ème choix** : Nitrofurantoïne 7 jours, **4ème choix** : Fosfomycine-trométamol (3g J1-J3-J5), **5ème choix** : Triméthoprime 5 j

**Si traitement différé impossible** : en 1<sup>ère</sup> intention : Nitrofurantoïne (100 mg x3) pdt 7 jours (excepté DG < 40 ml/min) ou Fosfomycine-trométamol 3 g J1-J3-J5 et adaptation antibiogramme.

Les fluoroquinolones et le cefixime ne sont plus recommandés dans cette indication.

## Cystites récidivantes sans facteur de risque de complication

- Traitement de chaque épisode comme une cystite simple.
  - Cystite post coïtale : traitement avant ou après rapport (Fosfomycine-Trométamol, pas plus d'un sachet par semaine;)).
  - Antibioprophylaxie au long cours à éviter au maximum (résistance, toxicité), se discute si au moins 1 épisode / mois.
- Infections urinaires à répétition: un bilan minimum doit être réalisé —> Fiche bilan IU à répétition Juin 2022
- TMP (DELPRIM®) 300 mg 1/2 cp/jour, ou Fosfomycine-Trométamol (3 g tous les 7 jours).
  - Contre-indication de la Nitrofurantoïne au long cours, Beta lactamines et fluoroquinolones non recommandées.

## Pyélonéphrites simples

- **Critères d'hospitalisation** : hyperalgique, doute diagnostique, vomissement (traitement oral impossible), conditions socio-économiques défavorables, doutes sur observance des traitements, antibiothérapie à prescription hospitalière (polyallergie...)
- **Antibiothérapie probabiliste** (ECBU systématique)

**Fluoroquinolones** (Ciprofloxacine ou Lévofloxacine) sauf si prise dans les 6 derniers mois. Privilégier voie orale.

**C3G par voie parentérale** si hospitalisation ou si prise fluoroquinolones dans les 6 mois : Céfotaxime IV ou IM (1-2 g x 3/24h) ou Ceftriaxone IV, IM ou SC (1-2 g/24h) . **PAS de C3G orale.**

**Si allergie** : Aztréonam (2g x3/j) ou Aminoside monothérapie (Amikacine 15 mg/kgx1/j, Gentamicine ou Tobramycine 3mg/kgx1/j)

- **Durée** : 7 jours si beta lactamine IV ou FQ, 5 jours si Amiklin, sinon 10 jours,

## Pyélonéphrites à risque de complications, sans signe de gravité

- **Bilan** : biologie, ECBU, uroscanner en priorité sinon échographie
- **Antibiothérapie probabiliste** : C3G IV en priorité
- **Durée** : 10 jours si bonne évolution, maximum 14 jours.

## Adaptation à l'antibiogramme pour les pyélonéphrites

**Privilégier** : Amoxicilline +/- ac clavulanique ou TMP-SMX ou Cefixime ou fluoroquinolone

*En présence de BLSE* : choix à moduler selon terrain, mode administration, tolérance : 1<sup>er</sup> choix : Fluoroquinolone ou TMP-SMX 2<sup>ème</sup> choix Amoxicilline + Ac clavulanique 3<sup>ème</sup> choix : Cefoxitine, Piperacilline Tazobactam ou Temocillin 4<sup>ème</sup> choix : Amikacine en monothérapie 5<sup>ème</sup> choix : Imipénème ou Méropénème en attaque, relais Ertapénème

## Pyélonéphrites graves ( choc septique, sepsis grave, besoin geste urologique sauf simple sondage)

- **Bilan** : biologie, ECBU, hémocultures, uroscanner ou échographie en urgence ou au plus tard dans les 24h.
  - **Antibiothérapie probabiliste** :
- 1<sup>ère</sup> intention : C3G injectable (Céfotaxime 2g x 3/j ou Ceftriaxone 2gx1/j) + Amikacine (1 à 3 jours) à 30 mg/kg
- Si portage urinaire BLSE dans les 6 mois : tenir compte des données bactériologiques antérieures, si non disponibles : Carbapénème ÷ Amikacine,
- Si choc septique et au moins 1 facteur de risque BLSE : portage urinaire dans les 6 mois, antibiothérapie par pénicilline/inhibiteur, C2G ou C3G ou Fluoroquinolone dans les 6 mois, voyage en zone d'endémie BLSE, long séjour, hospitalisation dans les 3 mois : Carbapénème + Amikacine
- **Relais** comme PNA simple, durée 10 jours si bonne évolution, maximum 14 jours
  - **Si allergie** : Aztréonam + Amikacine

## Infections Urinaires Masculines

- **Traitement probabiliste** : comme les pyélonéphrite aiguë à risque de complication sans signe de gravité
  - **En relais** : privilégier Amoxicilline (2 grammes/8heures si Cl créatinine > 30ml/min) ou TMP – SMX ou Fluoroquinolones
- Pas d'amoxicilline-Acide clavulanique: mauvaise diffusion acide clavulanique dans la prostate.*
- **Durée** : 14 jours (FQ, TMP-SMX, beta lactamine) ou 21 jours (autres cas)

## Colonisation gravidique

- **Par ordre de choix** : amoxicilline, pivmécillinam, fosfomycine trométanol, TMP (sauf 2ers mois), nitrofurantoïne, amoxi-ac clav, cefixime
- **Durée** : 7 jours (sauf fosfo 1 dose)

## Cystite gravidique

- **En probabiliste** : fosfomycine trométanol ou pivmécillinam, puis adaptation à l'antibiogramme.
- **Si échec ou R**, par ordre de choix : amoxicilline, TMP (sauf 2ers mois), nitrofurantoïne, amox-ac clav, cefixime,
- **Durée** : 7 jours (sauf fosfo 1 dose)