

Protocoles thérapeutiques de ville des infections à entérobactéries

BLSE de l'adulte

CYSTITE

L'importance grandissante des résistances aux quinolones, leur impact écologique et la diminution des antibiotiques disponibles impose leur restriction d'utilisation dans les cystites.

Le diagnostic d'une cystite simple repose sur la clinique et la BU. Le traitement probabiliste actuellement recommandé en France est en général efficace sur les BMR BLSE.

Le traitement d'une cystite à risque de complication (nouvelle terminologie SPILF 2014) doit être documenté par une ECBU et si possible **initié sur résultat de l'antibiogramme (Afssaps 2008, SPILF 2014)**. En cas d'impossibilité d'attendre le résultat, la nitrofurantoïne est recommandée. Depuis 2014, un antibiotique de la famille des bêta-lactamines, le pivmecillinam (Selexid^o) est réintroduit dans l'arsenal thérapeutique et proposé en 2^{ème} intention, en raison de sa bonne efficacité sur l'ensemble des entérobactéries, dont les résistantes de type BLSE, et de son faible impact sur le microbiote. Il est donc de nouveau remboursé et agréé aux collectivités. Il devrait à court terme être testé sur les antibiogrammes (SPILF 2014).

Par ordre préférentiel, à adapter à l'antibiogramme : tableau des posologies à la fin

Cystite aiguë simple Cystite de la femme sans facteur de complication	Fosfomycine-trométamol (Monuril® Uridoz®) dose unique Ou Pivmecillinam (Selexid®) 5 jours Nitrofurantoïne* (Furadantine®) 5 jours
Cystite à risque de complication (sexe masculin, grossesse, > 75 ans, terrain immunodéprimé, anomalie fonctionnelle ou anatomique urologique, clairance < 30)	Nitrofurantoïne* (Furadantine®) 7 j Pivmecillinam (Selexid®) 5j-7j Amoxicilline acide clavulanique (Augmentin®) 5J si CMI≤8 Cotrimoxazole (Bactrim fort®) 5 j Ofloxacin (Oflocet®) 5 j si bactérie sensible aux quinolones de 1 ^{ère} génération (acide nalidixique) Fosfomycine-trometamol** (Monuril®) 1 sachet à renouveler à 48h (hors AMM, sur avis référent)

**La nitrofurantoïne a fait l'objet d'une mise en garde de l'ANAES en Mars 2012 en raison d'effets indésirables graves survenus lors des traitements prolongés et ne doit plus être prescrite en prophylaxie. Par ailleurs, Il existe un risque d'effet secondaire immuno-allergique en cas de répétition trop fréquente de ce traitement. Elle vient d'être retirée des protocoles pédiatriques. [Restriction d'utilisation de la nitrofurantoïne en raison d'un risque de survenue d'effets indésirables graves hépatiques et pulmonaires - Lettre aux professionnels \(12/03/2012\)](#) (117 ko) Dans les recommandations récentes de la SPILF 2014 sur les Infections urinaires communautaires de l'adulte, la Nitrofurantoïne est réhabilitée, en raison des résistances < 5% à ce produit, ainsi qu'en raison de son faible impact sur le microbiote. Cependant les mises en garde persistent : attention à la prescription chez le sujet âgé, pas de durée > 10jours, et plus en prophylaxie au long cours.*

***La fosfomycine-trometamol a reçu l'AMM en France uniquement pour le traitement des cystites simples. Aux Etats-Unis et dans de nombreux autres pays, ce produit est également recommandé pour traiter les cystites compliquées. En l'absence d'effets secondaires graves et au regard des possibilités thérapeutiques réduites, son utilisation hors AMM peut être envisagé sur avis du référent.*

Le cotrimoxazole est à éviter pendant le premier trimestre de la grossesse et si allaitement. Les quinolones pendant toute la grossesse et allaitement

Rappel : La cystite chez l'homme « n'existe pas ». Toujours évoquer une prostatite.

PYELONEPHRITE (simple)

Le traitement d'une PNA étant probabiliste et reposant en général sur une céphalosporine de 3^{ème} génération parentérale, il s'agit ici d'une **réadaptation au rendu de l'antibiogramme**.

En cas de patient à **risque de BLSE** (prise d'antibiotiques, notamment C3G ou quinolones dans les 6 mois, voyage récent en zone d'endémie), ou de forme compliquée ou sévère ne pouvant être hospitalisée, l'ajout d'un aminoside en probabiliste est conseillé, pendant 24 à 48h. Les ECBU de contrôle ne sont plus recommandées.

Par ordre préférentiel, à adapter à l'antibiogramme

Pyélonéphrite Durée totale de traitement : 7 jours (aminoside ou ofloxacin) à 10 jours	Cotrimoxazole (Bactrim fort®)*** Ofloxacin (Oflocet®) si bactérie sensible aux quinolones de 1 ^{ère} génération (acide nalidixique) Amoxicilline acide-clavulanique (Augmentin°) Si CMI ≤ 8 mg/l , Gentamicine IV IM En cas de résistance à ces molécule, avis d'expert pour utilisation Imipénème (Tienam®) IV Puis relai par Ertapénème (Invanz®) à délivrance hospitalière
---	---

PROSTATITE

- Le traitement d'une **prostatite aiguë fébrile** étant probabiliste et reposant en général sur une céphalosporine de 3^{ème} génération parentérale, il s'agit ici d'une **réadaptation au rendu de l'antibiogramme**.
- Devant **une prostatite chronique ou une prostatite aiguë sans signes de gravité**, le traitement ne doit pas être probabiliste **mais reposer sur la documentation**. Seuls le Cotrimoxazole et les Fluoroquinolones pénètrent bien dans le parenchyme prostatique. En cas de résistance à ces molécules, le risque d'échec est important, et le traitement nécessite une évaluation spécialisée (Cs infectiologie)

Par ordre préférentiel, à adapter à l'antibiogramme :

Prostatite Durée totale de traitement : 3 semaines si aiguë 6 semaines si chronique	Cotrimoxazole (Bactrim fort®)*** Ofloxacin (Oflocet®) si bactérie sensible aux quinolones de 1 ^{ère} génération (acide nalidixique) PO si possible En cas de résistance à ces molécules, avis d'expert pour utilisation Imipénème (Tienam®) IV
---	---

*** Le cotrimoxazole peut être responsable d'effets secondaires graves et nécessite une surveillance attentive clinique (effets cutanés, digestifs) et biologique (cytopénie, hyperkaliémie, insuffisance rénale, ...)

Avis urologue recommandé (dépistage et traitement de l'hypertrophie prostatique et évaluation du Résidu post mictionnel ou d'une anomalie urologique).

Les ECBU de contrôle ne sont plus recommandées.

COLONISATION = présence de BLSE en portage anal, ou dans le cadre de bactériurie asymptomatique, ou de colonisation de plaie..

Pas de traitement antibiotique

Exception : bactériurie asymptomatique dans les situations suivantes : grossesse, neutropénie, avant manœuvre urologique..

La survenue d'une infection à entérobactérie BLSE témoigne en général d'un portage au niveau digestif qui peut persister longtemps, notamment après guérison d'une éventuelle infection urinaire, et nécessite le maintien des recommandations d'hygiène.

Il n'y a aujourd'hui aucune recommandation officielle sur le **suivi du portage** de BLSE au niveau rectal. Le dépistage de ce portage se fait par écouvillonnage rectal ou analyse de selles, en précisant pour le laboratoire « dépistage BMR ».

Au domicile, conseils d'hygiène simples (cf fiche CLIN).

POSOLOGIES DES ANTIBIOTIQUES

	Modalités d'administration	CI > 90	60-90	30-60	15-30	< 15 et hémodialyse
Cotrimoxazole	PO au cours du repas IV	800/160 mg x 2/j si < 80 kg, sinon 3/j 2 amp x 2 si < 80kg, x 3 si >			800/160 mg x 1/j	800/160 mg après chaque séance de dialyse
Fosfomycine-trométamol	PO à jeun	3 grammes				CI
Gentamicine	IV en perfusion de 30 mn IM	3 à 8 mg/kg en 1 fois				
Nitrofurantoïne	PO	100 mg (soit 2gel à 50mg) x 3/j				CI
Ofloxacin	PO IV	200 mg x 2/j si <80 kg, sinon 300 mg x 2/j		200 ou 300 x 1/j		200 ou 300 mg toutes les 48h
Pivmecillinam	PO	400 mg (soit 2cp à 200mg) x 2/j ou 3 si >80kg		200 mg x 3		200 mg x 2