

# 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 entérobactéries productrices de BLSE (EBLSE).

Le traitement d'une cystite à risque de complication (nouvelle terminologie SPILF 2014) doit être documenté par un ECBU et si possible **initié sur résultat de l'antibiogramme (Afssaps 2008, SPILF 2014).**

En cas d'impossibilité d'attendre le résultat, la **nitrofurantoïne** ou la **fosfomycine** (2017) sont recommandées et efficace sur la plupart des EBLSE. Depuis 2014, un antibiotique de la famille des bêta-lactamines, le **pivmecillinam (Selexid<sup>o</sup>)** est réintroduit dans l'arsenal thérapeutique et proposé en 2<sup>ème</sup> intention, en raison de sa bonne efficacité sur l'ensemble des entérobactéries, dont les EBLSE, et de son faible impact sur le microbiote. Il est donc de nouveau testé sur les antibiogrammes (SPILF 2015), remboursé et agréé aux collectivités. Depuis 2018, le **trimethoprim (Delprim<sup>o</sup>)** est lui aussi un ancien antibiotique réutilisé en raison de son efficacité équivalente au cotrimoxazole dans les cystites à EBLSE mais avec une toxicité moindre Il n'est actuellement pas validé dans les pyélonéphrites ou les infections urinaires masculines.

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

<b>Cystite simple</b> Cystite de la femme sans facteur de complication	<b>Fosfomycine-trométamol</b> (Monuril® Uridoz®) dose unique idéalement au coucher <b>Pivmecillinam</b> (Selexid®) 5 jours
<b>Cystite à risque de complication</b> grossesse, > 75 ans, terrain immunodéprimé, anomalie fonctionnelle ou anatomique urologique, clairance < 30 Rappel : la cystite chez l'homme « n'existe pas », toujours évoquer une prostatite	<b>Pivmecillinam</b> (Selexid®) 7j <b>Nitrofurantoïne*</b> (Furadantine®) 7 j <b>Fosfomycine-trometamol**</b> (Monuril®) 1 sachet J1-J3-J5 <b>Trimethoprim***</b> (Delprim®) 5j (7 si grossesse) <b>Amoxicilline acide clavulanique</b> (Augmentin®) 7J <b>Cotrimoxazole***</b> (Bactrim fort®) 5 j <b>Ciprofloxacine</b> (Ciflox®) 5 j si bactérie sensible aux quinolones de 1 <sup>ère</sup> génération (acide nalidixique) <b>et seulement en l'absence de toute autre alternative</b>

*\*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 \(12/03/2012\) !\[\]\(faf942dc3e59ce8eb64b4ac481eca7e0\_img.jpg\) \(117 ko\)](#) 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 peut être prescrite pour les cystites à risque de complication, en probabiliste et en documenté depuis 2017. En cas de BLSE notamment, un traitement par 3 sachets est recommandé.*

*\*\*\*Le trimethoprime et cotrimoxazole sont à éviter au cours du premier trimestre chez la femme enceinte et si allaitement*

**PYELONEPHRITE simple (les patients présentant une pyélonéphrite à risque de complication sont généralement hospitalisés).**

*Le traitement d'une PNA étant probabiliste et reposant en général sur une céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération parentérale, ou sur la ciprofloxacine PO (en l'absence de prise depuis 6 mois) il s'agit ici d'une réadaptation au rendu de l'antibiogramme.*

*En cas de patient à risque de BLSE, ou de forme compliquée ou sévère ne pouvant être hospitalisée, l'ajout d'un aminoside en probabiliste est conseillé, pendant 24h-48h.*

**Par ordre préférentiel, à adapter à l'antibiogramme**

<p><b>Pyélonéphrite</b></p> <p>Durée totale de traitement :</p> <p>Ciprofloxacine 7j</p> <p>Aminoside 5j</p> <p>Autre traitement 10j</p>	<p><b>Cotrimoxazole ( Bactrim fort® )***</b></p> <p><b>Ciprofloxacine (Ciflox®)</b> si bactérie sensible aux quinolones de 1<sup>ère</sup> génération (acide nalidixique)</p> <p><b>Amoxicilline acide-clavulanique (Augmentin°) Si CMI ≤ 8 mg/l,</b></p> <p><b>Amiklin IV IM</b></p> <p><b>Gentamicine IV IM</b></p> <p>En cas de résistance à ces molécules, avis d'expert pour utilisation</p> <p><b>Imipénème (Tienam®) IV</b></p> <p><b>Puis relai par Ertapénème (Invanz®) à délivrance hospitalière</b></p>
--	--

*\*\*\* Le cotrimoxazole peut être responsable d'effets secondaires graves et nécessite une surveillance attentive clinique (effets cutanés, digestifs) et biologique (cytopénie, hyperkaliémie, insuffisance rénale, ..) il est contre-indiqué ds les 2 premiers mois de grossesse.*

## **PROSTATITE**

- Le traitement d'une prostatite aiguë fébrile étant probabiliste et reposant en général sur une céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération parentérale, ou la ciprofloxacine po (en l'absence de prise dans les 6 mois) 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 :**

<p><b>Prostatite</b></p>	<p><b>Cotrimoxazole ( Bactrim fort® )*** PO</b></p> <p><b>Ciprofloxacine (Ciflox ®)</b> si bactérie sensible aux quinolones de 1<sup>ère</sup> génération (acide nalidixique) PO</p> <p><b>En cas de résistance à ces molécules, avis d'expert</b></p>
--------------------------	--

**Durée de traitement**

**14 jours si prostatite aiguë et utilisation de cotrimoxazole ou de fluoroquinolone**

## 21 jours en l'absence d'utilisation de cotrimoxazole ou fluoroquinolone

**Des durées prolongées (6 semaines) peuvent être indiquées pour des prostatites chroniques sur avis d'expert**

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

**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 EBLSE 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
<b>Amikacine</b>	IV en perfusion de 30 min IM	20-30 mg/kg/j	Idem, mais bien respecter la <b>dose unique</b> et peser la balance bénéfiques / risques Si dialysé : prévoir la dialyse 4h après			
<b>Ciprofloxacine</b>	PO IV	500mg x 2 400mg x 3			500mg/24h 400mg/24h	
<b>Cotrimoxazole</b>	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
<b>Ertapénème</b>	IV en perfusion de 30 min IM ou SC (hors AMM en France)	1 à 2 gr/j			0.5 g/j (hors AMM)	
<b>Fosfomycine-trométamol</b>	PO à jeun					CI
<b>Gentamycine</b>	IV en perfusion de 30 mn IM	3-8 mg/kg/j		DU	DU	DU
<b>Imipénème</b>	IV en perfusion de 60 min 3-4 perf/j	50 mg/kg/j, sans dépasser 4 gr/j		30 mg/kg/j	20 mg/kg/j	12.5 mg/kg/j
<b>Nitrofurantoïne</b>	PO	100 mg x 3/j				CI
<b>Triméthoprim</b>	PO	300mg/j 3 à 5j				?