

## ACTUALITÉS SUR LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS URINAIRES

Mise à jour : Avril 2016

### CONTEXTE

En 2014, la SPILF (société de pathologie infectieuse de langue française) a émis de nouvelles recommandations pour le traitement des infections urinaires communautaires.

Vous trouverez ci-contre les préconisations pour la prise en charge de la cystite de la femme et des infections urinaires masculines.

#### CYSTITE AIGÜE SIMPLE : traitement probabiliste

Dérivé de l'acide fosfonique	Fosfomycine trométamol	3 g PO x 1/jour	1 jour (traitement monodose)
Apparentés aux β-lactamines	Prévécillinam	400 mg PO x 2 /jour	5 jours
Nitrofuranes	Nitrofurantoïne	100 mg PO x 3/jour	5 jours
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 mg PO x 1/jour	1 jour (traitement monodose)
	Ofloxacine	400 mg PO x 1/jour	1 jour (traitement monodose)

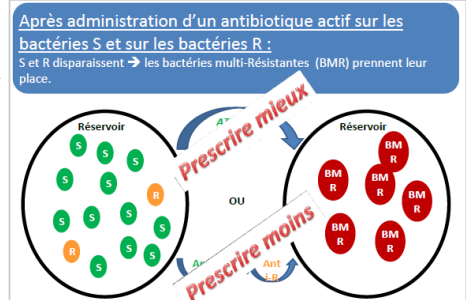
#### IU MASCULINE RELAIS : à privilégier après obtention de l'antibiogramme

Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 mg PO x 2/jour, si IV : 400 mg x 2 /jour	14 jours ; 21 jours si trouble urinaire vésico-prostatique ou autre facteur de complication associé
	Lévofloxacine	500 mg PO x1/jour, si IV même posologie	
	Ofloxacine	200 mg PO x2 /jour, si IV : même posologie Patient obèse : 600-800 mg/jour	
Triméthoprime + sulfamide	Triméthoprime-sulfaméthoxazole	Dosage « forte » (TMP 160 mg + SMX 800 mg) : 1 cp PO x 2/jour	

### ADAPTATION DE L'ANTIBIOGRAMME DU LABORATOIRE

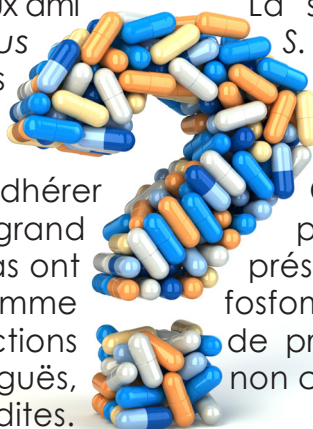
Pour répondre aux nouvelles recommandations, le laboratoire va désormais tester le SELEXID (pivmécillinam) sur toutes les souches de *E.coli* urinaires. La Norfloxacine ne sera plus testée. Cependant pour les souches présentant une sensibilité à l'ofloxacine avec une CMI basse, il y a de très grande chance d'efficacité de cette molécule. Pour rappel, entre 2002 et 2014 la résistance aux fluoroquinolones est passée de 5% à près de 20%. Pour un patient déjà traité dans les 6 derniers mois par cette famille d'antibiotique, le risque de résistance est élevé et l'utilisation des autres molécules est recommandée.

Certaines molécules ne sont recommandées que dans le traitement des cystites (le pivmécillinam, nitrofurantoïne et fosfomycine). D'autre part, l'utilisation du céfixime doit être réservée à des cas particuliers du fait de sa moindre diffusion urinaire. L'association amoxicilline + acide clavulanique (Augmentin®) n'est plus recommandée en 1ère intention de la prise en charge de la cystite.



### LES UROPATHOGENES CONNUS OU MÉCONNUS

*Staphylococcus saprophyticus* : le faux ami  
*Staphylococcus saprophyticus* est une des principales causes d'infections urinaires (IU) non compliquées chez la femme jeune sexuellement active. Sa faculté d'adhérer aux cellules uroépithéliales joue un grand rôle dans sa pathogénicité. Des cas ont également été rapportés chez l'homme de tout âge et dans des infections plus sévères : pyélonéphrites aiguës, prostatites, péritonites ou endocardites.



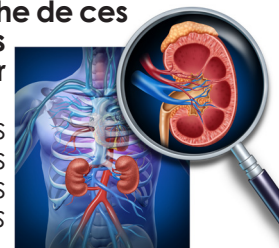
La symptomatologie clinique des IU à *S. saprophyticus* est similaire à celles à *Escherichia coli*. La recherche de nitrites avec la bandelette est négative dans les IU à *S. saprophyticus*. Cette bactérie est sensible à la plupart des antibiotiques, mais elle présente une résistance naturelle à la fosfomycine (Monuril®), un des traitements de première intention des cystites aiguës non compliquées.

# ACTUALITÉS SUR LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS URINAIRES

## LES UROPATHOGENES EXIGEANTS

Ces bactéries qui ne poussent pas ou mal sur des géloses chromogènes, nécessitent une recherche spécifique. **Le laboratoire bio67 a mis en place des protocoles de recherche de ces uropathogènes. Les signes biologiques d'infections urinaires et les renseignements cliniques transmis par le médecin et/ou le patient sont des critères importants pour l'interprétation des résultats de l'ECBU.**

L'utilisation du cytomètre en flux pour la réalisation du sédiment urinaire apporte des informations précieuses pour la détection du germe. L'identification des bactéries par spectrométrie de masse nous permet désormais d'identifier rapidement ces bactéries. Sur les 18 derniers mois, nous avons ainsi mis en évidence 96 *Aerococcus Urinae*, 41 *Actinobaculum schaalii* et 17 *Oligella urethralis*.



### AEROCOCCUS URINAE

Cocci à Gram positif proches des Entérocoques. Ils sont responsables des infections urinaires de la personne âgée. Chez les enfants, ils sont souvent associés à des malformations urinaires. Cette bactérie est habituellement sensible à l'amoxicilline et résistante au cotrimoxazole.

### ACTINOBACULUM SCHAALII

Coccobacille à Gram positif proche des Actinomyces. Il est le plus souvent responsable d'infections urinaires chez le patient âgé mais a également été décrit chez des enfants avec des malformations de l'arbre urinaire. Cette bactérie ne provoque pas de test positif au nitrite à la bandelette urinaire. Elle est habituellement sensible à l'amoxicilline et aux céphalosporines et résistante à la ciprofloxacine et au cotrimoxazole.

### OLIGELLA URETHRALIS

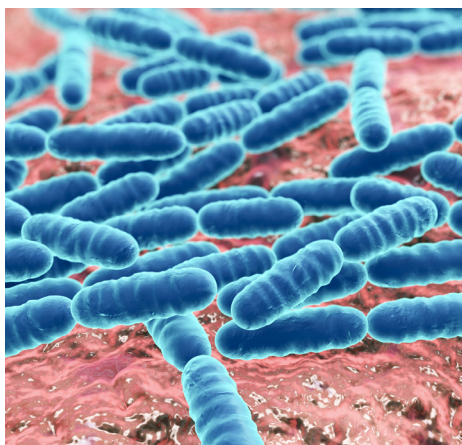
Cocci à Gram négatif (anciennement *Moraxella urethralis*) ce pathogène plus rarement retrouvé est souvent associé à des malformations urinaires ou à la présence de matériel étranger (sonde). La sensibilité aux antibiotiques est déterminée par l'antibiogramme, elles sont néanmoins sensibles à l'amoxicilline.

### LACTOBACILLUS DELBRUECKII

Probable cause d'infections urinaires chez la femme âgée. Il a été décrit dans des cystites mais également des pyélonéphrites et bactériémies. Ce bacille à gram positif est habituellement sensible aux Bactamines. Les fluoroquinolones ne sont pas l'antibiotique de choix. Rq : d'autres Lactobacilles peuvent être associés à des infections urinaires, l'interprétation est toujours délicate du fait d'une contamination vaginale possible

### HAEMOPHILUS INFLUENZAE ET PARAINFLUENZAE

Ces bactéries de la flore ORL sont également décrites dans des infections génito-urinaires. Depuis la mise en place du vaccin chez l'enfant, de nouveaux clones de bactéries diffusent et peuvent provoquer des infections urinaires, balanites et vaginites. La sensibilité aux bêta-lactamines diminue depuis plusieurs années, et il est recommandé d'attendre l'antibiogramme pour mettre en place un traitement adapté



### CORYNEBACTERIUM UREALYTICUM

Il est responsable d'infections urinaires récidivantes chez des patients âgés ou immunodéprimés. L'activité uréasique très forte de *Corynebacterium urealyticum* crée chez ces patients une augmentation importante du pH urinaire (>8) qui entraîne la présence de cristaux (struvite) Les patients peuvent présenter une cystite incrustée

La majorité des souches cliniques de *Corynebacterium urealyticum* est résistante aux  $\beta$ lactamines, macrolides, aminosides et fluoroquinolones. Le traitement nécessite la plupart du temps l'utilisation de la vancomycine. Dans le cas de cystite incrustée, le traitement antibiotique doit être associé à une ablation chirurgicale des lésions d'incrustation.

## LES AGENTS DES IST

Devant une symptomatologie urinaire et en l'absence d'uropathogène retrouvé, il est nécessaire chez les personnes en activité sexuelle d'effectuer une recherche d'IST. **Les Chlamydiae sont les bactéries les plus fréquemment retrouvées** mais il est constaté une **recrudescence des gonococcies**. Les mycoplasmes (*Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis*) peuvent également faire l'objet d'une recherche par culture. **Les nouvelles techniques de PCR disponibles au laboratoire BIO67 permettent d'effectuer la recherche de *Mycoplasma genitalium* (espèce non cultivable) ou de *Trichomonas vaginalis* en routine et cela sur demande spécifique.**

RETROUVEZ TOUTES NOS FICHES D'INFORMATION SUR [www.bio67.fr](http://www.bio67.fr) > espace pro

Laboratoire BIO67-BIOSPHERE

Assia ; Benfeld Hincker ; Bethesda-Sleidan ; Erstein Printemps ; Fegersheim ; Illkirch ; Ingwiller Haurany  
Kling ; Kochersberg ; Lingolsheim ; Meinau ; Molsheim-Centre ; Mundolsheim  
Neudorf ; Neuhof ; Ostwald ; Parc ; Poteries ; Robertsau ; Rosheim  
Schiltigheim Centre ; Schirmeck La Bruche ; Schuh ; Soufflenheim ; Trenz ; Val de Moder

