

ACTU BIO

Rédigée par les biologistes indépendants Ouest Biologie

NOV. 2024

Antibiothérapie des infections urinaires de la femme

TYPE D'INFECTION	RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT
Colonisation urinaire : ECBU positif sans symptomatologie clinique	Ne pas traiter, sauf en cas de grossesse ou de chirurgie urologique programmée
Cystite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication)*	<p>1^{ère} intention : fosfomycine-trométamol : 3g en prise unique</p> <p>2^{ème} intention : pivmécillinam : 400 mg 2fois/jour pendant 3 jours</p> <p>→ Prévoir un ECBU en cas d'évolution défavorable</p>
Cystite aiguë à risque de complications (au moins 1 facteur de risque)*	<p>Traitement ne pouvant être différé : traitement probabiliste avec adaptation à l'antibiogramme</p> <p>1^{ère} intention : nitrofurantoïne : 100 mg 3fois/jour pendant 7 jours (contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs)</p> <p>2^e intention : fosfomycine- trométamol : 3g en prise unique</p> <p>Traitement différé à privilégier : adapté à l'antibiogramme</p> <p>1^{ère} intention : amoxicilline : 1g 3/jour pendant 7 jours</p> <p>2^e intention : pivmécillinam : 400 mg 2/jour pendant 7 jours</p> <p>3^e intention : nitrofurantoïne : 100 mg 3fois/jour pendant 7 jours (contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs)</p> <p>→ Prévoir un ECBU en cas d'évolution défavorable</p>

*Facteurs de risque de complications : la grossesse, toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, l'insuffisance rénale sévère (débit de filtration glomérulaire < 30 ml/min), l'immunodépression grave, un âge supérieur à 75 ans ou supérieur à 65 ans avec au moins 3 critères de Fried. Le diabète de type 1 ou 2, n'est pas un facteur de risque de complication.

TYPE D'INFECTION	RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT
<p>Cystite aiguë récidivante (à minima 4 épisodes pendant 12 mois)</p>	<p>Traitement curatif d'un épisode de cystite récidivante est celui d'une cystite</p> <p>Prévention des récurrences :</p> <ul style="list-style-type: none"> • apports hydriques suffisants, mictions non retenues, régularisation du transit intestinal et arrêt des spermicides s'il y a lieu • la canneberge peut être proposée si cystites à <i>E.coli</i> : 36 mg/j de proanthocyanidine • sur avis d'un gynécologue : application locale d'oestrogène chez la femme ménopausée peut être envisagée. • Antibioprophylaxie (si au moins 1 épisode / mois) → <u>Réaliser un ECBU avant début antibioprophylaxie</u> <p>1^{ère} intention : <u>fosfomycine-trométamol</u> : 3 g en prise unique</p> <ul style="list-style-type: none"> • tous les 7 jours au maximum • dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales <p>ou</p> <p><u>triméthoprime</u> : 150 mg par jour (1 fois par jour max, au coucher)</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales <p>2^e intention : <u>cotrimoxazole</u> : 400 mg/80 mg par jour</p> <ul style="list-style-type: none"> • à prendre au coucher • dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales <p><i>NB : La nitrofurantoïne est contre-indiquée, les fluoroquinolones et bêta-lactamines doivent être évitées.</i></p>
<p>Pyélonéphrite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication)*</p>	<p>Traitement probabiliste en attendant l'antibiogramme (débuté immédiatement après la réalisation de l'antibiogramme)</p> <p>1^{ère} intention : en l'absence de traitement par quinolone dans les 6 mois : <u>fluoroquinolones</u> par voie orale : <u>ciprofloxacine</u> : 500 mg , 2/jour ou <u>lévofloxacine</u> : 500 mg/jour</p> <p>2^e intention : en cas de prise de fluoroquinolones dans les 6 mois : <u>céphalosporines</u> de 3^e génération par voie parentérale : <u>ceftriaxone</u> (IM, IV) : 1 g/jour (2 g/jour si signes de gravité ou patient obèse : IMC > 30)</p> <p>⇒ Traitement relais (désescalade fortement recommandée avec la molécule avec le spectre le plus étroit).</p> <p>Par ordre de préférence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>amoxicilline</u> : 1 g 3 fois/jour pendant 10 jours ; • <u>cotrimoxazole</u> : 800 mg/160 mg 2 fois/jour pendant 10 jours; • <u>amoxicilline-acide clavulanique</u> : 1g 3 fois/jour pendant 10 jours ; • <u>ciprofloxacine</u> : 500 mg 2 fois par jour ou <u>lévofloxacine</u> 500 mg 1 fois/jour ou <u>ofloxacine</u> : 200 mg 2 fois/jour pendant 7 jours ; • <u>céfixime</u> : 200 mg 2 fois/jour pendant 10 jours ; • <u>ceftriaxone</u> : 1 g à 2 g/jour pendant 7 jours ; <p>En présence d'entérobactéries productrices de bêtalactamase à spectre étendu se référer aux recommandations de la SPILF de 2018.</p> <p>→ Réévaluation systématique à 72 heures - ECBU de contrôle si évolution clinique défavorable après 72 heures</p>

TYPE D'INFECTION	RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT
<p>Colonisation urinaire de la femme enceinte (bactériurie > 10⁵ UFC/mL monomicrobienne sans symptomatologie clinique)</p>	<p>Pas de traitement probabiliste, traitement adapté à l'antibiogramme.</p> <p>1^{ère} intention : amoxicilline : 1 g 3 fois/jour pendant 7 jours</p> <p>2^e intention : pivmécillinam : 400 mg 2 fois/jour, pendant 7 jours</p> <p>3^e intention : fosfomycine-trométamol : 3 g en prise unique</p> <p>4^e intention : triméthoprime : 300 mg/jour pendant 7 jours, à éviter avant 10 semaines d'aménorrhée</p> <p>5^e intention :</p> <p>Nitrofurantoïne : 100 mg 3 fois/jour pendant 7 jours (contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min, ou de traitements itératifs)</p> <p>Cotrimoxazole : 800 mg/160 mg 2 fois/jour pendant 7 jours, à éviter avant 10 semaines d'aménorrhée</p> <p>Amoxicilline + acide clavulanique : 1 g 3 fois/jour pendant 7 jours</p> <p>→ ECBU de contrôle 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement, puis ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement.</p>
<p>Cystite aiguë de la femme enceinte</p>	<p>Traitement probabiliste à débiter sans attendre le résultat de l'antibiogramme</p> <p>1^{ère} intention : fosfomycine-trométamol : 3 g en prise unique</p> <p>2^e intention : pivmécillinam : 400 mg 2 fois par jour pendant 7 jours</p> <p>⇒ En cas d'échec ou de résistance :</p> <p>1^{ère} intention : amoxicilline : 1 g 3 fois/jour pendant 7 jours</p> <p>2^e intention : triméthoprime : 300 mg/jour pendant 7 jours, à éviter avant 10 semaines d'aménorrhée</p> <p>3^e intention : nitrofurantoïne : 100 mg 3 fois/jour pendant 7 jours (Nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min, ou de traitements itératifs)</p> <p>4^e intention : cotrimoxazole : 800 mg/160 mg 2 fois/jour pendant 7 jours - à éviter avant 10 semaines d'aménorrhée - amoxicilline + acide clavulanique : 1 g 3 fois/jour pendant 7 jours</p> <p>→ ECBU de contrôle 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement, puis ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement</p>

*Facteurs de risque de complications : la grossesse, toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, l'insuffisance rénale sévère (débit de filtration glomérulaire < 30 ml/min), l'immunodépression grave, un âge supérieur à 75 ans ou supérieur à 65 ans avec au moins 3 critères de Fried. Le diabète de type 1 ou 2, n'est pas un facteur de risque de complication.

Sources : HAS 2021 - Choix et durée de l'antibiothérapie : Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme.