**Bactériurie asymptomatique :** pas de traitement antibiotique sauf grossesse ou intervention urologique.

|  |
| --- |
| **CYSTITES** |

1. **Cystite aiguë simple :** par ordre de préférence (à respecter)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1ère intention | Monuril (fosfomycine) | 3g par sachet | Prise unique |
| 2ème intention | Selexid (pivmécillinam) | 400mg x 2/j | 5 jours |
| 3ème intention | ECBU et suivre les choix proposés pour les cystites à risque de complication | | |

1. **Cystite aiguë à risque de complication \*\* :** ECBU et **attendre l’antibiogramme pour avoir le spectre le plus étroit possible dans l’ordre ci-dessous :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1ère intention | Clamoxyl | 1g x 3 | 7 jours |
| 2ème intention | Selexid | 400mg x 2 | 7 jours |
| 3ème intention | Furandantine\* | 100mg x 3 | 7 jours |
| 4ème intention | Monuril | 1 dose par 48h | 3 doses J1 J3 J5 |
| 5ème intention | Bactrim | 1 cp x 2 | 5 jours |

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

Si impossible de différer le traitement, dans l’ordre : Furandantine\* ou Fosfomycine en 3 doses J1 J3 J5.

\*furandantine contre indiquée si Cl < à 40 mg/ml

\*\*FdR de complication : homme, grossesse, âge (patient de plus de 65ans avec > 3 critères de fragilité ou patient de plus de 75ans), anomalie organique ou fonctionnelle de l’arbre urinaire, immunodépression grave, insuffisance rénale chronique sévère (clairance <30 ml/min).

1. **Cystite aiguë récidivante** (4 épisodes sur 12mois) sans FDR de complications (avis spécialisé sinon) : ECBU et traitement identique à une cystite simple.Si cystite posy-coïtale,TT avant/ou après rapport.

Antibioprophylaxie uniquement si au moins un épisode par mois en cas d’échec des autres mesures (Bactrim 1cp/j ou Monuril 1sachet/semaine).

Une antibioprophylaxie au long cours est à éviter au maximum (risque de résistance, toxicité, récidive à l’arrêt).

La Nitrofurantoïne est contre-indiquée au long cours et non recommandée en administrations répétées.

Bêta lactamines et fluoroquinolones ne sont pas recommandées.

1. **Femme enceinte :** cystite aiguë et bactériurie asymptomatique : en probabiliste Fosfomycine ou Pivmécillinam.
2. **IU gravidiques :** colonisation chez la femme enceinte

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1ère intention | Amoxicilline |  | 7 jours |
| 2ème intention | Pivmécillinam |  | 7 jours |
| 3ème intention | Fosfomycine/trométamol |  | 1 jour |
| 4ème intention | TMP (à éviter les 2 premiers mois |  | 7 jours |
| 5ème intention | Nitrofurantoïne  Cotrimoxazole (SMX-TMP, à éviter les 2 premiers mois)  Amoxicilline/acide clavulanique  Cefixime ou Ciprofloxacine |  | 7 jours |

**PYELONEPHRITE AIGUE (PNA)**

1. **PNA sans signes de gravité :**

Traitement de 7 j si β lactamines IV ou quinolone d’emblée ou en relais, 10 j sinon.

Traitement probabiliste : fluoroquinolones (cipro/levoflo) sauf si prise dans les 6 mois précédents.

C3G parentérale (Céfotaxime ouCeftriaxone) si prise de quinolone dans les 6 mois précédents. Pas de C3G orale.

Si allergie : aminoside (Amika,Genta, Tobra en monothérapie 5j) ou Azthréonam.

Le relais doit être adapté aux résultats de l’antibiogramme. En l’absence d’EBLSE : Désescalade si possible dès que l’antibiogramme est disponible.

-Amoxicilline 1g x /3j 10-14jours

-Amox/Ac clavulanique 1g x 3/j 10-14jours

-Cefixime

-fluoroquinolones ( Cipro, Levo) 7jours

-Bactrim fort 1cp x 2/j 10-14jours

**Durée de traitement d’une PNA simple ou documentée à EBLS dans l’ordre :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1ère intention | Fluoroquinolones(cipro,lévo)  Bactrim |  | 7 jours  10-14 jours |
| 2ème intention | Augmentin | Si CMI ≤ 8mg/l | 7 jours |
| 3ème intention | céfoxitine ou Tazocilline, ou Témocilline | Si CMI ≤ 8mg/l | 7jours |
| 4ème intention | Aminoside monothérapie |  | 5-7 jours |
| 5ème intention | Imipénème ou Méropénème en attaque, Ertapénème en relais |  |  |

Les carbapenemes doivent être réservés aux situations où il n’existe pas d’autre alternative : imipenem ou méropenem en traitement d’attaque, ertapenem en relais.

Dans les PNA simples à risque de complication la durée du traitement peut être de plus de 21 jours dans certaines situations (abcès rénal par exemple).

1. **PNA gravidique : hospitalisation systémique et pas de fluoroquinolones.**
2. **PNA avec signe de gravité** (sepsis grave, choc septique, indication de drainage urologique ou instrumental des voies urinaires)

**En cas d’obstacle un drainage est urgent (uroscanner)**

**Traitement probabiliste ;**

|  |  |
| --- | --- |
| **Première intention** | Cefotaxime 2g x 3/j ou Ceftriaxone 2g/j + Amikacine(30mg/kg/jours 1-3jours)\* |
| **Si allergie (avec ou sans BLSE)** | Aztréonam (1-2g x 3) + Amikacine 30mg/kg/j |
| **Si atcd EBLSE urinaire** | Imipenem 1g x 3 + Amikacine 30mg/kg/j |
| **Si choc septique et FdR EBLSE\*\*\*** | Imipenem 1g x 3 +Amikacine 30mg/kg/j |

\*Le taux de résistance actuel des entérobactéries aux fluoroquinolones ne permet plus l’usage de cette classe en probabiliste dans les infections graves à entérobactéries.

\*\* FdR EBLSE

-colonisation urinaire ou UI à EBLSE dans les 6 mois précédents

-antibiothérapie dans les 6 mois précédents (quel que soit l’antibiotique reçu)

-voyage récent en zone d’endémie d’EBLSE

-hospitalisation dans les 3 mois précédents

-vie en établissement de long-séjour

Le traitement de relais est le même que pour les PNA sans signe de gravité avec adjonction systémique d’un aminoside à la phase initiale en présence de EBLSE.

Durée totale de traitement : 10 à 14 jours

**INFECTIONS URINAIRES MASCULINES**

La bandelette urinaire a une **forte valeur prédictive positive** en présence de signes cliniques évocateurs.

**ECBU systématiquement**.

Le seuil de bactériurie dans les prostatites aiguës est fixé à 10³ UFC/ml.

Le dosage de l’antigène spécifique de la prostate (PSA) n’est pas recommandé.

La présence d’une bactériurie à S. aureus est le plus souvent secondaire à une bactériémie, qui doit alors

être systématiquement recherchée par des hémocultures.

**La colonisation urinaire (bactériurie, avec ou sans leucocyturie, et sans signe clinique ne doit pas être traitée.**

Le drainage des urines est impératif en cas de rétention aiguë d’urine.

Le drainage chirurgical d’un abcès n’est à discuter qu’en cas d’évolution défavorable sous antibiotique.

**Traitement probabiliste :**

-dans les formes pauci symptomatique, traitement différé identique à celui des pyélonéphrites.

-en cas de fièvre, d’immunodrépression grave ou de rétention aiguë d’urine, le traitement est identique à celui des PNA à risque de complication, après ECBU.

-en cas de sepsis grave, le traitement est identique à celui des PNA graves.

**Relais :**

1ère intention : Fluoroquinolones

2 ème intention : Bactrim

Cefixime non indiqué même si souche S aux C3G

Puis guidé par l’antibiogramme

Dans le cas particulier des IU masculines documentées à EBLSE, le traitement de relais est le même que pour les PNA, sauf pour l’Augmentin qui n’est pas recommandé.

**Durée de traitement :**

14 jours minimum pour les traitements par Fluoroquinolones ou Bactrim.

Au moins 21 jours si autres molécules et/ou troubles urinaires sous-jacents, lithiase, immunodépression.