

# Je souhaite traiter une IU probable

Avant tout, recherche de signes de gravité :

(Sepsis grave, choc septique, geste urologique, IU masculine, pyélonéphrite,...)

OUI

Avis EMA pour traitement probabiliste +/- hospitalisation

NON

Attente ECBU avant tout traitement

## À réception de l'ECBU

Négatif selon les critères :  
Rechercher une autre cause

Positif selon les critères :  
Adaptation / Mise en place antibiothérapie selon antibiogramme

### Cystite

Adapté par ordre de préférence selon l'antibiogramme

Amoxicilline  
Pivmecillinam  
Nitrofurantoinne  
Fosfomicine-Trométamol  
Triméthoprim (TMP)

Si résistance, présence de Pseudomonas Aeruginosa

### Pyélonéphrite IU masculine

Amoxicilline  
Ciprofloxacine  
Cotrimoxazole (TMP-SMX)  
Ciprofloxacine  
Cotrimoxazole, Cefotaxime

Avis EMA

### Durée de traitement :

Cystite aiguë sur sonde urinaire : 3 jours / Cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins : 7 jours / Cystite traitée par Fosfomicine : J1-J3-J5 / Pyélonéphrite aiguë simple : 7 jours / Pyélonéphrite aiguë à risque de complication et/ou associée aux soins : 10 jours / IU masculine : 14 jours

### Mesures générales :

Changement ou ablation de SAD après 24h d'ATB efficace, Hydratation suffisante, Changement fréquent protection, Prise en charge fécalome/diarrhée



## POSOLOGIE POUR FONCTION RÉNALE NORMALE ET POIDS STANDARD

Molécule	Posologie	Voie d'administration	Si per os difficile
AMOXICILLINE*	1g 3X / jour	IV ou PO	Orodispersible
CEFOTAXIME*	1g 3X / jour	IV	/
CEFTRIAXONE*	1g / jour	IM, IVD, sous cutané	/
COTRIMOXAZOLE*	800/160 : 1 cp, 2/jour	PO	Suspension buvable
FOSFOMICINE TROMETAMOL	1 sachet à J1-J3-J5	PO	Sachet dose
NITROFURANTOÏNE**	1000 mg 3X / jour	PO	Solution buvable
PIVMCILLINAM*	400 mg 2X / jour	PO	Ecrasable
TRIMETOPRIME (TMP)*	150 mg 1/jour	PO	Pas de données

\*Traitement à ajuster à la fonction rénale

\*\*Contre indiqué en cas d'insuffisance rénale



## Mots clés

- Tout résident en EHPAD est un patient fragile
- Hydratation (1,5 l/jour) +++
- Symptomatologie souvent atypique : FRÉQUENCE ++
- Colonisation bactérienne asymptomatique ++ (20 à 30% des ECBU en EHPAD)
- PAS de FLUOROQUINOLONE probabiliste
- Réévaluer à 48-72 heures (avec ou sans traitement)
- Pas d'ECBU de contrôle si colonisation ou évolution clinique favorable



**CRAtb**  
Centre régional en antibiothérapie Bourgogne-Franche-Comté

## AIDE À LA DÉCISION de l'antibiothérapie devant une infection urinaire (IU) en EHPAD



Centre Régional d'antibiothérapie BFC  
Services de Gériatrie des CHU de Dijon et Besançon

Document réalisé suite aux données de la mission PRIMO sur l'évolution des résistances aux antibiotiques des germes urinaires en EHPAD

# Quand suspecter une IU ?

Y penser devant toute modification ou apparition récente de symptôme(s), en l'absence de tout point d'appel pour une autre pathologie :

## • SIGNES ASPÉCIFIQUES D'ORIENTATION :

Anorexie, nausées, vomissements, altération de la vigilance, trouble récent du comportement, altération récente de l'autonomie.

## • TERRAINS PARTICULIERS :

Sexe masculin, dispositifs urinaires, toute anomalie de l'arbre urinaire, vessie neurologique, incontinence préexistante, clairance de la créatinine < 30 ml/min, immunodépression.

## • SIGNES CLASSIQUES :

Dysurie récente, poliakurie récente, incontinence récente, brûlures mictionnelles, hématurie, douleur sus pubienne, douleurs lombaires, fièvre.

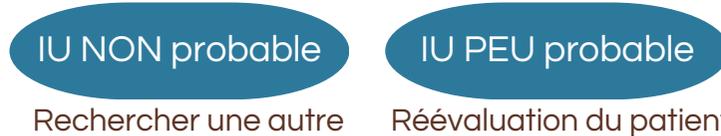
## • SIGNES DE GRAVITÉ :

Sepsis sévère (Quick SOFA >2), choc septique, geste urologique (hors sondage simple)

**ATTENTION :** CES SIGNES NE SONT PAS OBLIGATOIREMENT SYNONYMES D'IU :

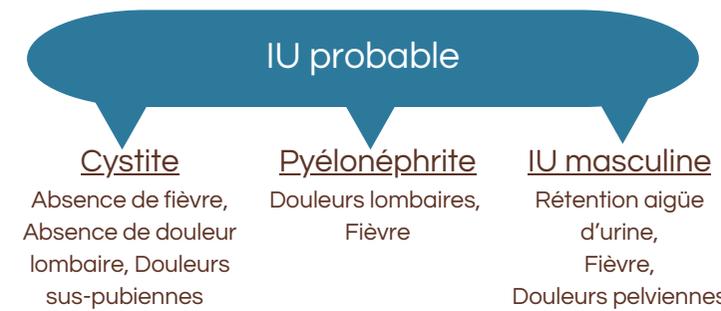
- Odeur
- Couleur
- Aspect
- Gêne locale

# Est-ce une infection urinaire ?



**IU NON probable**  
Rechercher une autre pathologie  
(colopathie, fécalome, problème uro-gynécologique, neurologique, iatrogénie...)

**IU PEU probable**  
Réévaluation du patient



**Cystite**  
Absence de fièvre, Absence de douleur lombaire, Douleurs sus-pubiennes

**Pyélonéphrite**  
Douleurs lombaires, Fièvre

**IU masculine**  
Rétention aigüe d'urine, Fièvre, Douleurs pelviennes

## Un examen : l'ECBU

Systématique si probable infection urinaire  
**SUR PRESCRIPTION MÉDICALE**



**Patient continent**  
Recueil du 2ème jet si possible

**Patient incontinent**  
Homme : collecteur pénien posé à cet effet  
Femme : collecteur vulvaire posé à cet effet, sondage aller-retour après avis médical

**Patient sondé**  
Ponction après désinfection sur le site spécifique du dispositif  
Jamais dans le sac

**Conservation**  
48h si borate et 4h frigo sur tube standard

# ECBU positif si :

- Seuil de leucocyturie supérieur à 10<sup>4</sup>/ml, non interprétable si SAD
- Présence de bactériurie selon seuil de significativité

	Seuil de significativité bactériurie			
	En l'absence de SAD ou en cas d'auto / hétérosondage		En présence de SAD	
	Homme	Femme	Homme	Femme
- E.coli, - S. saprophyticus	>10 <sup>3</sup> UFC /ml		>10 <sup>5</sup> UFC /ml	
- Entérobacterales autre que E. coli - entérocoques, - C urealyticum, - P. aeruginosa, - S. aureus	>10 <sup>3</sup> UFC /ml	>10 <sup>4</sup> UFC /ml	>10 <sup>5</sup> UFC /ml	

## Cas particuliers

Doute clinique mais ECBU négatif sous antibiotiques

➔ Avis infectiologue

ECBU retrouvant une flore cutanée (staphylocoques coagulases négatifs, corynebactéries...)

➔ Contrôle ECBU

ECBU polymicrobien

➔ Contrôle ECBU

**ATTENTION :** COLONISATIONS URINAIRES TRÈS FRÉQUENTES :

- 25 à 70% des femmes en EHPAD
- 100% sur SAD à 1 mois