

Quelles durées de traitements antibiotiques pour les infections courantes ? Cas clinique IU n°1

Pr Tiouiri Benaïssa H
Service des maladies infectieuses CHU La Rabta

La résistance aux antibiotiques
1^{er} Workshop franco-tunisien
Tunis 11-12 novembre 2016

- Mme Lilia , 38 ans
- Diabétique sous insulinothérapie
- Lithiase calicielle sup droite
- 2 épisodes de cystite traités par ofloxacine et TMP-SXT
- Bilan pré-opératoire : remplacement valvulaire
- ECBU:L= 30.000/ml B= 10^5 /ml *E.Coli*

Il s'agit d'une **colonisation urinaire**

→ **Abstention thérapeutique** en dehors

- d'un contexte de procédure urologique invasive programmée ou de
- grossesse

La patiente consulte 3mois après...

- Douleurs lombaires droites
- Vomissements
- T=38° PA= 13/8 Pouls= 90 p/mn
- Douleur à l'ébranlement lombaire Dt
- Hémogramme: 11.600GB Gly=2g Créat: 8mg/l

Il s'agit d'une **PNA à risque de complication (lithiase)**
vous hospitalisez la patiente
Traitement probabiliste à **privilegier** ?

- A. Ofloxacine IV
- B. Cotrimoxazole
- C. Amoxi-ac clavulanique
- D. Amikacine
- E. Cefotaxime
- F. Ceftriaxone
- G. Cefotaxime + gentamicine
- H. Ceftriaxone

Il s'agit d'une **PNA à risque de complication (lithiase)**
vous hospitalisez la patiente
Traitement probabiliste à **privilégier** ?

- A. Ofloxacine IV (ttt FQ ATCD)
- B. Cotrimoxazole
- C. Amoxi-ac clavulanique
- D. Amikacine
- E. Cefotaxime**
- F. Cefotaxime + gentamicine
- G. Ceftriaxone**

PNA simple ou à risque de complications sans signe de gravité

Traitement probabiliste

β-lactamines – céphalosporines	Céfotaxime	Voie injectable (IM ou IV) : 1 g x 3/jour, voire 2 g x 3/jour
	Ceftriaxone	Voie injectable (IM ou IV ou SC) : 1 g x1/jour, voire 2 g x1/jour
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 mg PO x 2/jour, si IV : 400 mg x 2 /jour
	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
Monobactams	Aztréonam	Voie injectable (IV ou IM) : 2 g x 3/jour
Aminosides (monothérapie)	Amikacine	Voie injectable (IV ou IM) : 15 mg/kg X1/jour
	Gentamicine	Voie injectable (IV ou IM) : 3 mg/kg x 1/jour
	Tobramycine	Voie injectable (IV ou IM) : 3 mg/kg x 1/jour

Durée du traitement AB ?

- A. D=3 jours
- B. D= 7 jours
- C. D=10 jours
- D. D=14 jours
- E. D=21 jours

Durée du traitement AB -PNA simple ou à risque de complication

- La durée = **10 à 14 j dans la plupart des cas (II-B)**.
(sauf abcès rénal)
- Fluoroquinolones ou Bactamone parentérale : 7j
- Trt fluoroquinolone d'emblée ou en relais (I-A), ou de Trt poursuivi par bêta-lactamine injectable (IV-C), durée = 7 j.
- **Aminoside en monothérapie, durée = 5 - 7 j**

- **7 j de ciprofloxacine +efficace que 14 jours de TMP-SMX.** guerison : 99 % contre 85% (p = 0,004). *Talan & col JAMA 2000*
- Étude prospective, randomisée, en double-aveugle: **ciprofloxacine 500 mg 2 fois/j : 7 vs14 j PNA femme :non-inferiorite du tt de 7 j en terme de guérison clinique à court et long terme** *Doernberg SB & al American Journal of Infection Control; 2012*
- **Equivalence de levofloxacine 5j vs ciprofloxacine 10 j** dans le traitement de la PNA *Klausner HA & al Curr Med Res Opin. 2007 Nov*

- **Ttt de 7 j**, PNA initialement traitées par **Blactamine parenterale avec relais par FQ**, → paramètres PK/PD très favorables tout au long du ttt [*Accord professionnel*].
- **Aminosides en monothérapie** : exception à la règle des 10-14 j, durée pouvant être limitée à **7 jours** car:
 - ✓ phénomène d'accumulation de la molécule dans le cortex rénal, avec relarguage secondaire produisant des concentrations actives, et
 - ✓ risque de toxicité ↗ avec la durée du ttt

Durée du traitement AB ?

- A. D=3 jours
- B. D= 7 jours?
- C. D=10 jours?
- D. D=14 jours?
- E. D=21 jours

A 72 h la malade reste fébrile

Vous faites des hémocultures, échographie rénale

Vous pensez à une **enterobactérie sécrétrice de
bêta-lactamase**

Situations cliniques justifiant ou non la prise en compte du **risque d'infection à E. coli producteurs de BLSE**

FDR BLSE	Situations cliniques			
	IU sans signe de gravité (simple ou à FDR de complication)	IU grave		
		Geste urologique	Sepsis grave	Choc septique
- ATCD colonisation / IU à EBLSE < 6 mois	non	oui	oui	oui
- <u>Amox-clav ou C2G ou C3G ou FQ < 6 mois</u>	non	non	non	oui
- voyage récent en zone d'endémie	non	non	non	oui
- <u>Hospitalisation < 3 mois</u>	non	non	non	oui
- Vie en long séjour	non	non	non	oui

Trt d'une PNA simple ou à risque de complication à EBLSE documentée



1^{er} choix

Fluoroquinolones-S Fluoroquinolone (ciprofloxacine, lévofloxacine, ofloxacine)

Fluoroquinolones-R et TMP-SMX TMP-SMX

Fluoroquinolones-R et TMP-SMX-R Amoxicilline+acide clavulanique Si CMI \leq 8 mg/l

Pipéracilline+tazobactam Si CMI \leq 8 mg/l

Céfotaxime Si CMI \leq 1 mg/l

Ceftriaxone Si CMI \leq 1 mg/l

Ceftazidime Si CMI \leq 1 mg/l

Céfépime Si CMI \leq 1 mg/l

2^{ème} choix

Témocilline Si souche sensible

Céfoxitine* Si souche sensible, et IU à *E. coli*

Aminoside (amikacine, gentamicine, tobramycine)

3^{ème} choix (en l'absence d'alternative)

Carbapénème

Traitement d'attaque Imipénème, méropénème

Traitement de relais Ertapénème^a

* risque de résistance en cas de fort inoculum et espèces autres que *E. coli*.

PNA simple ou à risque de complication à *EBLSE*

DUREE= 10-14j

Il n'est pas nécessaire de prolonger le ttt

- **Épargner les carbapénèmes**
- **L'ertapénème n'est pas recommandé en ttt d'attaque**
 - ✓ pharmacocinétique sous-optimale : une inj°/j ,demi-vie = 4 h !
 - ✓ possible risque de sélection de R pour les infections les plus difficiles à traiter (fort inoculum, espèces autres que *E. coli*).

Antibiothérapie probabiliste des **PNA graves**

- C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone)
+ amikacine (*IV-C*) phase initiale

Durée = 10 a 14 j

> 21 jours à discuter dans certaines situations (ex: abcès renal) (*IV-C*).

- *Si EBLSE*: Carbapeneme (imipeneme ou mero)+amikacine
Durée à ne pas prolonger (IV-C)