

# **INFECTIONS URINAIRES RECIDIVANTES CHEZ LA FEMME**

**Lydie Porte  
SMIT**

# FACTEUR DE RISQUE GENETIQUE?

- Scoles D. *J Urol*, 2010, Aug:
  - 1261 femmes, 18 à 49 ans
  - Prévalence r UTI plus élevée quand antécédent familiaux de rUTI (p<0,001)
  - Suggérant une composante génétique dans la susceptibilité à ces infections

# BEAUCOUP DE QUESTIONS SANS REPONSES

- **Intérêt des oestrogènes locaux (vagin) chez la femme ménopausée**
- **Rôle des fistules entéro-vésicales**
  - ✓ **Diverticules, carcinome colorectal...**
  - ✓ **Dgn difficile: colo-TDM, IRM, Coloscopie**
  - ✓ **TTT souvent chirurgical**
  - ✓ **Quand la chercher? Flore variée ++**

...

# INTERET CANNEBERGE ( CRANBERRY)

- Tempera G, *Int J Immunopathol Pharmacol*, 2010, Apr-Jun: placebo vs cranberry, tests d'adhésivité sur 2 souches *E. coli*:
  - **baisse significative dans le groupe cranberry**
- Efros M, *Urology*, 2010 apr: 28 femmes, essais différents dosages:
  - Nouveau dosage 75 ml/j: bien toléré chez patientes pré et post-ménopause
  - Baisse incidence des rUTI
- Rossi R, *J Clin Gastroenterol*, 2010 Sep: Méta-analyse, 244 patientes:
  - effet plus important sur IU récidivante femme jeune que chez patient(e)s âgés

## **Cranberry or trimethoprim for prevention chez la femme « agée »?**

Marion E. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2009.

- Femmes > 45ans
- $\geq 2$  IU dans les 12 mois
- 100 mg TMP (sans SFM) vs 500 mg cranberry
- 69 vs 68
- TMP: petit avantage en terme de récurrence IU. P: 0,084

## **Cranberry and urinary tract infections**

Guay DR. *Drugs*. 2009.

- Article de synthèse
- Etudes hétérogènes
- Pas de consensus pour dosage



Canneberge non recommandée en prophylaxie des UTI

**So what???**

# LES FLUOROQUINOLONES

Proportion of Fluoroquinolones resistant *E. coli* isolates in participating countries in  
(c) EARSS

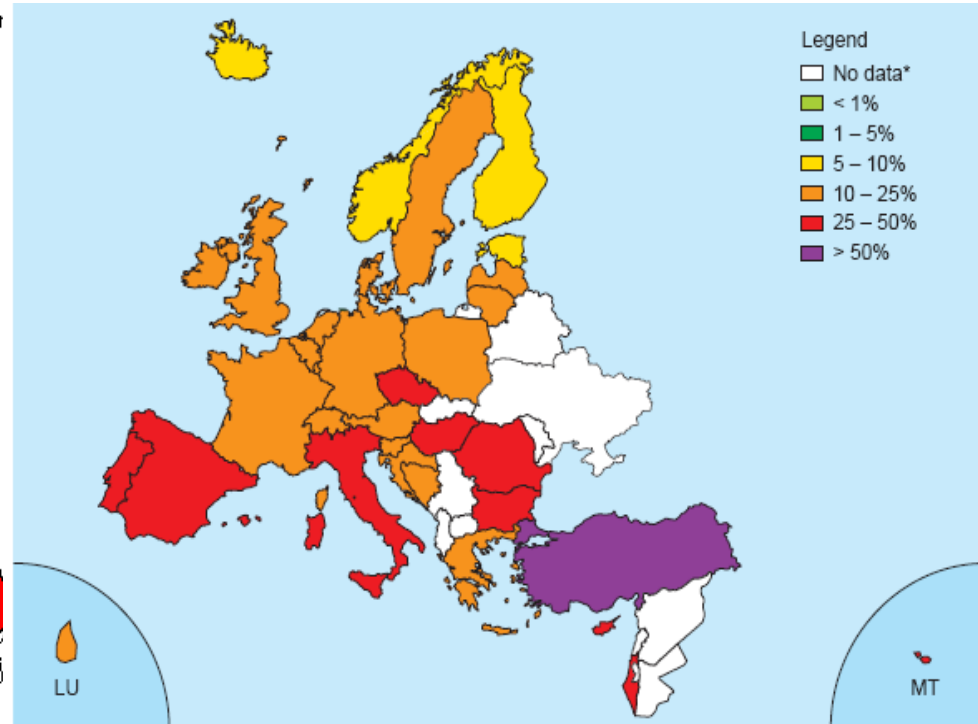
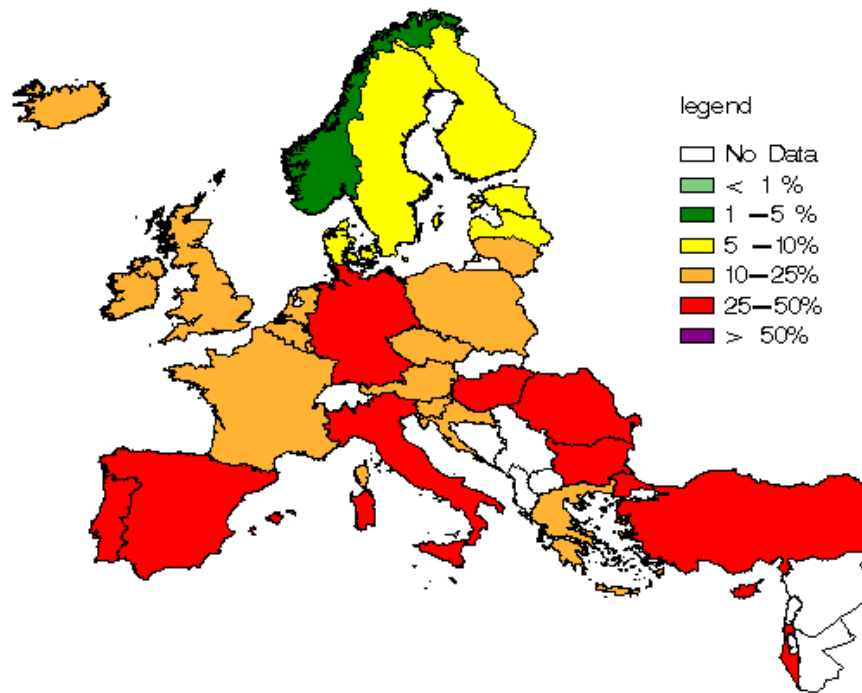


Figure 5.15. *Escherichia coli*: proportion of invasive isolates with resistance to fluoroquinolones in 2008.

\* These countries did not report any data or reported less than 10 isolates.

**Recommandations de bonne pratique**

**DIAGNOSTIC ET ANTIBIOTHERAPIE DES INFECTIONS  
URINAIRES BACTERIENNES COMMUNAUTAIRES  
CHEZ L'ADULTE :**

- cystite aiguë simple
- cystite compliquée
- cystite récidivante
- pyélonéphrite aiguë simple
- pyélonéphrite aiguë compliquée
- prostatite aiguë
- infections urinaires de la femme enceinte

**RECOMMANDATIONS**

# **RECOMMANDATIONS 2008**

## **Principaux messages**

- **Definition:  $\geq 4$  épisodes/an**
- **Examen recommandé: au moins un ECBU, bilan étiologique**
- **TTT curatif:**
  - ✓ **Idem cystite simple, « en veillant à ne pas utiliser tjs la même molécule »**
  - ✓ **Possibilité auto-déclenchement, après éducation, selon résultat BU**
- **TTT prophylactique: à évaluer au cas par cas**

# CYSTITE AIGUE SIMPLE

## Recos 2008

- ECBU non recommandé
- Traitement probabiliste
  - ✓ Première intention: Fosfomycine trométamol, dose unique\*
  - ✓ Seconde intention\*\*:
    - Nitrofurantoïne, 5 jours
    - FQ urinaire (OFX, CPX, NFX), dose unique ou 3 jours

\* « Afin de préserver la classe des FQ »

\*\* « le choix peut être guidé par les antécédents d'exposition aux ATB.

Risque aggravé de R aux FQ en cas d'utilisation au cours des 6 derniers mois »

**« En raison du niveau de résistance bactérienne,  
les antibiotiques suivants ne sont plus recommandés comme  
traitement  
probabiliste des cystites aiguës simples: Amoxicilline, Amox/Clav,  
C1G, C2G, Bactrim\* »**

**Surveillance: BU, ECBU post-traitement non recommandés  
Réévaluation si évolution défavorable**

**Les FQ sont à éviter si l' ATB Gramme révèle une résistance  
aux  
Quinolones de 1<sup>ère</sup> génération (Acide nalidixique...)  
(risque de sélection d' un mutant  
De haut niveau de résistance)**

# TTT PROPHYLACTIQUE NON ATB

## Recos 2008

- **La canneberge:**
  - ✓ « Il existe des arguments en faveur...pour certaines formulations »
  - ✓ « Cependant, preuve insuffisante pour recommander son utilisation, ce d'autant que la composition des préparations disponibles est très variable »
- **La méthénamine:** non recommandée, aucune preuve de son efficacité
- **Instillations de nitrate d'argent:** efficacité jamais démontrée, ne doit plus être utilisé

# **AUTRES MESURES NON ATB**

## **Recos 2008**

- **Apports hydriques suffisants ( $\geq 1,5$  l/j)**
- **Mictions non retenues**
- **Régularisation du transit**
- **Si caractère post-coïtal:**
  - ✓ **Miction post-coïtale**
  - ✓ **Arrêt de l' utilisation des spermicides**

# **TTT ATB PROPHYLACTIQUE**

## **Recos 2008**

- **ATBprophylaxie discutée au cas par cas, réévaluée périodiquement**
- **IU post-coïtales: discuter prise unique avant et jusqu' à 2 heures après les rapports**
- **IU très fréquentes et/ou invalidantes:**
  - ✓ **Discuter ATBprophylaxie  $\geq$  6 mois**
  - ✓ **Risque élevé à l' arrêt**

# QUEL ATB?

## Recos 2008

Aucune molécule n'a l'AMM dans cette indication spécifique

**Ont fait la preuve de leur efficacité, en terme de diminution de fréquence des IU, aussi bien pour une prophylaxie post-coïtale que prolongée:**

- Nitrofurantoïne (Furadantine\*): 50 mg/j, le soir
- SFM/TMP, Bactrim\*
  - ❖ Bactrim \*fort: 1/2 cp/j
  - ❖ Bactrim\* adulte: 1cp/j

**El rares mais potentiellement graves  
Risque de sélection de résistances**

**Compte tenu des résistance et en dépit de leur efficacité, les quinolones et les  $\beta$ -lactamines ne doivent pas être utilisées en ttt prophylactique**

# RECOMMANDATIONS SOCIETE SAVANTES

## UROLOGIE - 2007

A Hoznek, Henri Mondor

- **Canneberge:**
  - ✓ > 36 grammes/j, en 2 prises, 3 mois à un an
  - ✓ Efficacité statistiquement prouvée
- **THS chez femmes ménopausées peut se discuter**
- **ATBprophylaxie** (Comité d'Infectiologie de l'Association Française d'Urologie, mise à jour 2007):
  - ✓ Cotrimoxazole: 400mg 3 fois/semaines
  - ✓ Furadantine\*: idem
  - ✓ Fosfomycine-Trometanol (Monuril\*): 3 grammes/10 jours
  - ✓ Norfloxacin 200mg/j

**A SUIVRE ....**