



# GUIDE DE PRATIQUE pour les infections urinaires et respiratoires

MISE À JOUR 2017

En 2013 et 2015, la Table régionale de prévention des infections nosocomiales en collaboration avec la Direction de santé publique des Laurentides produisait un *Guide de pratique pour les infections urinaires et respiratoires*. Ce guide avait pour but d'orienter les cliniciens quant au choix du traitement chez les patients âgés de 18 ans et plus, excluant les patients immunosupprimés sévères ou neutropéniques. Cette année sous l'égide du **Comité d'antibiovigilance** du CISSS des Laurentides, en collaboration avec la Direction de santé publique, les données de résistance de l'*Escherichia coli* retrouvées au niveau des spécimens urinaires et du *Streptococcus pneumoniae* retrouvé au niveau des spécimens respiratoires et des hémocultures des laboratoires de la région ont de nouveau été compilées. À la lumière de ces informations, certaines recommandations de traitement ont été modifiées pour les infections urinaires et respiratoires.

## Taux de résistance

### Escherichia coli

Les données de 2015 par rapport à celles de 2014 illustrent la stabilité de la résistance à l'ampicilline, à la gentamicine (non illustrée). La résistance au nitrofurantoïne, après une légère augmentation en 2014, est revenue aux taux de 2008.

Toutefois, le tableau suivant met en évidence une **diminution significative de la résistance à la ciprofloxacine**, et ce, **dans toute la région**, peut-être le reflet d'une diminution de la pression de sélection. Les prélèvements en provenance du territoire de Thérèse-De Blainville révèlent un taux de résistance de 19,7 % à la ciprofloxacine.

TAUX DE RÉSISTANCE DE L'E. COLI 2008, 2012, 2014 ET 2015					
Antibiotique	2008	2012 <sup>a</sup>	2014 <sup>b</sup>	2015 <sup>c</sup>	Différence 2015/2014
Ampicilline	27,2 %	34,7 %	36,7 %	36,7 %	Non-significatif
Ciprofloxacine	13,5 %	14,4 %	16,4 %	15,1 %	Significatif : p < 0,05
TMP-SMX	15,4 %	18,7 %	19,8 %	18,9 %	Non-significatif
Nitrofurantoïne	1,1 %	2 %	2,6 %	1,1 %	Significatif : p < 0,05

<sup>a</sup> Analyse d'environ 7500 cultures d'urine positives

<sup>b</sup> Analyse de 8556 cultures d'urine positives

<sup>c</sup> Analyse de 7475 cultures d'urine positives

### Streptococcus pneumoniae

On note peu d'évolution de la résistance aux antibiotiques des souches de *Streptococcus pneumoniae* identifiées en 2015 par rapport aux années précédentes. L'analyse statistique ne démontre aucune différence significative malgré que la résistance aux macrolides atteigne 35%

TAUX DE RÉSISTANCE DU STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE 2012, 2014 ET 2015			
Antibiotique	2012 <sup>a</sup>	2014 <sup>b</sup>	2015 <sup>c</sup>
Pénicilline	4,7 %	2 %	1,1 %
Érythromycine	26,6 %	29 %	35 %
Quinolone respiratoire	1,4 %	2,7 %	1 %

<sup>a</sup> Analyse de 218 souches

<sup>b</sup> Analyse de 225 souches

<sup>c</sup> Analyse de 266 souches

## Recommandations

À la suite des conclusions tirées de ces données de résistance, **les recommandations** en regard des analyses et examens présentés dans le *Guide de pratique pour les infections urinaires et respiratoires* de 2013 **demeurent inchangées**. Les recommandations de traitement des infections urinaires et de la pneumonie acquise en communauté sont modifiées.

### Infections urinaires

Seules les infections urinaires basses non compliquées chez la femme sont considérées dans ce guide et non les cas particuliers tels que les infections chez les porteurs de sondes ou les femmes enceintes. Ce guide propose des traitements empiriques oraux lorsque l'agent pathogène est suspecté. Dès que l'antibiogramme est connu, on doit, si nécessaire, modifier le choix de l'antibiotique pour celui ayant le spectre d'action le plus étroit.

INFECTIONS URINAIRES BASSES NON COMPLIQUÉES CHEZ LA FEMME		
Labo	Culture d'urine si :	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Récidive</li> <li>• Échec au traitement</li> <li>• Infection urinaire récente (&lt; 3 mois)</li> </ul>
TRAITEMENT	ANTIBIOTIQUE	COMMENTAIRES
1 <sup>er</sup> choix	Nitrofurantoïne X 5 jours	Contre-indication : • Clairance de la créatinine < 30 cc/min
2 <sup>e</sup> choix	TMP-SMX X 3 jours	Contre-indications : • Utilisé dans les 3 derniers mois
3 <sup>e</sup> choix	Fosfomycine 3g	Dose unique

### Infections respiratoires

Deux entités cliniques sont considérées dans ce guide, soit la surinfection bronchique (sans pathologie pulmonaire sous-jacente, chez un patient atteint d'une MPOC sans facteur de risque et avec facteur de risque) et la pneumonie acquise dans la communauté. À cet effet, vous trouverez au verso les recommandations pour chacune de ces entités, les recommandations concernant la pneumonie sont modifiées.



	AGENT PATHOGÈNE	LABO	RADIO	CULTURE	TRAITEMENT
<b>SURINFECTION BRONCHIQUE</b>					
<b>Aucune pathologie pulmonaire sous-jacente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principalement viral</li> </ul>			Non indiquée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antibio non indiqué</b></li> <li>• Si les symptômes persistent plus de 14 jours, étiologie probable : <i>Mycoplasma pneumoniae</i> ou <i>Chlamydia pneumoniae</i>. Considérer macrolide ou doxycycline</li> </ul>
<b>MPOC sans facteur de risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Haemophilus influenzae</i></li> <li>• <i>Streptococcus pneumoniae</i></li> <li>• <i>Moraxella catarrhalis</i></li> </ul>			Non indiquée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>er</sup> choix : <b>Amoxicilline 1g TID</b></li> <li>• 2<sup>e</sup> choix : <b>TMP-SMX 1 co Ds bid</b></li> </ul> Si allergie à la pénicilline ou aux sulfas : doxycycline Quinolone respiratoire ** non indiquée car: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trop large spectre pour les pathogènes impliqués</li> <li>• Possibilité d'augmenter à long terme le taux de résistance</li> <li>• Risque de colite associée au <i>Clostridium difficile</i> plus élevé</li> </ul> <b>Durée : 7 jours</b>
<b>MPOC avec facteur de risque :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 4 exacerbations/an</li> <li>• VEMS &lt; 50 %</li> <li>• Atteinte cardiaque ischémique</li> <li>• Stéroïdes d'entretien</li> <li>• O<sub>2</sub> dépendant</li> <li>• Utilisation d'antibio dans les 3 derniers mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité en plus de bacilles Gram – tel <i>Klebsiella pneumoniae</i></li> </ul>		Patients référés à l'urgence ou admis	Dans tous les cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>er</sup> choix : <b>Clavulin 872-125 mg bid</b></li> <li>• 2<sup>e</sup> choix : <b>Cefixime 200mg bid</b></li> </ul> Si : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergie vraie aux β-lactam *** : quinolone respiratoire **</li> <li>• <i>Pseudomonas aeruginosa</i> documenté au cours des 3 derniers mois dans les sécrétions respiratoires : Ciprofloxacine</li> </ul> <b>Durée : 7 jours</b>
<b>PNEUMONIE ACQUISE DANS LA COMMUNAUTÉ</b>					
		Patients référés à l'urgence : FSC, électrolytes, bilan hépatique et rénal, saturation en O <sub>2</sub> plus chez les patients admis : hémoculture, et recherche de <i>Legionella pneumophila</i> et <i>Streptococcus pneumoniae</i> dans l'urine si disponible	Dans tous les cas	Chez tous les patients admis avant de débiter l'antibio	Patient ambulatoire Sans antécédent particulier Doxycycline 100mg po bid pour 7 jours Avec comorbidité pulmonaire, cardiaque, rénale, diabète, Néo, asplénie, immuno-sup ou ATB dans 3 derniers mois Doxycycline avec β-lactam pour 7 jours <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si allergie vraie aux β-lactam *** : quinolone respiratoire **</li> </ul> Durée de traitement pour <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ou SARO : 14 jours. S'assurer que le patient est afébrile depuis 48 à 72 heures et stable hémodynamiquement avant d'arrêter le Rx

\* Macrolide : érythromycine, azithromycine, clarithromycine.

\*\* Quinolone respiratoire : moxifloxacine, lévofloxacine

\*\*\* β-lactam : Amoxil, Cefuroxime, Cefprozil Clavulin,

Ce document ainsi que le *Guide* de 2013 sont consultables au :

<http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/reseau%20et%20partenaires>

**Avis Santé Canada : risque d'effets persistants et invalidants liés aux quinolones respiratoires (tendinite, tendinopathie, neuropathie et troubles SNC)  
Macrolides mise en garde : risque de décès dû à ↑ du QT et arythmies**