

# MISE À JOUR - GUIDE DE PRATIQUE pour les infections urinaires et respiratoires

Direction de santé publique des Laurentides, 2015

En 2013, 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 encore, les docteurs Linda Lalancette et Julie Tremblay, microbiologistes-infectiologues, ont colligé, à partir des laboratoires de la région, les données de résistance de *Escherichia coli* retrouvé au niveau des spécimens urinaires et du *Streptococcus pneumoniae* retrouvé au niveau des spécimens respiratoires et des hémocultures. Voici les conclusions de cette collecte de données.

## Taux de résistance

### *Escherichia coli*

Les données de 2014 par rapport à celles de 2012 illustrent une certaine stabilité de la résistance à l'ampicilline et au Septra. La résistance au nitrofurantoïne, bien qu'elle augmente légèrement de façon significative, demeure extrêmement faible.

Toutefois, ce tableau met en évidence une **augmentation significative de la résistance à la ciprofloxacine**, et ce, **dans toute la région**. Les prélèvements en provenance du territoire de Thérèse-De Blainville présentent encore une fois le taux le plus élevé de résistance soit 24 %, taux similaire retrouvé en 2012 à 23 %.

Taux de résistance de l'*E. Coli*, 2008, 2012 et 2014

Antibiotique	2008	2012*	2014**	p
Ampicilline	27,2 %	34,7 %	36,7 %	Non-significatif
Ciprofloxacine	13,5 %	14,4 %	16,4 %	Significatif : p < 0,05
Septra	15,4 %	18,7 %	19,8 %	Non-significatif
Nitrofurantoïne	1,2 %	2 %	2,6 %	Significatif : p < 0,01

\* Analyse d'environ 7500 cultures d'urine positives

\*\* Analyse de 8556 cultures d'urine positives

### *Streptococcus pneumoniae*

On note peu d'évolution de la résistance aux antibiotiques des souches de *Streptococcus pneumoniae* identifiées en 2014 par rapport à celles de 2012. L'analyse statistique ne démontre aucune différence significative.

Taux de résistance du *Streptococcus pneumoniae*, 2012 et 2014

Antibiotique	2012***	2014****
Pénicilline	4,7 %	2 %
Érythromycine	26,6 %	29 %
Quinolone respiratoire	1,4 %	2,7 %

\*\*\* Analyse de 218 souches

\*\*\*\*Analyse de 225 souches

## Recommandations

À la suite des conclusions tirées de ces données de résistance, les **recommandations** en regard des analyses, examens et traitements présentées dans le *Guide de pratique pour les infections urinaires et respiratoires* de 2013 **demeurent inchangés**. Voici un rappel de ces recommandations.

### 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 < 60 cc/min
• 2 <sup>e</sup> choix	Septra x 3 jours	Contre-indications : • Utilisé dans les 3 derniers mois • Taux local de résistance ≥ 20 %
• 3 <sup>e</sup> choix	Cipro x 3 jours	Attention! Taux de résistance à 24 % dans le territoire de Thérèse-De Blainville en 2014

### 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.

	AGENT PATHOGÈNE	LABO	RADIO PULMONAIRE	CULTURE D'EXPECTOS	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>Amoxyl</b></li> <li>• 2<sup>e</sup> choix : <b>Supra</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> Durée : 7 jours
<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</b></li> <li>• 2<sup>e</sup> choix : <b>Suprax</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 : Cipro</li> </ul> Durée : 7 jours
<b>PNEUMONIE ACQUISE DANS LA COMMUNAUTÉ</b>					
		Patients référés à l'urgence : FSC, électrolytes, bilan hépatique et rénal, saturation en O <sub>2</sub>  <b>plus</b>  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 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>er</sup> choix : <b>macrolide *</b></li> <li>• 2<sup>e</sup> choix : <b>doxycycline</b></li> <li>• Si à risque de <i>Streptococcus pneumoniae</i> résistant soit &gt; 65 ans, comorbidité, antibio dans les 90 jours précédents ou clinique en facteur de cette étiologie : ajout de β-lactam ***</li> <li>• Si pas de réponse après 48 heures : ajout de β-lactam ***</li> </ul> Avec comorbidité (MPOC), ou en CHSLD <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>er</sup> choix : <b>Clavulin</b></li> <li>• 2<sup>e</sup> choix : <b>Suprax</b></li> <li>• Si allergie vraie aux β-lactam *** : quinolone respiratoire **</li> <li>• Si pas de réponse après 48 heures : ajout d'un macrolide *</li> </ul> Durée : 7 jours, sauf <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. Mise en garde : risque de décès dû à ↑ du QT et arythmies

\*\* Quinolone respiratoire : moxifloxacine, lévofloxacine

\*\*\* β-lactam : Clavulin, Suprax