



RPC - 2007

Recommandations pour la pratique clinique

Traitement antibiotique des pyélonéphrites aigues

Groupe de travail :

- LABORATOIRE DE RECHERCHE « RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES »
- SOCIETE TUNISIENNE DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE
- SOCIETE TUNISIENNE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Rapporteurs : N. Ben Zineb, M. Azaiez Chibani, B. Kilani, H. Tiouiri

Quel antibiotique prescrire ?

Au cours de la pyélonéphrite aiguë (PNA) de la femme l'antibiothérapie de première intention repose sur la prescription d'un aminoglycoside, d'une fluoroquinolone ou d'une céphalosporine de troisième génération.

En cas de grossesse, une céphalosporine de troisième génération doit être prescrite par voie parentérale.

Quelles posologies ?

Céphalosporines de 3^{ème} génération :

Céfotaxime : 50 mg/kg parentérale

Ceftriaxone : 1 à 2 g parentérale

Aminoglycosides :

Gentamycine : 3 mg/kg parentérale

Amikacine : 15 mg/kg parentérale

Nétilmicine : 3 mg/kg parentérale

Fluoroquinolones :

Ofloxacin : 400 mg orale ou parentérale

Ciprofloxacine : 1 à 1,5 g orale ou parentérale

Quelles voies d'administration utiliser ?

Habituellement : voie parentérale. Toutefois, en cas de PNA primitive et non compliquée, le traitement peut être administré d'emblée par voie orale.

Quand associer les antibiotiques ?

Généralement : monothérapie. La bithérapie peut être motivée de première intention par la gravité de l'état clinique initial ou un terrain particulier.

Les antibiotiques de choix pour une bithérapie sont les fluoroquinolones et les céphalosporines de 3^{ème} génération par voie parentérale, associées à un aminoside. La durée de l'association est limitée à 5 jours.

Quelle durée du traitement ?

La positivité des hémocultures au cours des PNA simples de la femme ne constitue pas un critère de gravité et n'a pas d'influence sur la durée du traitement.

Au cours des PNA primitives et non compliquées de la femme jeune, la durée minimale du traitement est de 7 jours.

En cas de PNA compliquée, la durée minimale du traitement est de 2 semaines.

Quand modifier le traitement ?

La découverte à l'antibiogramme d'une résistance initiale du germe au traitement impose sa modification afin d'éviter les échecs thérapeutiques.

Quelles particularités chez la femme enceinte ?

L'hospitalisation est indispensable.

Une monothérapie est d'emblée conseillée, l'association n'est prescrite qu'en cas d'évolution clinique jugée insuffisante.

Les aminosides ne sont prescrits que dans les formes graves et pendant la durée la plus courte possible. Les fluoroquinolones sont contre-indiquées.

L'échographie rénale et le dépistage du diabète doivent être systématiques.

Quelle surveillance ?

Au cours de la grossesse, en raison des risques de rechute, il est recommandé de pratiquer mensuellement un ECBU jusqu'à l'accouchement.

En dehors de la grossesse, un ECBU doit être réalisé entre la 4^{ème} et 6^{ème} semaine après la fin de l'antibiothérapie.

Quelle prévention ?

Les bactériuries asymptomatiques doivent être dépistées au cours de la grossesse. Le risque de bactériurie asymptomatique est maximal entre 9 et 17 SA, période idéale pour le dépistage. Les femmes enceintes qui ont un diamètre caliciel > 10 mm à l'échographie constituent un groupe à risque.

Tunis, novembre 2007