

Webinaire CRA**tb** NoA

Infections Urinaires: quoi de neuf ?

Le vendredi 18 septembre 2026

Pr Charles Cazanave, Infectiologue

Pr Maxime Vallée, Urologue

Dr David Robert, Biologiste

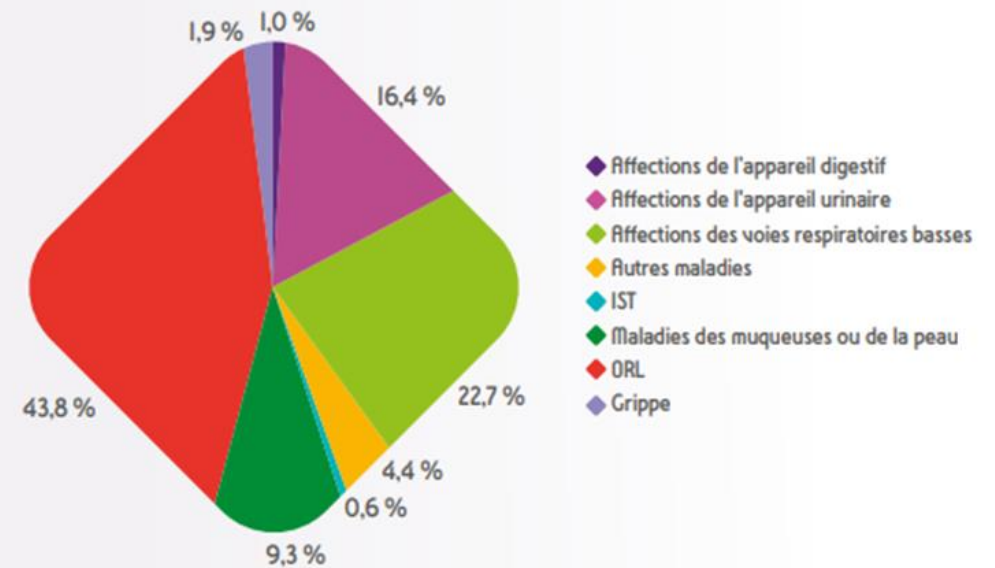
Objectifs / Contexte

- OMS: Résistance aux antimicrobiens = 1 des 10 enjeux principaux des années à venir
- La France est le deuxième pays en Europe le plus prescripteur d'antibiotique
- L'impact, via l'antibiorésistance, est majeur en terme de santé publique

Objectifs / Contexte

- BUA uro
 - Sphère pourvoyeuse de prescription
 - Antibiotiques critiques
- BUD uro
 - Attention à l'usage des ECBU

Figure 5. Motifs en pourcentage de prescription des antibiotiques en ville



La consommation d'antibiotiques en France de 2000 à 2020 (juillet 2023)

<https://ansm.sante.fr/uploads/2023/07/26/20230726-rapport-antibiotiques-periode-2000-2020.pdf>

Plan

I- Infectiologie : les IUMACA (Pr Cazanave)

Rappels : colonisation, BU,...

Différentes entités cliniques

II- Urologie (Pr Vallée)

Bilan post infection

ECBU préop.

Comment traiter les colonisations en péri-op. si besoin

III- Biologie (Dr Robert)

Succincte épidémiologie des IUM

Les urines stériles : une idée reçue

L'antibiogramme 2.0 (SFP, ciblage, conseil)

Webinaire CRAtb NoA



Charles Cazanave

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales – CHU Bordeaux
Centre National de Référence des IST bactériennes – CHU Bordeaux

Equipe ARMYNE, UMR CNRS 5234 MFP – Univ. Bordeaux

Responsable médical du CRAtb Nouvelle-Aquitaine

Président du Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales



+



un sandwich / salade

+



un sujet d'actualité
sur le bon usage
des antibiotiques

=



Les bons usages
au rendez-vous !

ÉCHANGER • PARTAGER • AGIR ENSEMBLE

POUR UN BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES
EN NOUVELLE-AQUITAINE

Webinaire CRAtb NoA

Infections Urinaires Masculines : quoi de neuf ?



Charles Cazanave

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales – CHU Bordeaux
Centre National de Référence des IST bactériennes – CHU Bordeaux

Equipe ARMYNE, UMR CNRS 5234 MFP – Univ. Bordeaux

Responsable médical du CRAtb Nouvelle-Aquitaine

Président du Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales

Infections Urinaires Masculines Aiguës Communautaires de l'Adulte (IUMACA)

Mise à jour des recommandations

Jeu de diapositives réalisé par le comité des référentiels de la SPILF

Groupe de travail

F. Bruyère, W. Boutfol, Y. Caspar, V. Cattoir, A. Dinh, M. Etienne, E. Forestier, A. Hamon, V. Jullien, M. Lafaurie, A. Lefort, P. Lesprit, F. Lemaitre, H. Milacic, V. Orcel, A. Putot, C. Roubaud, B. Soudais, M. Vallée

Cas clinique

Homme de 50 ans, sans ATCD, brûlures urétrales per-mictionnelles, pollakiurie, urgenturie, pas de fièvre

1. Ça n'existe pas
2. Prostatite sans fièvre
3. Cystite
4. Urétrite

Chez l'homme, toutes les IU ne sont plus des prostatites !

Le symptôme discriminant change le diagnostic... et la stratégie

CYSTITE

Signes urinaires bas aigus

SANS fièvre

- Brûlures mictionnelles
- Pollakiurie / urgenturie
- Pas de manifestation systémique

PROSTATITE

Signes de cystite

AVEC fièvre / signes systémiques

- ± douleur pelvienne
- TR seulement si doute
- Penser atteinte prostatique

PYÉLONÉPHRITE

Douleur lombaire

AVEC fièvre / signes systémiques

- ± signes de cystite
- Atteinte du haut appareil
- Imagerie selon recommandations

Notre patient du début ? → CYSTITE MASCULINE

Cystite masculine : faut-il traiter tout de suite ?

La nouveauté pratique : si le patient va bien, on peut attendre la documentation

Bonne tolérance / doute diagnostique

?

Traitement probabiliste nécessaire

ECBU avant antibiotique



ATTENDRE
l'antibiogramme

3 options probabilistes

Fosfomycine-trométamol

J1 – J3 – J5

Nitrofurantoïne

100 mg × 3/j

Pivmécillinam

400 mg × 2/j

Pas de réflexe « antibiotique immédiat » si la situation permet d'attendre

Cystite masculine documentée : faire simple

Le résultat microbiologique doit conduire à un traitement ciblé

1

ECBU + antibiogramme

Amoxicilline

Pivmécillinam

2

Choisir l'option active la plus étroite

Fosfomycine

Triméthoprim

Nitrofurantoïne

DURÉE

7 JOURS

Exception : fosfomycine = 3 prises (J1 – J3 – J5)

Objectif BUA : traiter juste, avec le spectre juste, pendant la durée juste

BU / ECBU : stop aux automatismes

Prélever quand le résultat peut réellement changer la prise en soins

OUI

ECBU devant une suspicion clinique d'IU masculine

Toujours avant l'antibiothérapie si possible

NON

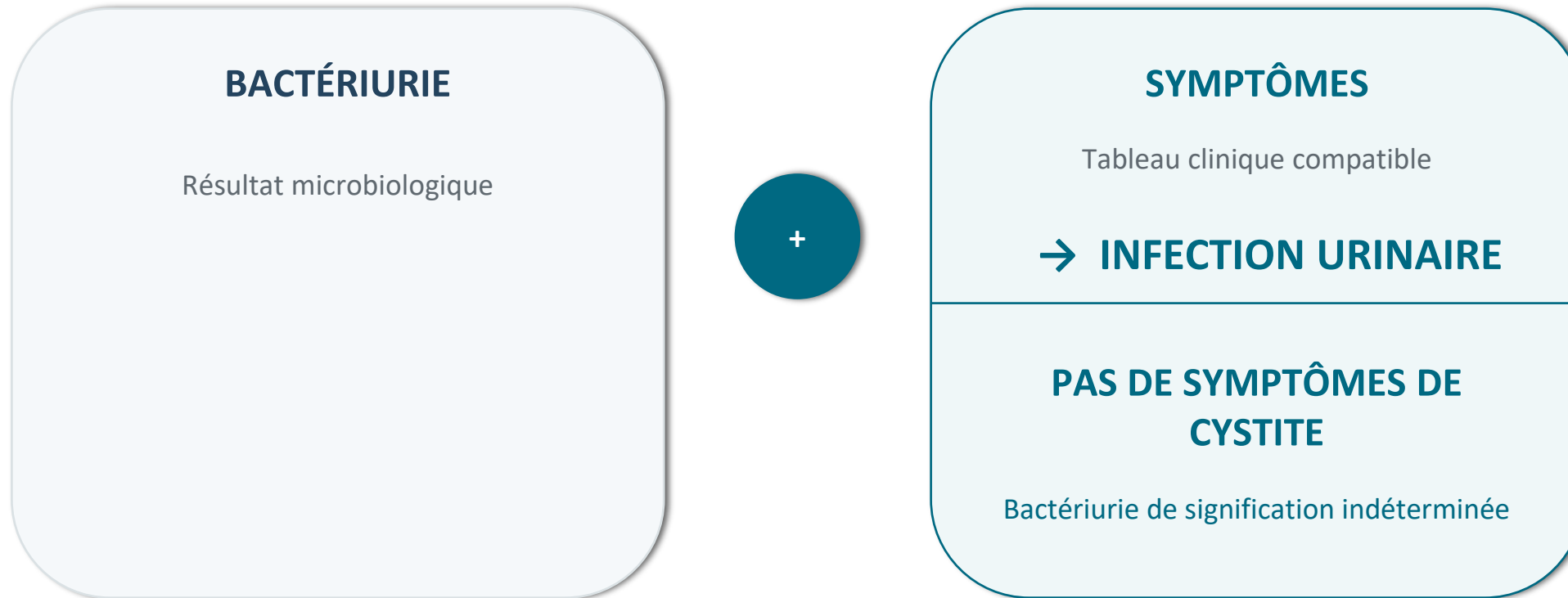
- × BU dans la stratégie diagnostique
- × RAU isolée
- × Signes généraux non spécifiques sans signes urinaires
- × ECBU de contrôle après guérison clinique



Un prélèvement inutile peut conduire à une antibiothérapie inutile ? concept du bon usage diagnostique (BUD)

Une bactérie dans les urines ≠ une infection

Le contexte clinique précède toujours le résultat microbiologique



Sans symptômes de cystite : bactériurie de signification indéterminée → ne pas rechercher / ne pas traiter, hors indications urologiques spécifiques

Prostatite ou pyélonéphrite ?

Deux tableaux fébriles masculins, mais pas la même localisation ni la même durée

	PROSTATITE	PYÉLONÉPHRITE
Clinique	Cystite + fièvre / signes systémiques	Douleur lombaire + fièvre / signes systémiques
TR	Si doute cystite / prostatite	—
Imagerie	Ciblée selon gravité / évolution	TDM dans les 48–72 h
Durée	14 jours	7 jours* ou 10 jours

* selon l'antibiotique utilisé et la situation clinique

L'antibiogramme n'est pas la fin du raisonnement

C'est le moment de désescalader



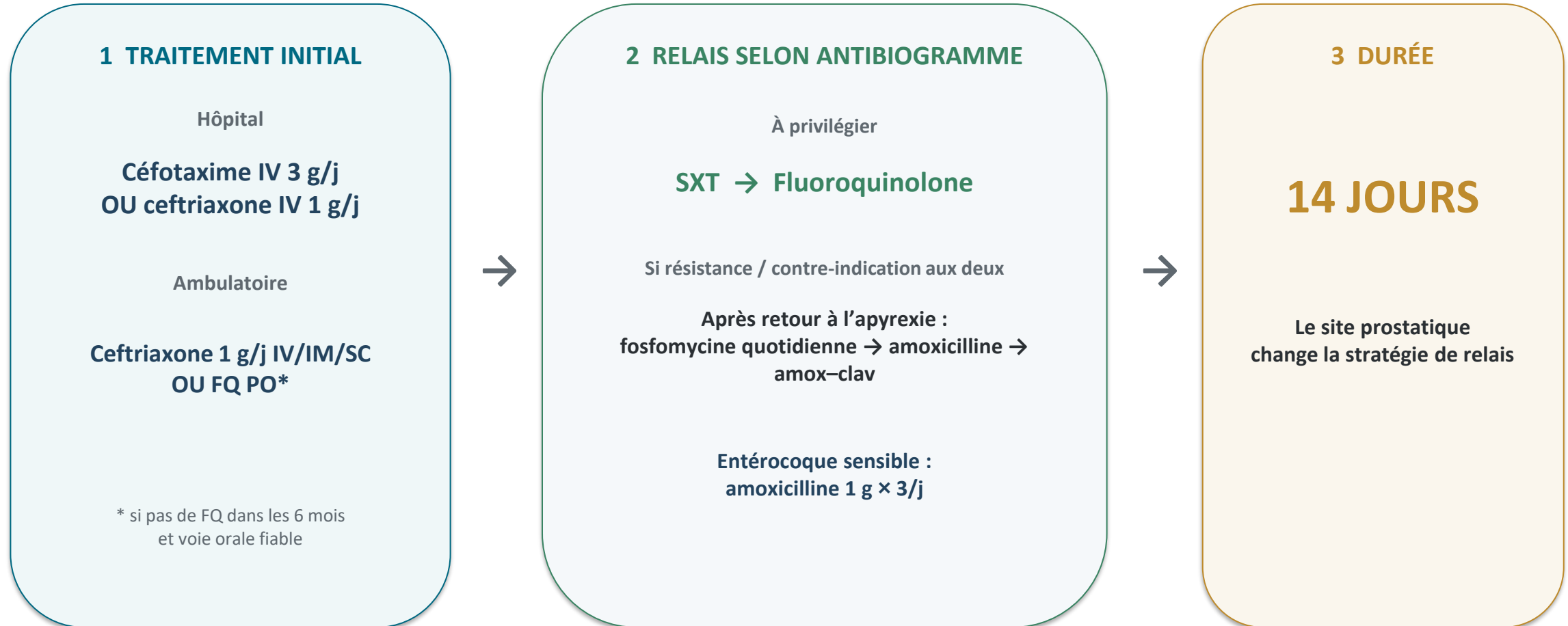
QUESTION À CHAQUE ANTIBIOGRAMME :

« Puis-je maintenant faire plus étroit, plus simple et plus court ? »

Le BUA commence souvent après le résultat de l'ECBU

Prostatite aiguë : traiter puis désescalader

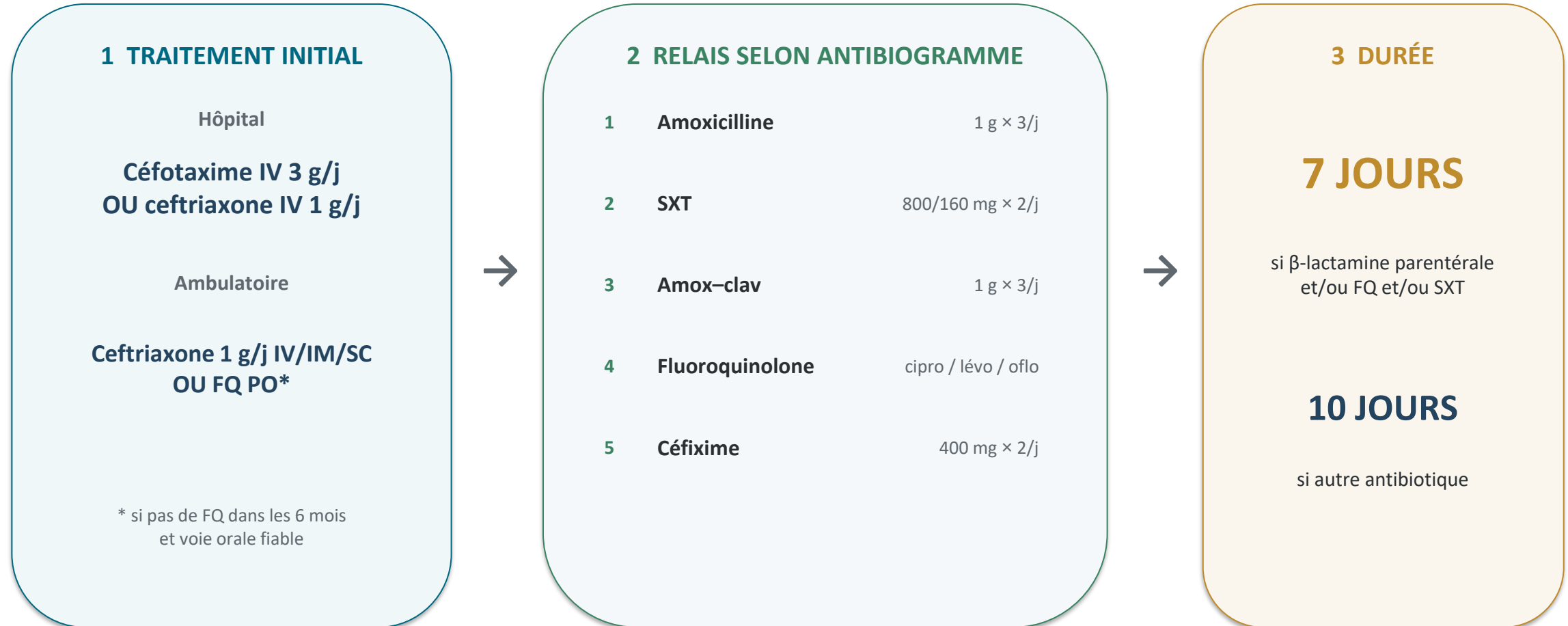
Homme sans signe de gravité — traitement initial, relais documenté, durée



Message BUA : SXT avant FQ en relais documenté pour limiter l'impact écologique

Pyélonéphrite aiguë : traiter puis désescalader

Même traitement initial que la prostatite — mais relais et durée différents

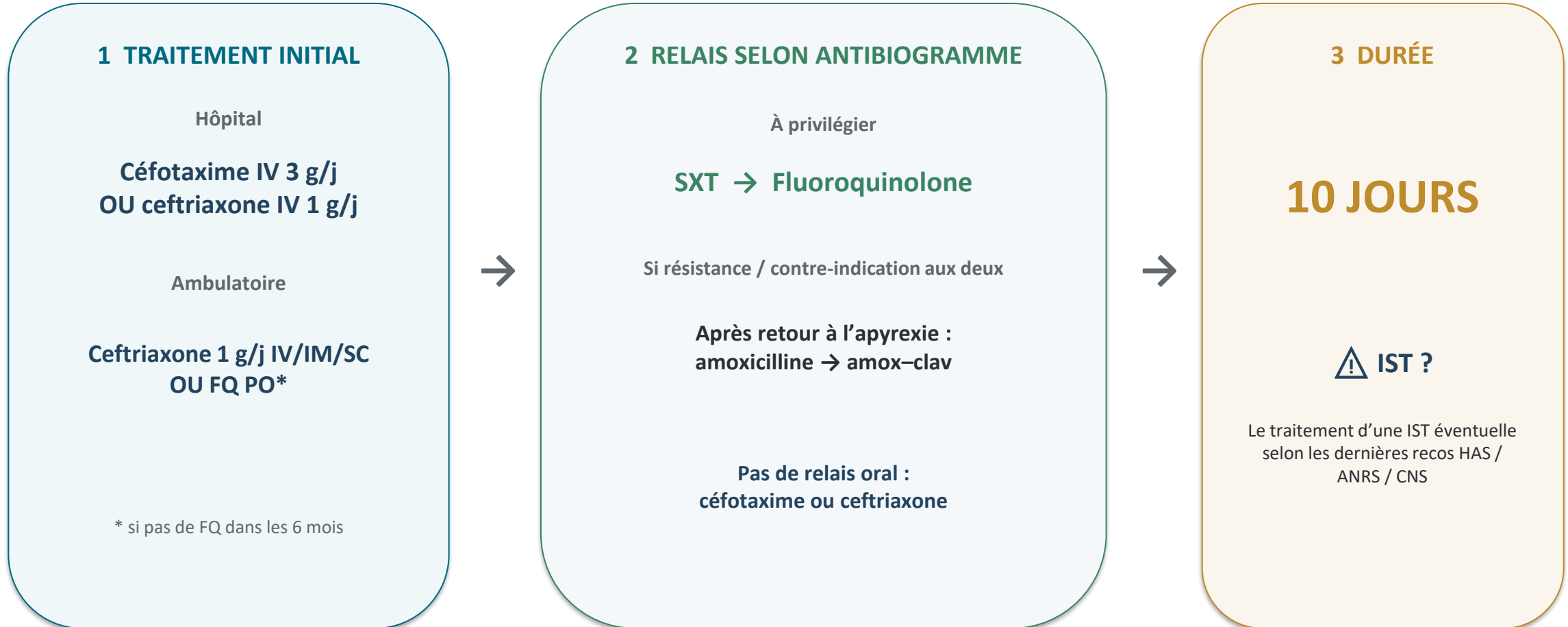


Message BUA : dès l'antibiogramme, privilégier le relais oral actif le plus étroit

Orchi-épididymite aiguë : traiter puis désescalader

Avant tout : ECBU systématique ; si homme sexuellement actif → PCR *C. trachomatis* + *N. gonorrhoeae* sur 1er jet d'urine

Même logique : traitement initial → relais documenté → durée



Retour au patient... et 5 réflexes pour lundi matin

Homme de 50 ans

Brûlures + pollakiurie
+ urgenturie
SANS fièvre

DIAGNOSTIC

**CYSTITE
MASCULINE**

1

Oui, la cystite masculine existe

2

BU : non. ECBU : oui... quand il est indiqué

3

Bactériurie ≠ infection

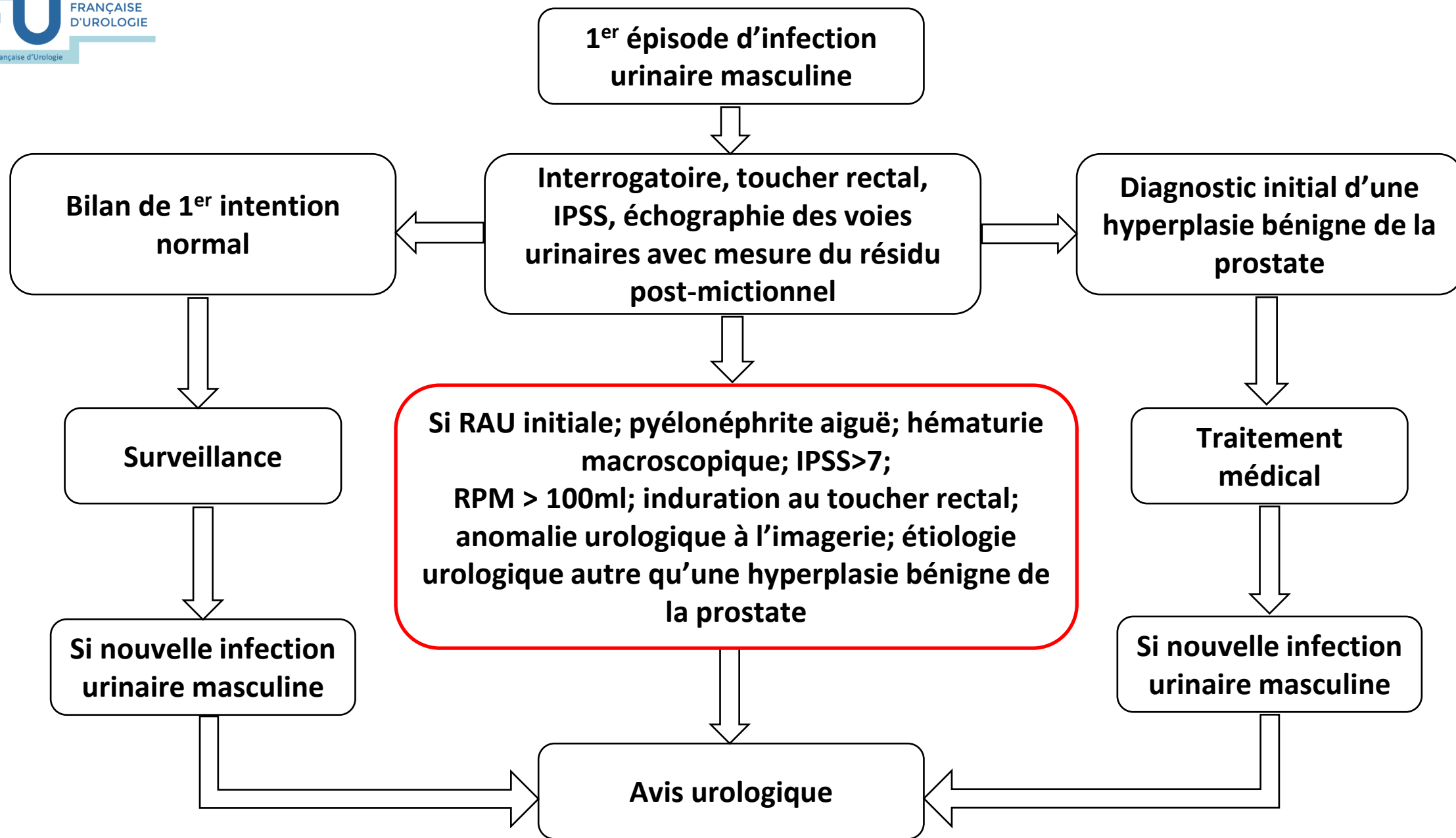
4

Cystite ≠ prostatite ≠ pyélonéphrite

5

Documenter → désescalader → durée juste

Merci ! — Questions / discussion



Indications de l'ECBU pré-geste chirurgical

Pr Maxime Vallée

Responsable du Comité d'Infectiologie de l'Association Française d'Urologie
Chairman du Young Academic Urologist infections working group
Membre du groupe des recommandations de l'EAU sur les IU

24 et 25
SEPTEMBRE 2026
TOURS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

JIAFU

JOURNÉES
D'INFECTIOLOGIE
DE L'AFU

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous !
X f i @A.FUinfectio #SA.FU2026

URO DIFFUSION



faculté de
médecine et
de pharmacie

Université
de Poitiers



CHU
Poitiers

Inserm
U 1070

CIAFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
Comité d'Infectiologie de l'Association Française d'Urologie

esiu

YAU
Young Academic Urologists



The French Journal of Urology 36 (2026) 103126



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

The French Journal of Urology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/fjurol



Recommendations

Preoperative urine culture in urology: Indications and management – The 2026 French guidelines

Maxime Vallée^{a,b,c,*}, Stessy Kutchukian^a, Hugo Crespin^d, Nadia Abid^e,
Matthieu Boisson^{c,f,g}, Patrick Coloby^{c,h}, Julien Derdevetⁱ, Aurélien Dinh^{c,j}, Diana Kassab^k,
Olivia Keïta-Perse^l, Eric Kipnis^{m,n,o}, Matthieu Lafaurie^p, Marc Leone^q,
Martine Pestel-Caron^{c,r}, Albert Sotto^{c,s}, Valentine Berti^{t,v}, Omar Karray^{c,h},
Franck Bruyère^{c,u} for the, AFU working group



Comité des Pratiques Professionnelles de l'AFU (CPP-AFU)

Comité d'Infectiologie de l'AFU (CIAFU)

20€

7 000 000 actes/an (12^{ième})

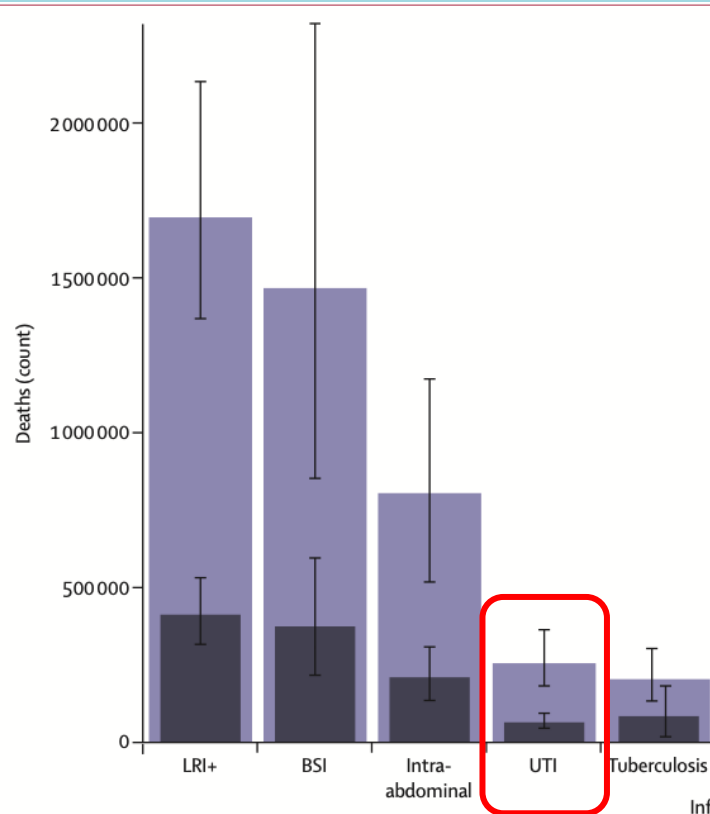
140 000 000/an (3^{ième})



Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis

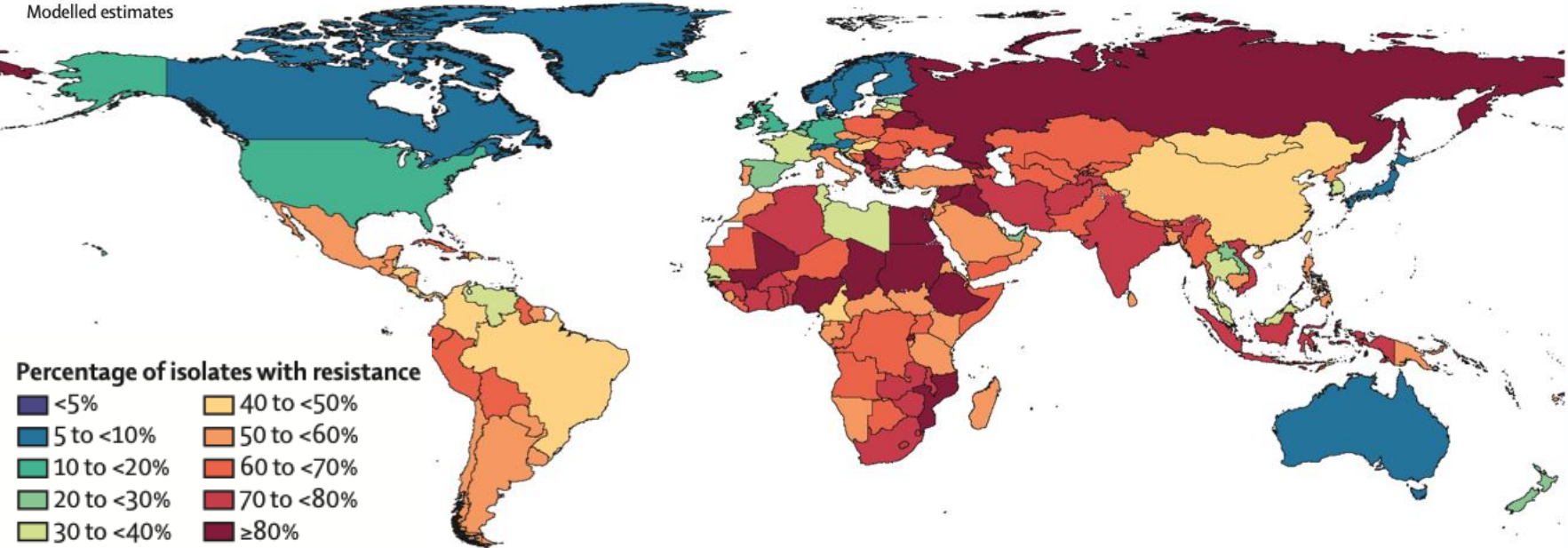
Antimicrobial Resistance Collaborators*

1,27 millions de morts
en 2019

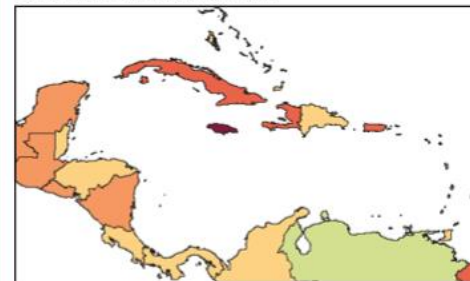


G Third-generation cephalosporin-resistant *Klebsiella pneumoniae*

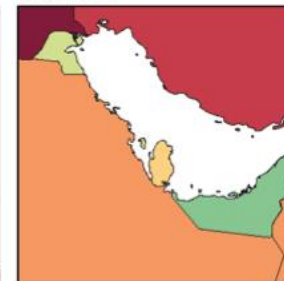
Modelled estimates



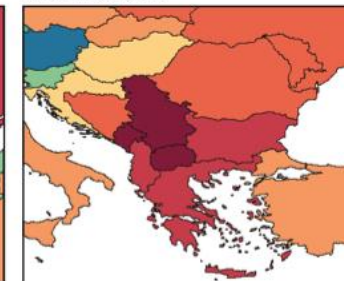
Caribbean and central America



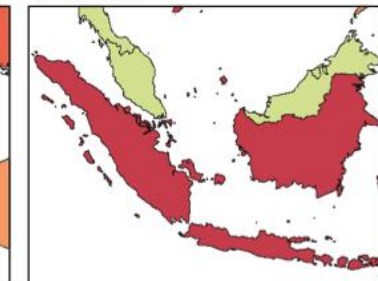
Persian Gulf



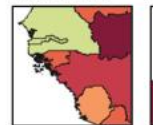
Balkan Peninsula



Southeast Asia



West Africa



Eastern Mediterranean



Northern Europe



Figure 3: Global deaths (counts) attributable to and associated with bacterial antimicrobial resistance in 2019. Estimates were aggregated across drugs, accounting for the co-occurrence of resistance. LRI+=lower respiratory infections and all related infections. BSI=bloodstream infections. Cardiac=endocarditis and other cardiac infections. CNS=intra-abdominal infections. TF-PF-INTS= typhoid fever, paratyphoid fever, and invasive non-typhoidal *Salmonella*.



Q1. Quelle est la place de l'ECBU en préopératoire ?

Acte interventionnel ou chirurgical	Indication d'un ECBU préopératoire [Référence] (niveau de preuve) / grade de la recommandation
ECBU indiqué	
Résection transurétrale de prostate (RTUP)	Oui : [ElMalik et al. 2000] (NP2) / Grade B
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : énucléation (laser holmium [HoLEP], laser thulium [ThuLEP], laser greenlight [GreenLEP], bipolaire [BIPOLEP])	Oui / Grade AE
Résection transurétrale de la vessie (RTUV)	Oui : [Kohada et al. 2019] (NP4) [Kutchukian et al. 2024] (NP3) / Grade C
Cure de jonction pyélo-urétérale	Oui comme JJ -> cf. recommandations du CIAFU [Bey et al. 2021]
Uréthroplastie	Oui : [Noble et al. 2022] (NP4) / Grade C
Urétéroplastie	Oui / Grade AE
Urétéroscopie diagnostique et/ou thérapeutique	Oui : [Martov et al. 2015] (NP2) [Sohn et al. 2013] (NP4) / Grade B -> Cf. recommandations du CLAUFU [Raynal et al. 2023]
Uréthrotomie	Oui : [Noble et al. 2022] (NP4) / Grade C
Montée ou changement de sonde de néphrostomie, mono J ou JJ	Oui : cf. Reco AFU 2021
Néphrolithotomie percutanée	Oui / Grade A, et si possible urine pyélique : [Yang et al. 2022] (NP4) [Amier et al. 2022] (NP4) / Grade C -> cf. recommandations du CLAUFU [Abid et al. 2023]
Bilan urodynamique	Oui / Accord fort d'après [Egrot et al. 2018]

ECBU non indiqué	
Prostatectomie totale	Non : [Bourgi et al. 2025b] (NP4) / Grade C
Adénomectomie chirurgicale	Non / Grade AE
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : pose d'implant intraprostatique (UROLIFT) et embolisation des artères prostatiques	Non / Grade AE
Biopsie de la prostate par voie trans-périnéale	Non -> cf. recommandations du CCAFU [Ploussard et al. 2022]
Biopsie de prostate par voie transrectale	Non -> cf. recommandations du CIAFU [Bruyere et al. 2021]
Cystectomie sustrigonale partielle ou totale, quel que soit le mode de dérivation	Non : [Haider et al. 2019] [Kyoda et al. 2010] (NP4) / Grade C
Cystoscopie	Non : [Herr 2012b] [Herr 2013] [Herr 2015] [Herr 2016] (NP3 -> NP2 car plusieurs études concordantes) / Grade B
Cure d'incontinence urinaire : implantation d'un sphincter urinaire artificiel	Non : [Kavoussi et al. 2017] (NP4) / Grade C
Instillations thérapeutiques endovésicales (BCG, chimiothérapie anticancéreuse, acide hyaluronique, chondroïtine sulfate, ...)	Non : [Bourgi et al. 2025a] (NP4) [Herr 2012a] [Herr 2012b] [Herr 2013] [Herr 2016] [Herr 2020] (NP2) / Grade B
Neuromodulation des racines sacrées	Non / Grade AE
Néphrectomie partielle, totale	Non : [Bruyere et al. 2025] (NP3) [Ayoub et al. 2024] (NP4) / Grade C
Surrénalectomie	Non / Grade AE
Embolisation des artères rénales	Non / Grade AE
Biopsie rénale ou thermoablation de tumeur rénale	Non / Grade AE
Pose ou changement de cathéter de dialyse intrapéritonéale	Non / Grade AE
Uréthrocystographie rétrograde	Non / Grade AE
Pose d'implant pénien	Non : [Kavoussi et al. 2017] (NP4) / Grade C
Pose de prothèse testiculaire	Non / Grade AE
Chirurgie scrotale ou du pénis sans prothèse	Non / Grade AE
Injection de toxine botulinique A	Non / Grade AE
Pose, ablation ou changement de sonde vésicale, cathéter suspubien	Non / Grade AE
Radiothérapie, curiethérapie	Non / Grade AE
Pose de fiduciaires dans la prostate	Non / Grade AE

Le groupe de travail ne se prononce pas

Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : thermothérapie à la vapeur d'eau	Pas de consensus
Ultrasons focalisés (HIFU)	Pas de consensus
Cure de prolapsus chez la femme ou Cure d'incontinence urinaire - chez la femme et chez l'homme	Pas de consensus
Injection de macroplastique	Pas de consensus
Transplantation rénale	Pas de consensus
Lithotripsie extra-corporelle	Pas de consensus

Et la chirurgie autre qu'urologique ?



**Aucune indication de BU ou d'ECBU
pour les chirurgies non urologiques !!**

**Q2. Quelles sont les
méthodes de dépistage
de la colonisation
urinaire?**

Q2. Méthode dépistage

R1	L'ECBU est la méthode de référence pour dépister une colonisation urinaire	Grade A
R2	Il est fortement recommandé de ne pas utiliser la bandelette urinaire pour dépister une colonisation urinaire	Grade B

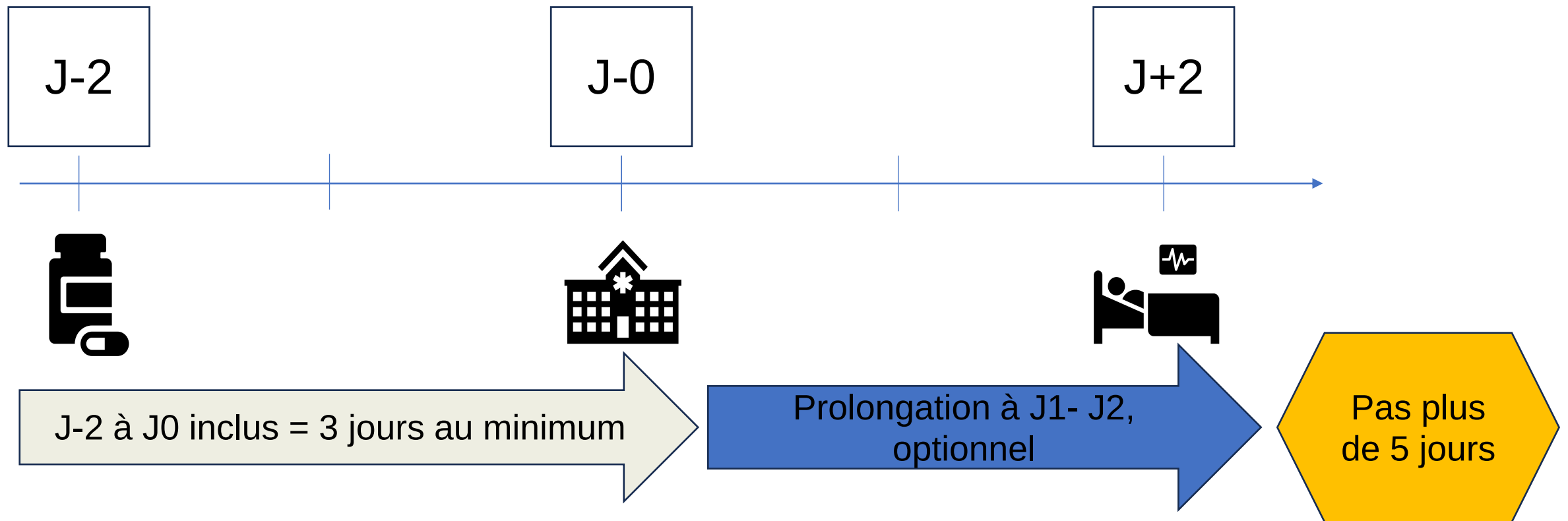


- Pas de seuil pour définir une colonisation
- Culture bactérienne > examen direct
- Délai de rendu de 24h à 48h

**Q3. Quelle prise en
charge de la
colonisation urinaire ?**

Q3. Durée de traitement

R2	Lorsqu'une antibiothérapie est indiquée, celle-ci sera débutée 48 heures avant le geste chirurgical et sera poursuivie au minimum à J0 et au maximum 48 heures après le geste, soit un total de 3 à 5 jours de traitement péri-opératoire	Grade C
----	---	---------



Q3. Type d'antibiothérapie

- 1 Fosfomycine-trométamol, Nitrofurantoïne, Pivmécillinam et Triméthoprim
- 2 Amoxicilline, Cotrimoxazole
- 3 Amoxicilline + acide clavulanique, Céfixime
- 4 Fluoroquinolones
- 5 Autres antibiotiques

Le point de vue du microbiologiste médical

ECBU & Antibiogramme : ce qui change dans nos pratiques

Sommaire

- **Profil des IU masculines** : état des lieux bactériologique
- **L'urine stérile** : une idée reçue ?
- **L'antibiogramme 2.0** :
 - *Nouvelle lecture* : comprendre le SFP
 - *Nouvelle stratégie* : le rendu ciblé
 - *Nouvelle mission* : le conseil thérapeutique

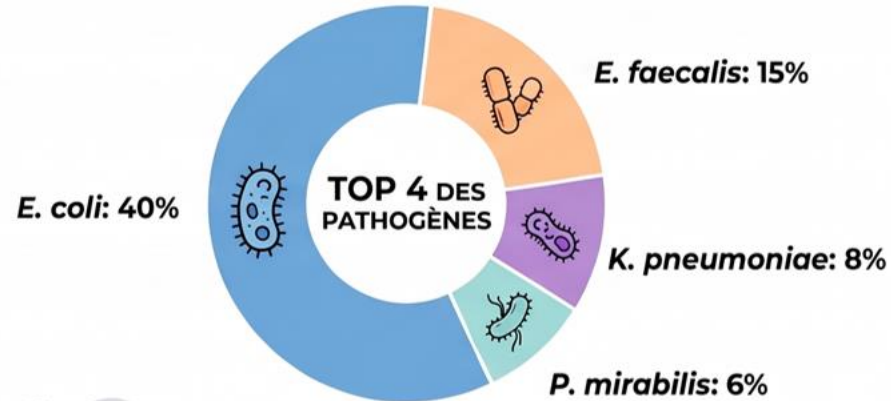
Microbiologie des IU masculines en France (2019-2023)



UN PROFIL BACTÉRIEN PLUS DIVERSIFIÉ

Une diversité plus marquée que chez la femme

E. coli est moins hégémonique (40%) que chez la femme (>70%).



Un risque lié à l'âge :

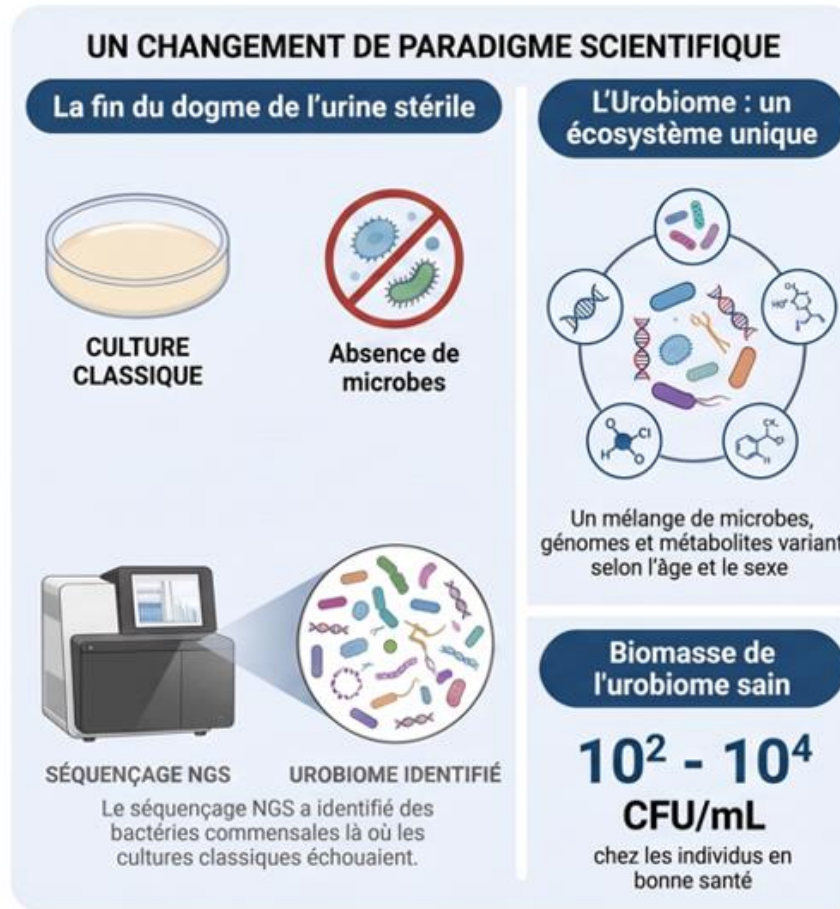
L'incidence augmente nettement après 70 ans (médiane de diagnostic: 72-75 ans).

Caspar Y, Cattoir V, Lefort A, Roubaud-Baudron C, Lesprit P, Lafaurie M; on behalf on the IUMACA study group. **Bacterial epidemiology of male urinary tract infections in France: An expert review.** Infect Dis Now. 2026 Aug;56(6S):105317. doi: 10.1016/j.idnow.2026.105317. Epub 2026 Jun 22. PMID: 42331325.

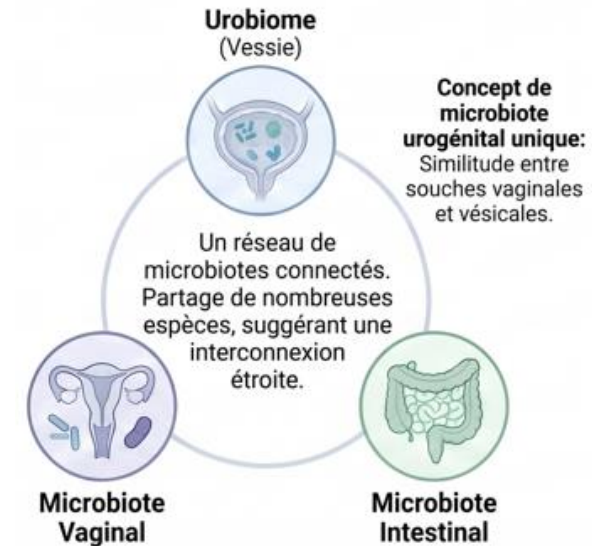
Déconstruction d'un mythe microbiologique : l'émergence du concept d'urobiome

L'urobiome chez l'individu sain

Au-delà du mythe de la stérilité



Interconnexion et Origine



POINT-CLÉ À RETENIR

L'urobiome évolue dynamiquement en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs environnementaux

L'urobiome : un dimorphisme sexuel marqué



La Femme :
Le règne protecteur de *Lactobacillus*



Ce genre domine la flore féminine, produisant de l'acide lactique pour inhiber les pathogènes

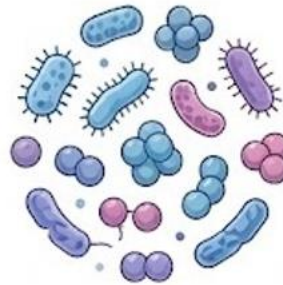
Impact des Proteobacteria :
Seulement 3% de l'urobiome chez la femme

Caractéristiques Urobiome Féminin

Genre Dominant: *Lactobacillus* (Signature santé)
Diversité: Moins hétérogène (post-puberté)
Genres Secondaires: *Gardnerella*, *Atopobium*



L'Homme :
Une hétérogénéité marquée



Urobiome masculin est plus varié, dominé par *Corynebacterium*, *Streptococcus* et *Pseudomonas*

Impact des Proteobacteria :
Environ 8% de l'urobiome chez l'homme

Caractéristiques Urobiome Masculin

Genre Dominant: *Corynebacterium* & *Streptococcus*
Diversité: Plus hétérogène et varié
Genres Secondaires: *Prevotella*, *Pseudomonas*, *Winkia*

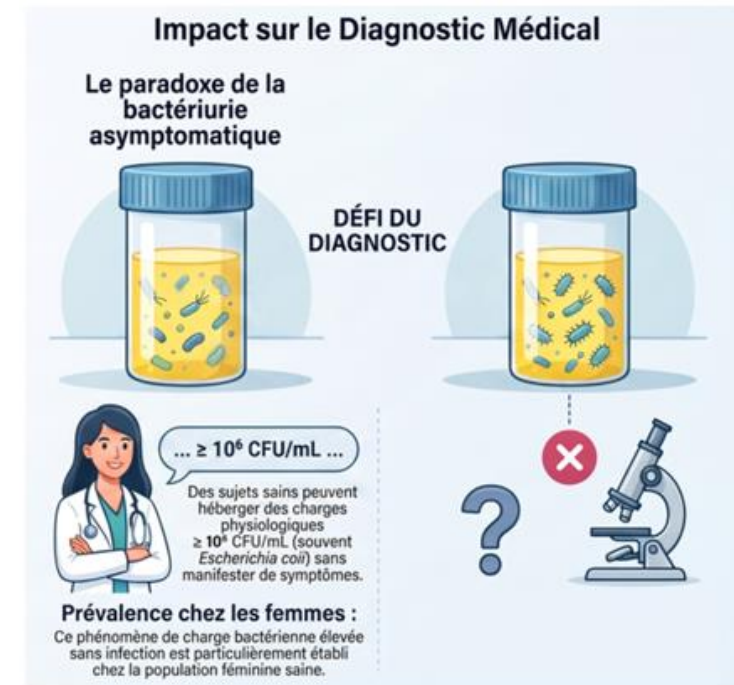
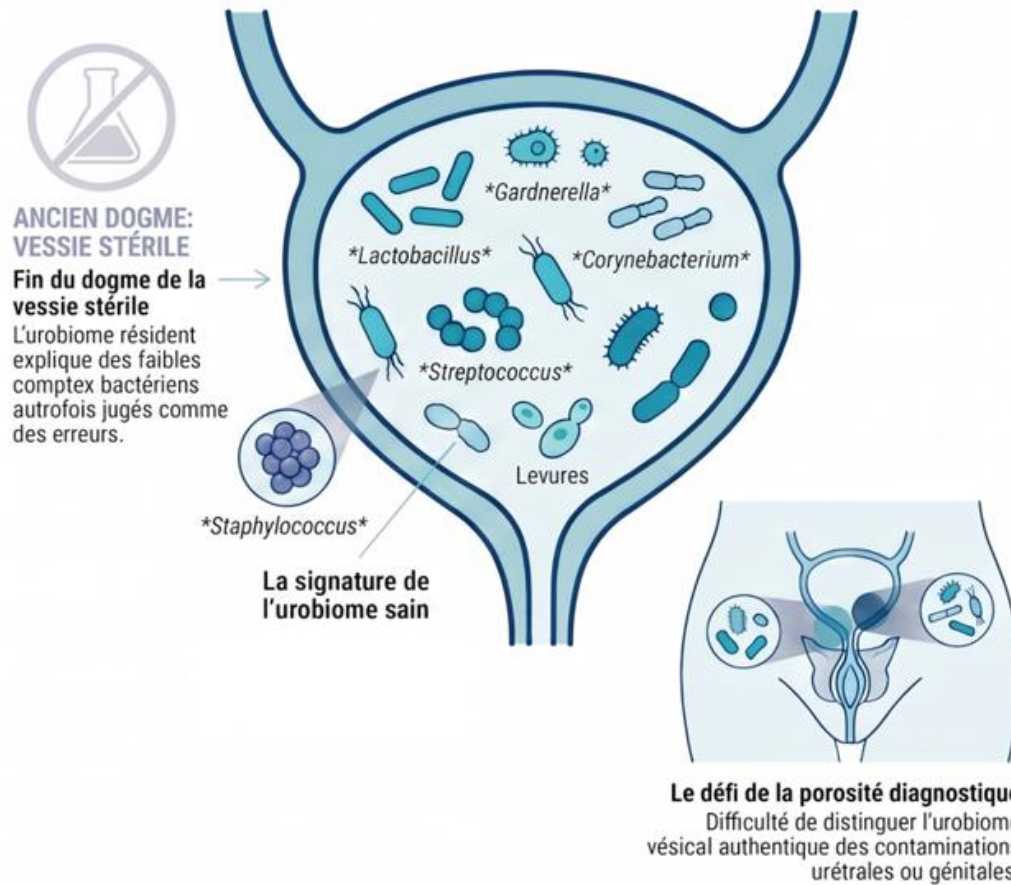


Les genres universels partagés:
Prevotella, *Escherichia*, *Enterococcus*, *Streptococcus*

POINT-CLÉ À RETENIR

À l'exception notable de *S. saprophyticus*, l'isolement d'un SCN urinaire doit systématiquement évoquer une contamination ou la flore résidente normale, sauf contexte clinique spécifique

L'interprétation de l'uroculture à l'ère de l'urobiome



POINT-CLÉ À RETENIR

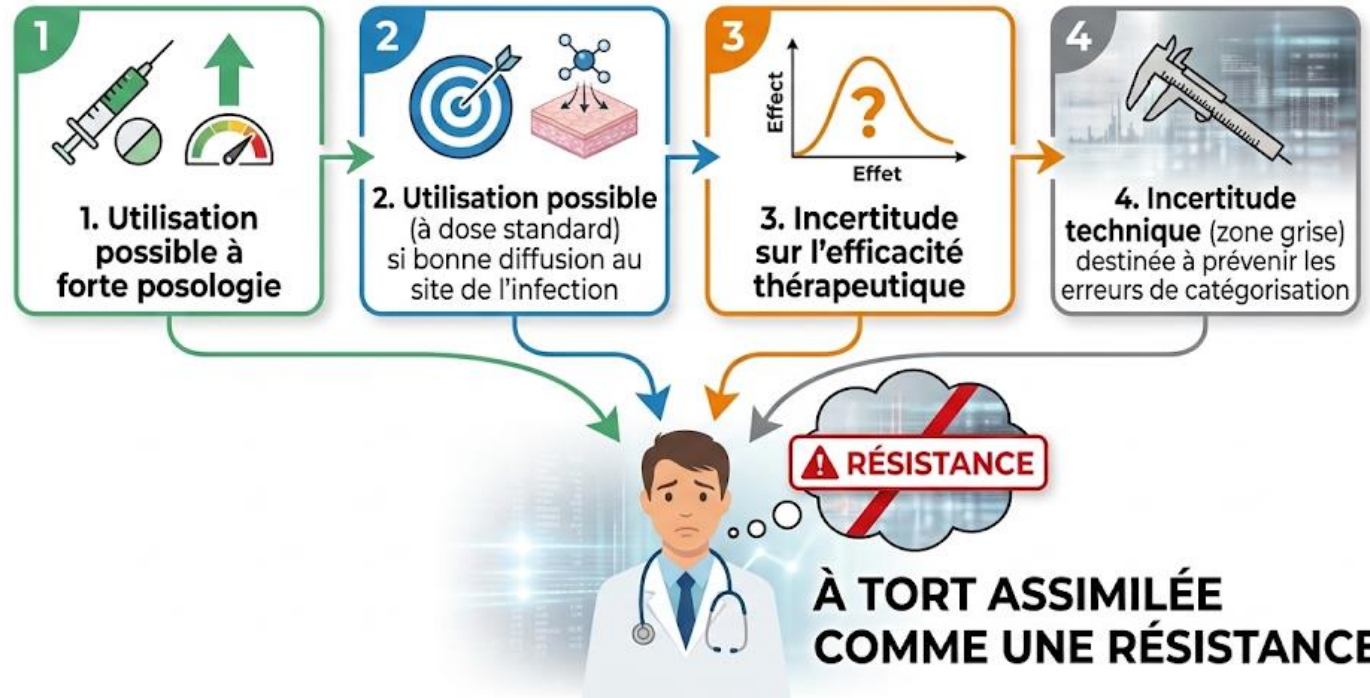
Il est désormais prouvé qu'une forte biomasse bactérienne dans l'urine n'est pas synonyme d'infection active, remettant en cause les critères de diagnostic traditionnels

Repenser l'antibiogramme

La nouvelle donne de la catégorisation clinique selon le CA-SFM/EUCAST

Anciennes catégorisations cliniques

L'ancienne catégorie I regroupait **4 réalités différentes** :



Nouvelles catégorisations cliniques

(Ancien Système)	Aujourd'hui (Nouveau Référentiel)
S : Sensible Forte probabilité de succès thérapeutique	S: Sensible posologie standard : Forte probabilité de succès à posologie standard
I: Intermédiaire	SFP: Sensible à forte posologie : Forte probabilité de succès grâce à une forte exposition (majoration de dose ou site)
R : Résistant Forte probabilité d'échec thérapeutique	R: Résistant : Forte probabilité d'échec même à forte exposition

POINT-CLÉ À RETENIR

Le nouveau référentiel offre 2 niveaux de sensibilité équivalent en efficacité

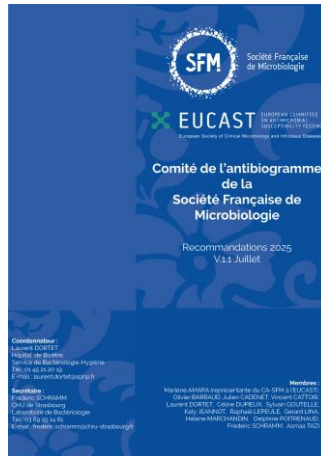
Il n'y a plus qu'un seul niveau de résistance

POINT-CLÉ À RETENIR

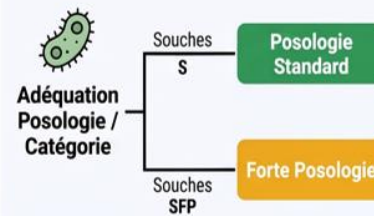
L'incertitude technique n'est plus livrée au clinicien sous la forme d'un résultat ambigu : ZIT ou zone d'incertitude technique

Posologie standard et forte posologie

Propositions du groupe de travail SPILF, SFPT & CA-SFM



Principes d'Application Posologique



Optimisation des Bêta-lactamines
Pour les antibiotiques "temps-dépendants", des perfusions prolongées ou continues sont proposées pour atteindre les cibles d'efficacité.



Suivi Thérapeutique Pharmacologique (STP)
Recommandé pour les aminosides et dans les situations où la marge thérapeutique est faible pour éviter la toxicité.

Exemples de Posologies (Extraits de l'Annexe 9)

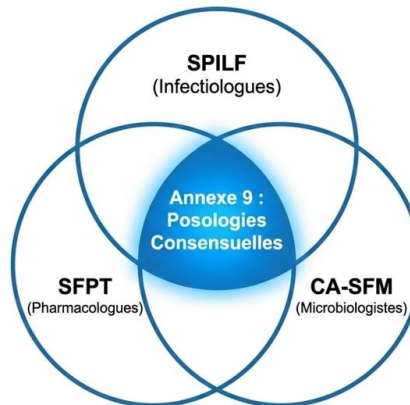
Molécule	Posologie Standard (adulte)	Forte Posologie (adulte)
Pénicilline G	3 MU toutes les 6 h	4 MU toutes les 4 à 6 h
Amox / Ac. clav. (IV)	1g / 200mg toutes les 8 à 6 h	2g / 200mg toutes les 8 h
Céfazoline (IV)	80-100 mg/kg/j (en 3 fois)	Identique (pratique française standard)
Ceftazidime (IV)	1g toutes les 8 h (perf. 30 min)	2g toutes les 8 h (perf. 30 min)
Ciprofloxacine (IV)	0,4g toutes les 12 h	0,4g toutes les 8 h
Amikacine (IV)	25 à 30 mg/kg (dose unique journalière)	Non applicable



Alertes : Forte Posologie Uniquement

- *Pseudomonas spp.* & *Acinetobacter spp.* : Impérative pour la Ticarcilline, la Ceftazidime et les Fluoroquinolones.
- *Stenotrophomonas maltophilia* : Nécessite impérativement une forte posologie de Ticarcilline-acide clavulanique, Lévofoxacine et Co-trimoxazole.
- *Corynebacterium spp.* : Utilisation systématique de la forte posologie pour la Pénicilline G et la Ciprofloxacine.

Un travail conjoint inédit éliminant les divergences entre le compte rendu du laboratoire et les recommandations thérapeutiques nationales.



Fait correspondre directement et objectivement les catégories cliniques (S / SFP) à des schémas posologiques précis (Posologie standard vs. Forte posologie).

POINT-CLÉ À RETENIR

Les tableaux des posologies standards et des fortes posologies d'antibiotiques minimales pour atteindre les cibles PK/PD d'efficacité sont disponibles en annexe 9 des recommandations 2025 du CA-SFM

Mise à jour annuelle

Quid de l'incertitude inhérente à l'ancienne catégorie I ?

ZIT : Zone d'Incertitude Technique

La ZIT n'est pas l'incertitude de mesure (intrinsèque à toute mesure)

Uniquement pour certains couples antibiotique/bactérie

POINT-CLÉ À RETENIR

La ZIT signale une zone où la technique manque de reproductibilité pour affirmer une catégorisation avec certitude

POINT-CLÉ À RETENIR

Objectif de la ZIT : éviter le risque d'erreur majeure (fausse résistance) ou très majeure (fausse sensibilité)

Repenser l'antibiogramme

Antibiogrammes ciblés pour les
infections urinaires à Entérobactéries dans la population
féminine adulte (à partir de 12 ans)



Recommander les bonnes pratiques

L'Antibiorésistance : Une priorité de santé publique

L'objectif est d'éviter les antibiotiques "critiques" (générateurs de résistances bactériennes).

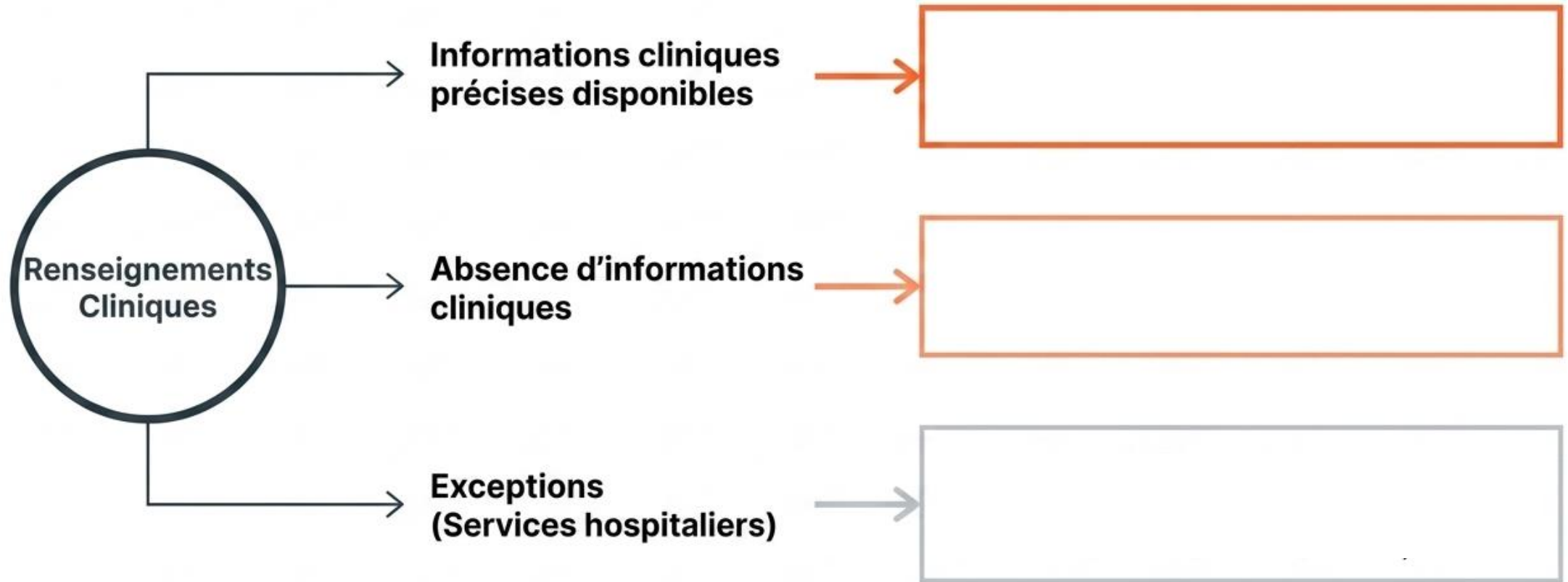


Filtrer l'information pour guider la prescription



Adapter le rendu selon le type d'infection

Le recueil des renseignements cliniques (cystite ou pyélonéphrite) est indispensable au laboratoire.



L'antibiogramme ciblé en pratique

Cystite à *Escherichia coli* sensible à l'amoxicilline : **6 molécules**

- Molécules les plus éco-pertinentes, adaptées au site de l'infection et conformes aux recommandations de la HAS

DCI : Dénomination commune internationale	Catégorie clinique	CMI calculée (mg/L)
Mécillinam	S	≤ 1
Ampicilline ou Amoxicilline	S	≤ 2
Triméthoprim	S	≤ 2
Cotrimoxazole	S	≤ 20
Nitrofurantoïne	S	16
Fosfomycine (autre)	S	≤ 4
Fosfomycine (urine)	S	≤ 4

**L'antibiogramme complet reste disponible
sur demande auprès du laboratoire.**



L'antibiogramme ciblé en pratique

Pyélonéphrite à *Escherichia coli* sensible à l'amoxicilline : **2 molécules**

- Molécules les plus éco-pertinentes, adaptées au site de l'infection et conformes aux recommandations de la HAS

DCI : Dénomination commune internationale	Catégorie clinique	CMI calculée (mg/L)
Ampicilline ou Amoxicilline	S	<=2
Cotrimoxazole	S	<=20

L'antibiogramme complet reste disponible sur demande auprès du laboratoire.

OPTIMISER LA RÉÉVALUATION DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE CURATIVE À 48-72 H

- Il est recommandé de rendre également les autres antibiotiques testés (non prévus dans le rendu ciblé de l'antibiogramme) pour lesquels la souche est catégorisée **R**

DCI : Dénomination commune internationale	Catégorie clinique	CMI calculée (mg/L)
Ampicilline ou Amoxicilline	S	<=2
Cotrimoxazole	S	<=20
Lévofloxacine	R	32
Ciprofloxacine	R	32

L'antibiogramme ciblé en pratique

Escherichia coli sensible à l'amoxicilline et absence de renseignements cliniques

- Molécules les plus éco-pertinentes, adaptées à tous les contextes et conformes aux recommandations en vigueur

DCI : Dénomination commune internationale	Catégorie clinique	CMI calculée (mg/L)
Mécillinam	S	≤ 1
Ampicilline ou Amoxicilline	S	≤ 2
Triméthoprim	S	≤ 2
Cotrimoxazole	S	≤ 20
Nitrofurantoïne	S	16
Fosfomycine (autre)	S	≤ 4
Fosfomycine (urine)	S	≤ 4

L'antibiogramme complet reste disponible sur demande auprès du laboratoire. 

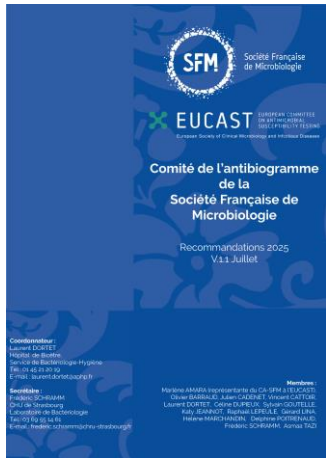
Repenser l'antibiogramme

Quand l'antibiogramme cède sa place : le nouveau paradigme du CA-SFM 2025

La révolution 2025

L'innovation majeure de l'Annexe 8

Applicabilité immédiate
dès l'identification



**Parfois, le meilleur
antibiogramme est celui
que l'on ne fait pas.**

L'Annexe 8 officialise la possibilité de substituer la réalisation d'un antibiogramme par une prestation de conseil clinique et microbiologique.

Substituer la réalisation d'un antibiogramme par une prestation de conseil (CA-SFM 2025 Juillet)

PRINCIPES ET CADRE D'APPLICATION



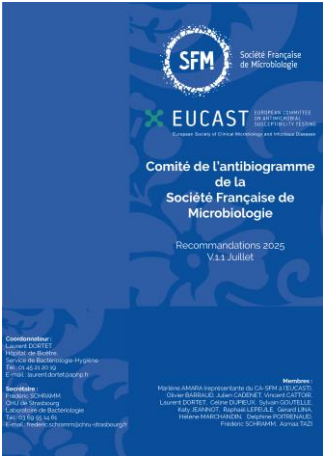
- **Le "Bon Usage" au cœur de la stratégie.**
La substitution vise à favoriser le bon usage des antibiotiques en orientant immédiatement le clinicien vers les molécules les plus adaptées.



- **Une réactivité accrue dès l'identification.**
La prestation de conseil peut être délivrée dès que l'identification de la souche est disponible au rang de genre ou d'espèce.



- **Une autonomie pour le laboratoire.**
Chaque laboratoire définit sa propre stratégie et établit les dispositions générales pour l'usage ou non de ces commentaires.



POINT-CLÉ À RETENIR

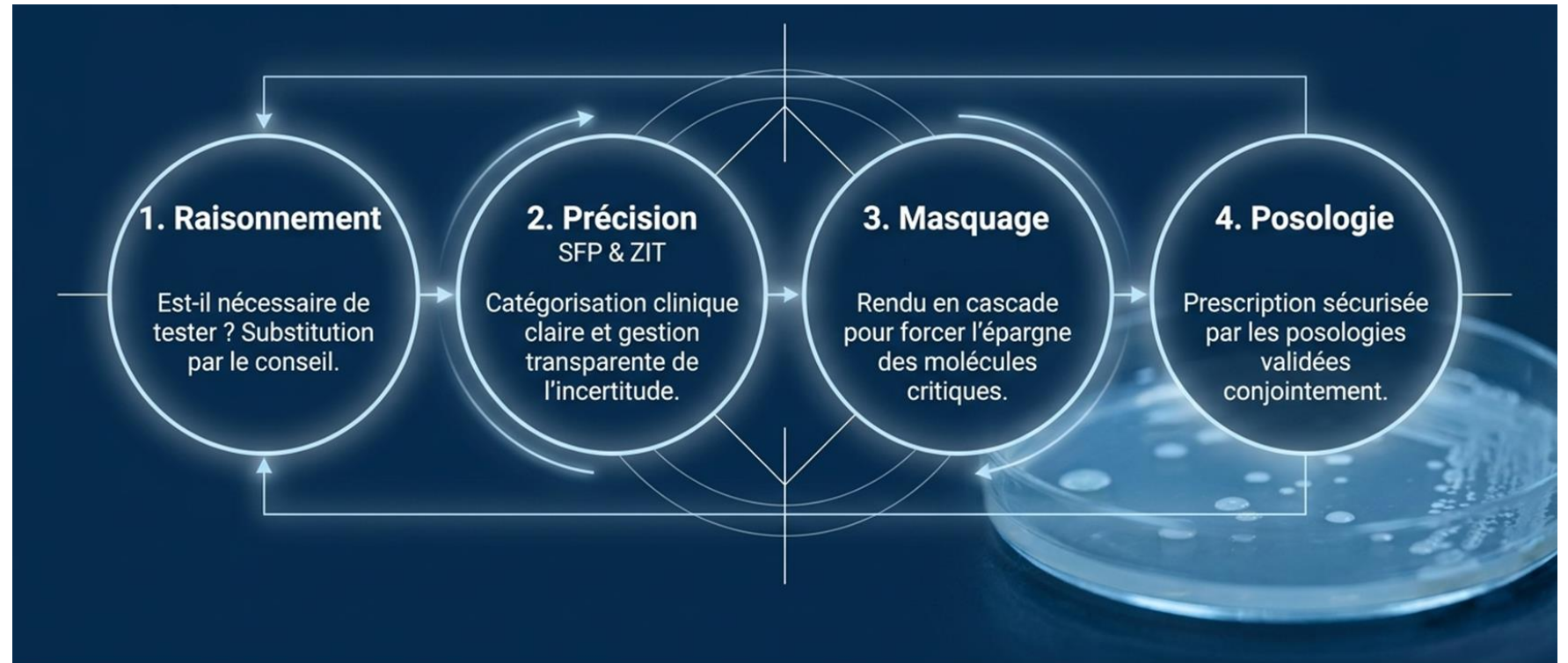
La prestation de conseil favorise le bon usage des antibiotiques en orientant une prescription adaptée aux recommandations dès l'identification bactérienne

Conclusion

- L'intégration du concept d'urobiome sain impose une réévaluation des standards diagnostiques actuels des infections du tractus urinaire
- Une bactériurie, même abondante, ne signe plus systématiquement l'infection urinaire
- À l'exception notable de *S. saprophyticus*, l'isolement d'un SCN urinaire doit systématiquement évoquer une contamination ou la flore résidente normale, sauf contexte clinique spécifique

Conclusion

- Les nouvelles recommandations du CA-SFM/EUCAST oriente l'expertise microbiologique au service direct du patient, en inscrivant la préservation de son écologie microbienne au cœur de la démarche

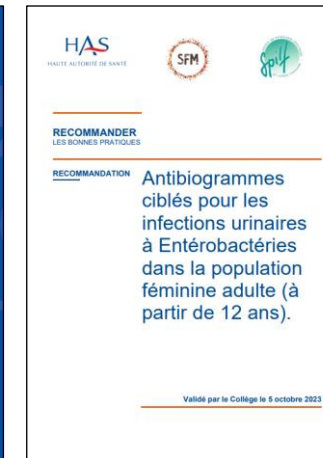


Merci pour votre attention

Références :

Kouri TT, Hofmann W, Falbo R, Oyaert M, Schubert S, Gertsen JB, Merens A, Pestel-Caron M; Task and Finish Group for Urinalysis (TFG-U), European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM). **The EFLM European Urinalysis Guideline 2023**. Clin Chem Lab Med. 2024 Jun 5;62(9):1653-1786. doi: 10.1515/cclm-2024-0070. PMID: 38534005.

Caspar Y, Cattoir V, Lefort A, Roubaud-Baudron C, Lesprit P, Lafaurie M; on behalf on the IUMACA study group. **Bacterial epidemiology of male urinary tract infections in France: An expert review**. Infect Dis Now. 2026 Aug;56(6S):105317. doi: 10.1016/j.idnow.2026.105317. Epub 2026 Jun 22. PMID: 42331325.



Conclusion

- La cystite masculine existe désormais
- Penser à la désescalade : travailler en collaboration
- Prévention ++
- ECBU
 - => pas d'excès
 - => Expliciter contexte clinique
- IU= SFU + ECBU positif (un ECBU positif estun ECBU positif)

Questions ?