



# **GUIDE DE TRAITEMENTS DES INFECTIONS URINAIRES CHEZ LES ADULTES**

## **TABLEAUX**

### **RÉDIGÉ PAR :**

DRE TUYEN NGUYEN, MICROBIOLOGISTE-INFECTIOLOGUE  
LYSANE SENÉCAL, PHARMACIENNE

### **EN COLLABORATION AVEC :**

DR CLAUDE TRUDEL, UROLOGUE

APPROUVÉ : COMITÉ DE PHARMACOLOGIE (26 JANVIER 2006) ET EXÉCUTIF DU CMDP (13 AVRIL 2006)

TRAITEMENT EMPIRIQUE (\$/JOUR)	DURÉE	COMMENTAIRES
<b>CYSTITE AIGÜE NON COMPLIQUÉE (CHEZ JEUNE FEMME AVEC ARBRE URINAIRE BAS SANS ANOMALIE ANATOMIQUE)</b>		
Ciprofloxacine 250 mg po bid (0,95 \$)	3 jours (meilleur que tx unidose)	<ul style="list-style-type: none"> <li>À favoriser si la résistance locale au E. coli avec le Septra &gt; 15-20 % (à la CSSSL la résistance est de 19 %)</li> <li>Bon choix empirique si la résistance locale au E. coli est &lt; 15 à 20 % (à la CSSSL la résistance est de 19 %)</li> <li>Si allergie aux sulfamides</li> </ul>
TMP-SMX 160-800 mg po bid (0,15 \$)		
Triméthoprime 100 mg po bid (1,44 \$)		
Nitrofurantoïne 50-100 mg po qid (0,59 \$)	7 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efficacité moindre pour 3 jours.</li> <li>Ajustement en IR pour nitrofurantoïne</li> </ul>
Amoxicilline 250-500 mg po tid (0,12-0,21 \$)		
Céfadroxil 500 mg po bid (1,18 \$)		
<b>PYÉLONÉPHRITE AIGÜE NON COMPLIQUÉE (VOIE ORALE) : patients compliants et symptômes modérés</b>		
Ciprofloxacine 500 mg po bid (1,07 \$)	14 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>er</sup> choix</li> <li>Si jeune femme sans anomalie structurelle, un tx de 7 jours avec quinolone est suffisant</li> <li>Bon choix si culture sensible</li> <li>Préférable à amoxicilline seule car meilleure couverture des bâtonnets Gram (-).</li> <li>1<sup>er</sup> choix si staphylocoques</li> </ul>
TMP-SMX 160-800 mg po bid (0,15 \$)		
Amoxicilline-acide clavulanique 500/125 mg po tid (1,98 \$)		
Céfadroxil 1 g po bid (2,36 \$)		
Céfixime 400 mg po die (non au formulaire de CSL)		
<b>PYÉLONÉPHRITE AIGÜE (VOIE INTRAVEINEUSE) : prise po impossible, problème d'hydratation, non compliance po, symptômes sévères et diagnostics incertains</b>		
Ampicilline 1 g iv q 6 h + gentamicine unidose ou 1,5 mg/kg iv q 8 h (6,37 \$)	14 jours total (voie orale + iv) ou jusqu'à 21 jours si abcès	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si bactériémie, augmenter ampicilline à 2 g iv q 6 h</li> <li>Utiliser vanco si allergie pénicilline pour couvrir entérocoques</li> <li>Utile si aminoside contre-indiqué</li> <li>Avec ampicilline, si couverture des entérocoques désirée.</li> <li>Avec ou sans ampicilline</li> <li>Utile si aminoside contre-indiqué</li> </ul>
Céfotaxime 1-2 g iv q 8 h (ad 6 g/j) (18,24-36,48 \$)		
Ceftriaxone 1-2 g iv q 24 h (34,85-68,67 \$)		
Ciprofloxacine 200-400 mg iv q 12 h (33,82-67,66 \$)		
<p>Passage de la voie iv à po si bonne réponse et afébrile.  Si fièvre persiste après 48 heures, investiguer avec écho +/- PEV vs CT Scan (selon créatinine).  Si hémocultures (+) passage de la voie iv à po possible, si bonne réponse au traitement et afébrile après 48 heures.  La nitrofurantoïne n'est pas indiquée dans le traitement d'une PNA car la concentration sérique atteinte n'est pas assez élevée.</p>		
<b>FEMME ENCEINTE : BACTÉRIURIE ASYMPTOMATIQUE<sup>1</sup> - CYSTITE<sup>2</sup></b>		
Céfadroxil 500 mg po bid (1,18 \$)	7 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>En 1<sup>re</sup> ligne. À CSSSL, la sensibilité du E. coli pour céfadroxil est de 94 % (toutefois, cause plus de candidose que amoxicilline)</li> <li>2<sup>e</sup> choix. À CSSSL la sensibilité du E. coli pour amoxicilline est de 67 %</li> <li>Si allergie à pénicilline. À CSSSL, la sensibilité du E. coli pour nitrofurantoïne est de 99 %</li> <li>Utile en cas d'allergie à la pénicilline</li> <li>Éviter sel estolate</li> <li>Éviter au premier trimestre et à la fin du 3<sup>e</sup> trimestre</li> </ul>
Amoxicilline 250-500 mg po tid (0,12-0,21 \$)		
Nitrofurantoïne 50-100 mg po qid (0,59 \$)		
Érythromycine (base) 333 mg po tid (0,82 \$)		
TMP-SMX 160-800 mg po bid (0,15 \$) TMP 100 mg po bid (1,44 \$)		
<p><sup>1</sup> Contrôle urine 1 semaine post traitement puis q mois  <sup>2</sup> Contrôle urine 1 semaine post traitement puis q mois. Si résultat +, traiter avec un autre antibiotique x 10 jours. Si récurrence, amorcer prophylaxie jusqu'à accouchement.</p>		

TRAITEMENT EMPIRIQUE (\$/JOUR)	DURÉE	COMMENTAIRES
<b>FEMME ENCEINTE : PYÉLONÉPHRITE</b>		
Ampicilline 1 g iv q 6 h + gentamicine 1,5 mg/kg q 8 h (6,37 \$)	14 jours total (voie iv + orale)	▪ 1 <sup>er</sup> choix ▪ Éviter aminoside unidose
Ceftriaxone 1-2 g iv q 24 h (34,85-68,67 \$)		▪ 1 <sup>er</sup> choix pour tx ambulatoire : Ceftriaxone ▪ Bon choix pour éviter aminoside
Céfotaxime 1-2 g iv q 8 h (18,24-36,48 \$)		▪ Avec ampicilline si couverture des entérocoques désirée
Passage de la voie iv à po est possible si bonne réponse au traitement et afébrile. Contrôle urine post-traitement. Voir cystite-femme enceinte.		
<b>PROSTATITE AIGÜE (BÉNIGNE)</b>		
TMP-SMX (160-800 mg) po bid (0,15 \$)	Favoriser durée 28 jours	▪ 1 <sup>er</sup> choix
TMP 100 mg po bid (1,44 \$)		▪ Si allergie aux sulfamides
Ciprofloxacine 500 mg po bid (1,07 \$)		▪ Si Pseudomonas sp
Doxycycline 100 mg po bid (0,30 \$)		▪ Dernier choix
<b>PROSTATITE AIGÜE (SÉVÈRE) : Patient toxique, fièvre, nausées-vomissements, rétention urinaire, douleur, hydratation, voie orale impossible.</b>		
Ampicilline 1 g iv q 6 h + Gentamicine unidose ou 1,5 mg/kg q 8 h (6,37 \$)	Durée 28 jours ad 4 à 6 semaines (voie iv + orale)	▪ 1 <sup>er</sup> choix
Céfazoline 1 g iv q 8 h + Gentamicine unidose ou 1,5 mg/kg q 8 h (7,06 \$)		▪ Si présence de staphylocoques ▪ Si allergie aux β-lactames, donner vancomycine
Ciprofloxacine 400 mg iv q 12 h (67,66 \$)		▪ Si aminoside contre-indiqué
<b>PROSTATITE CHRONIQUE</b>		
Ciprofloxacine 500 mg po bid (1,07 \$)	Durée 6 à 12 semaines	▪ 1 <sup>er</sup> choix
TMP-SMX 160-800 mg po bid (0,15 \$)		▪ Bon choix si culture sensible
TMP 100 mg po bid (1,44 \$)		▪ Si allergie aux sulfamides
Les β-lactames ne sont pas un bon choix en prostatisme chronique même si la culture est sensible car il y a mauvaise pénétration a/n des tissus ciblés. Si échec avec cette durée de traitement (ou > 3 épisodes/année), alors une prophylaxie à long terme est recommandée avec : TMP-SMX 80/400 mg ½ co die, ou TMP 100 mg 1 co die, ou ciprofloxacine 250 mg po die.		

## INFECTIONS URINAIRES COMPLIQUÉES

ANTIBIOTIQUES (\$/JOUR)	DURÉE	COMMENTAIRES
<b>CYSTITE CHEZ L'HOMME</b>		
Ciprofloxacin 500 mg po bid (1,07 \$)	10 à 14 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Résistance E. coli de 19 %</li> </ul>
TMP-SMX 160-800 mg po bid (0,15 \$)		
Si rechute, évaluation en urologie et traitement de 6 semaines alors à considérer		
<b>INFECTION URINAIRE BASSE – CYSTITE CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS</b>		
Ciprofloxacin 250 mg po bid (0,95 \$)	Si femme Si femme post ménoposée : 7-10 jours selon l'antibiotique*  Si homme : 14 jours et évaluation urologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ À favoriser si la résistance locale au E.coli avec le Septra &gt; 15-20 % (à la CSSSL la résistance est de 19 %)</li> <li>▪ Bon choix empirique si la résistance locale au E. coli est &lt; 15 à 20 % (à la CSSSL la résistance est de 19 %)</li> </ul>
TMP-SMX 160-800 mg po bid (0,15 \$)		
Amoxicilline 250-500 mg po tid (0,12-0,21 \$)		
Céfadroxil 500 mg po bid (1,18 \$)		
* 7 jours avec Ciprofloxacin ou TMX-SMX; 10 jours avec Amoxicilline ou Céfadroxil Si résidents en centre d'hébergement, attention aux pathogènes résistants. Si fonction rénale diminuée, ajuster la posologie.		
<b>INFECTION URINAIRE NOSOCOMIALE (48 H POST ADMISSION)</b>		
<b>Si symptômes d'infection urinaire haute :</b>  Ciprofloxacin 400 mg iv q 12 h (67,66 \$) <b>OU</b>  Ceftazidime 2 g iv q 8 h (28,05 \$) <b>OU</b>  Gentamicine unidose ou 1,5 mg/kg iv q 8 h (6,37 \$)	14 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si résistance suspectée, couvrir avec 2 agents x 48 heures ou ad résultat de culture.</li> <li>▪ Ajout (si entérocoques suspectés) de : 1- ampicilline ou 2- vancomycine si allergie à la pénicilline ou SARO suspecté.</li> <li>▪ Tx à réajuster avec résultats de culture.</li> <li>▪ Si hémocultures positives, passage de la voie iv à orale lorsque afébrile x 48 heures et bonne réponse.</li> </ul>
<b>Si symptômes d'infection urinaire basse :</b>  Ciprofloxacin 500 mg po bid (1,07 \$)	7 à 10 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tx à réajuster avec résultats de culture.</li> </ul>
<b>INFECTION AVEC SONDE URINAIRE</b>		
<b>Infection asymptomatique :</b> La majorité des patients avec sonde ont une bactériurie. Le traitement chez les patients asymptomatiques est en général non indiqué. <b>Infection symptomatique :</b> Si le patient présente seulement de la fièvre, sans autre symptôme urinaire même en présence de pyurie, chercher autres causes possibles de température avant de traiter d'emblée.		
<b>Si sonde à court terme (&lt; 30 jours) :</b> Changer le cathéter. <b>Si sonde à demeure (&gt; 30 jours) :</b> Changer le cathéter si installé depuis plus de 2 semaines		
<b>Symptômes peu sévères :</b>  Ciprofloxacin 500 mg po bid (1,07 \$)	7 à 14 jours selon sévérité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Attendre si possible le résultat de culture avant de débiter le traitement.</li> </ul>
<b>Symptômes sévères :</b> voir traitement de la pyélonéphrite aiguë (voie iv)		

ANTIBIOTIQUES (\$/JOUR)	DURÉE	COMMENTAIRES
<b>PATIENT PARALYSÉ (VESSIE NEUROGÈNE, SONDE URINAIRE À DEMEURE)</b>		
<p>Bactéries souvent résistantes. Pseudomonas très fréquent. Traiter par voie intraveineuse initialement (si symptômes d'infection urinaire haute) puis relais po. Traitement total de 14 jours.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Si paraplégique :            ↓ Cl créatinine de 20 %</li> <li>♦ Si quadraplégique :        ↓ Cl créatinine de 40 %</li> </ul>		
<b>CYSTITE / POPULATION DIABÉTIQUE</b>		
<p>Voir traitement de la cystite aiguë non compliquée (chez jeune femme) Durée de traitement de 7 à 10 jours. Traitement de courte durée contre-indiqué.</p>		
<b>PATIENT AVEC ABCÈS RÉNAL ET PÉRINÉPHRIQUE</b>		
<p>Gentamicine unidose ou 1,5 mg/kg q 8 h + Céfazoline 1 g iv q 8 h (7,06 \$) Céfotaxime 1-2 g iv q 8 h (18,24 à 36,48 \$) <b>OU</b> Ceftriaxone 1-2 g iv q 24 h (34,85 à 68,67\$) <b>OU</b> Ceftazidime 2 g iv q 8 h (si pseudomonas) (28,05 \$) <b>OU</b> Ciprofloxacine 400 mg iv q 12 h (si allergie pénicilline) (67,66 \$)</p>	<p>3 semaines minimum, (en limitant la durée de tx des aminosides &lt; 7 jours si possible)  Selon réponse et CT scan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation Micro – Infectiologie et Urologie</li> <li>▪ Vancomycine si SARO</li> <li>▪ Investiguer si obstruction</li> <li>▪ Drainage selon situation clinique</li> </ul>
<b>PATIENT AVEC REIN POLYKYSTIQUE</b>		
<p>Si IRC, éviter les aminosides (ciprofloxacine peut être un bon choix) Durée minimale : 3 semaines (selon réponse et CT scan). Consultation microbiologie-infectiologie, néphrologie et urologie</p>		
<b>PATIENT AVEC LITHIASES INFECTÉES</b>		
<p>Consultation en urologie Couvir Proteus La ciprofloxacine 400 mg iv q 12 est un bon choix. Voir le traitement des PNA aiguës iv.</p>		

## TOXICITÉ DES AGENTS UTILISÉS DURANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

		Grossesse		Allaitement
Antibiotiques	Toxicité potentielle		Commentaires	Commentaires
	Fœtus	Mère		
<b>SANS DANGER</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pénicillines</li> <li>▪ Ac. clavulanique</li> <li>▪ Céphalosporines</li> <li>▪ Érythromycine (base)</li> <li>▪ Fosfomycine</li> </ul>	Aucune connue	Allergie	Agents très bien tolérés durant la grossesse, y compris l'amoxicilline en association avec l'acide clavulanique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sécuritaire</li> </ul>
<b>À UTILISER PRUDEMMENT</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aminosides</li> </ul>	Oto/ néphrotoxicité	Oto/ néphrotoxicité	Aucune tératogénéicité connue. À utiliser prudemment pendant une courte période. Suivre les taux sériques. Fréquemment utilisés en association avec l'ampicilline dans le traitement des pyélonéphrites. Éviter la posologie unique quotidienne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sécuritaire</li> <li>▪ Éviter régime unidose</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vancomycine</li> </ul>	Oto/ néphrotoxicité	Oto/ néphrotoxicité	À utiliser prudemment pendant une courte période. Suivre les taux sériques. Agent de choix s'il s'agit d'une infection à entérocoques, chez une patiente allergique à la pénicilline.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sécuritaire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nitrofurantoïne</li> </ul>	Anémie hémolytique	Pneumonie interstitielle Neuropathie	Hémolyse en cas de déficience en G6PD. Option utile en cas de cystite non compliquée ou de bactériurie asymptomatique chez une patiente allergique à la pénicilline.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utiliser avec précautions</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Triméthoprim- sulfaméthoxazole</li> </ul>	Kernictère	Allergie	À utiliser prudemment pendant le 2 <sup>e</sup> trimestre ou au début du 3 <sup>e</sup> . Autrement à éviter.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Éviter si nouveau-né prématuré ou avec déficience en G6PD ou hyperbilirubinémie</li> </ul>
<b>CONTRE-INDICATIONS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fluoroquinolones</li> </ul>	Arthropathies, mais risque théorique		Contre-indiquées au cours de la grossesse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réserver pour les infections résistantes ou compliquées. L'exposition des quinolones dans le lait est négligeable.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Triméthoprim et triméthoprim- sulfaméthoxazole  (1<sup>er</sup> et fin du 3<sup>e</sup> trimestre)</li> </ul>	Tératogénéicité (triméthoprim)	Allergie (sulfa- méthoxazole)	Le triméthoprim peut être tératogène. Le triméthoprim-sulfaméthoxazole doit être évité au cours du 1 <sup>er</sup> trimestre, puisque des malformations ont été signalées. Si doit être utilisé au premier trimestre alors s'assurer de compléter avec de l'acide folique 1-5 mg/j pendant le traitement. Risque d'ictère en cas de déficience en G6PD. Ne pas utiliser à la fin du 3 <sup>e</sup> trimestre ou près de la date de l'accouchement, en raison du risque d'hyperbilirubinémie induite chez le bébé par le sulfaméthoxazole.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Érythromycine (estolate)</li> </ul>		Hépatotoxicité	Il est préférable d'utiliser l'érythromycine base.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tétracyclines</li> </ul>	Décoloration des dents. Inhibition de la croissance osseuse.	Hépatotoxicité Néphropathie	Décoloration permanente des dents.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Possible si traitement de premier recours, sinon éviter.</li> <li>▪ Éviter si durée de traitement &gt; 3 semaines</li> </ul>
Adapté du tableau de Québec Pharmacie : Carle S. <i>Québec Pharmacie</i> . 51(5) L : 2004, p. 408 Et de : <i>La Référence rapide en antibiothérapie</i> . Daniel Thirion. 2005				

### QUAND CHERCHER UNE BACTÉRIURIE ASYMPTOMATIQUE?

**Femme asymptomatique** : 2 cultures d'urine avec isolement du même germe > 10<sup>5</sup> cfu/mL

**Homme** : 1 spécimen d'urine avec 1 bactérie > 10<sup>5</sup> cfu/mL

**Urine par cathétérisme (femme ou homme)** : avec 1 germe > 10<sup>2</sup> cfu/mL

Circonstance	Faut-il traiter?	Commentaires
▪ Grossesse	Oui	▪ Voir tableau précédent.
▪ Intervention urologie invasive (trans-urétrale) de la prostate, ou intervention à haut risque de saignement de la muqueuse	Oui	▪ Quinolones, céphalosporines de 1 <sup>re</sup> génération ou gentamicine Pour 1 dose avant l'intervention; cesser post procédure, sauf si un cathéter demeure en place et alors tx ad retrait.
▪ Maladies sous-jacentes importantes : – Valves cardiaques ou risque d'endocardite – Immunosuppression (corticostéroïdes ou chimiothérapie) ▪ Greffe rénale	Oui	▪ Il faut envisager les complications possibles.  ▪ En présence d'immunosuppression ou de greffe rénale, il faut envisager sérieusement un traitement de 7 à 10 jours, bien que le IDSA n'a pu émettre aucune recommandation.
▪ Présence de sonde urinaire à court terme (p. ex., après chirurgie)	Oui ?	▪ Il faut évaluer les risques vs les bienfaits. ▪ Trois jours de traitement avec du TMP-SMX ou une quinolone, selon les maladies sous-jacentes du patient. ▪ Si bactériurie persiste plus de 48 heures après le retrait du cathéter, un tx peut être considéré.
▪ Présence de sonde urinaire à demeure	Non	▪ Traitement contre-indiqué en raison des effets indésirables, le coût et le risque d'émergence de bactéries résistantes. ▪ En cas de présence de germes <i>Candida</i> dans l'urine, il faut remplacer la sonde. Toutefois, on peut traiter les patients avec greffe rénale ou pour une chirurgie urinaire élective.
▪ Personnes âgées	Non	▪ Traitement inefficace pour prévenir une infection ultérieure, risque d'effets indésirables et de résistance bactérienne (à noter que 40 % des personnes âgées ont des bactériuries asymptomatiques périodiquement). ▪ Il ne faut traiter qu'en cas de manifestations cliniques symptomatiques, sans oublier d'ajuster les doses en insuffisance rénale.
▪ Femme diabétique	Non	▪ Pas plus de risque à accélérer la progression des complications diabétiques.
▪ Femme préménopausée	Non	▪ Pas associé à long terme à plus de complications telles que HTA, IRC, cancer génito-urinaire.
▪ Patients paralysés	Non	▪ À moins que patient devienne symptomatique.
▪ Prothèse orthopédique récente < 2 ans (ex. : PTH, PTG)	Oui	▪ Si chirurgie urologique ou manipulation, alors donner prophylaxie.

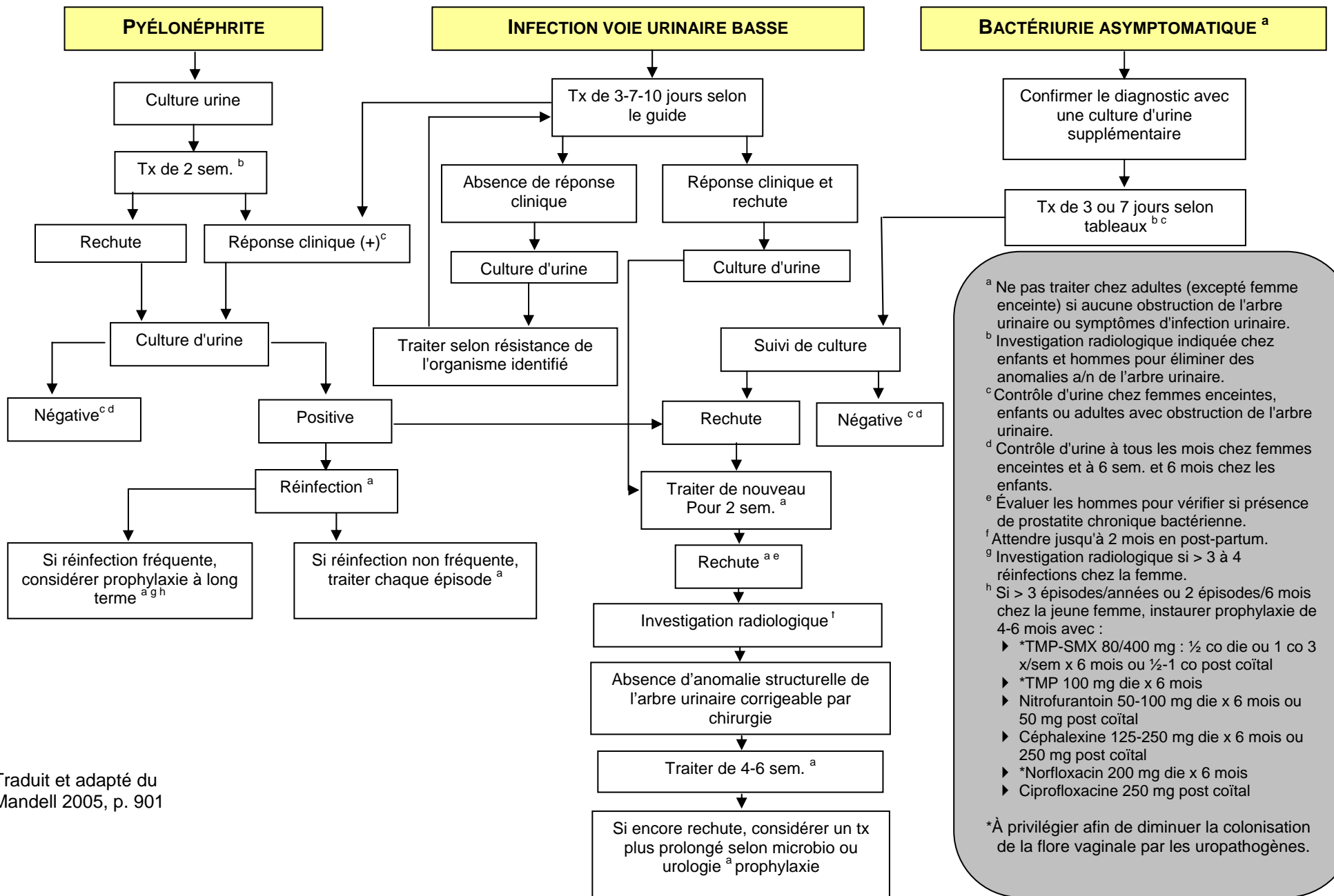
Adapté 1) Du tableau de *Québec Pharmacie*, vol 51, no 5, mai 2004, p. 416.

2) IDSA, *Guidelines for Asymptomatic Bacteriuria*, 2005.

### Bactériurie asymptomatique

- **Femme asymptomatique** : 2 cultures d'urine avec isolement du même germe > 10<sup>5</sup> cfu/mL
- **Homme** : 1 spécimen d'urine avec 1 bactérie > 10<sup>5</sup> cfu/mL
- **Urine par cathétérisme (femme ou homme)** : avec 1 germe > 10<sup>2</sup> cfu/mL

# ALGORITHME DE TRAITEMENT



- <sup>a</sup> Ne pas traiter chez adultes (excepté femme enceinte) si aucune obstruction de l'arbre urinaire ou symptômes d'infection urinaire.
  - <sup>b</sup> Investigation radiologique indiquée chez enfants et hommes pour éliminer des anomalies a/n de l'arbre urinaire.
  - <sup>c</sup> Contrôle d'urine chez femmes enceintes, enfants ou adultes avec obstruction de l'arbre urinaire.
  - <sup>d</sup> Contrôle d'urine à tous les mois chez femmes enceintes et à 6 sem. et 6 mois chez les enfants.
  - <sup>e</sup> Évaluer les hommes pour vérifier si présence de prostatite chronique bactérienne.
  - <sup>f</sup> Attendre jusqu'à 2 mois en post-partum.
  - <sup>g</sup> Investigation radiologique si > 3 à 4 réinfections chez la femme.
  - <sup>h</sup> Si > 3 épisodes/années ou 2 épisodes/6 mois chez la jeune femme, instaurer prophylaxie de 4-6 mois avec :
    - ▶ \*TMP-SMX 80/400 mg : ½ co die ou 1 co 3 x/sem x 6 mois ou ½-1 co post coïtal
    - ▶ \*TMP 100 mg die x 6 mois
    - ▶ Nitrofurantoin 50-100 mg die x 6 mois ou 50 mg post coïtal
    - ▶ Céphalexine 125-250 mg die x 6 mois ou 250 mg post coïtal
    - ▶ \*Norfloxacin 200 mg die x 6 mois
    - ▶ Ciprofloxacine 250 mg post coïtal
- \*À privilégier afin de diminuer la colonisation de la flore vaginale par les uropathogènes.

Traduit et adapté du Mandell 2005, p. 901

## RÉFÉRENCES PRINCIPALES

- Bass PF., Jarvis JA., Mitchell CK., urinary tract infections. Primary Care clinics in Office Practice 2003. vol 30. No 1
- Carle S. Le traitement des infections urinaires (1<sup>re</sup> partie). Québec Pharmacie 2004. Vol. 51 no.4. pp 319-332.
- Carle S. Le traitement des infections urinaires (2<sup>e</sup> partie). Québec Pharmacie 2004. Vol. 51 no.5. pp 407-418.
- IDSA Guidelines for Antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. 1999; vol29; no.4:745-758.
- IDSA Guidelines for Asymptomatic Bacteriuria. CID 2005;40 (1 march). pp 643-654.
- Mandell 2005. Nosocomial urinary tract infections. Chap 302. pp 3370-3377.
- Mandell 2005. Urinary tract infections, Chap. 66. pp 875-902.
- Nicolle LE., Urinary tract infection : traditional pharmacologic therapies. Am J Med 2002. Vol. 113 (suppl 1a); july 8.