

Faut-il encore conseiller la Fosfomycine dans les infections urinaires ?

Réseau REUSSIR 2020

Brieu N, Gallou J, Beaudron A, Billon L, Cadot L, Delarbre JM, Descamps D, Decoster A, Dubourdieu B, Evreux F, Garnotel E, Jean pierre H, Jehan J, Flao T, Larreche S, Laurent E, Mignard S, Paul JG, Peuchant O, Pierrejean D, Recope S, Rousselier P, Ruimy R, Samson T, Toro A, Vagnat S, Verdier I, Weillaert MP, Villemain M, Chardon H.

Réseau Reussir

Objet

L'infection urinaire (IU) est l'une des infections communautaires les plus fréquentes aux côtés des infections ORL. Dans 80% des cas, *Escherichia coli* (ECOL) est le germe incriminé mais on retrouve également des souches de *Klebsiella pneumoniae* (KPNEU) et *Proteus mirabilis* (PMIR).

D'après les recommandations sur le traitement des infections urinaires de 2015 la fosfomycine-trométamol est le traitement probabiliste de première intention en cas de cystite simple. En 2019, le CASFM a modifié les diamètres critiques de la fosfomycine, passant de 19 mm à 24 mm ce qui a modifié la catégorisation clinique pour un certain nombre de souches.

A noter également : la concentration critique de la fosfomycine orale est passée de 32 mg/L en 2020 à 8 mg/l en 2021, alors que le diamètre critique de 24 mm n'a pas changé, la concentration critique de la fosfomycine I.V. est restée à 32 mg/L entre 2020 et 2021, alors que le diamètre critique est passé de 24 mm en 2020 à 21 mm en 2021. La valeur Pk/Pd de la fosfomycine orale absente en 2020 (éléments de preuve insuffisants) est de 8 mg/L en 2021. Enfin, selon l'EUCAST (Fosfomycin trometamol: Rationale for the EUCAST clinical breakpoints. 2013), "a 3 g dose of fosfomycin trometamol can maintain urinary concentration of >128 mg/L in urine for 24-36 h.

Méthodes

Les données présentées montrent le nombre de souches rendues résistantes selon l'interprétation du CASFM avant 2019 versus 2019. Ces données sont issues du Réseau REUSSIR regroupant 22 structures. Les établissements de soins se répartissent en 3 CHU, 20 CHG, 3 Hôpitaux des Armées, 1 structure participant au service public. On comptabilise donc 15 817 lits de MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique) et 1 790 lits de SSR.

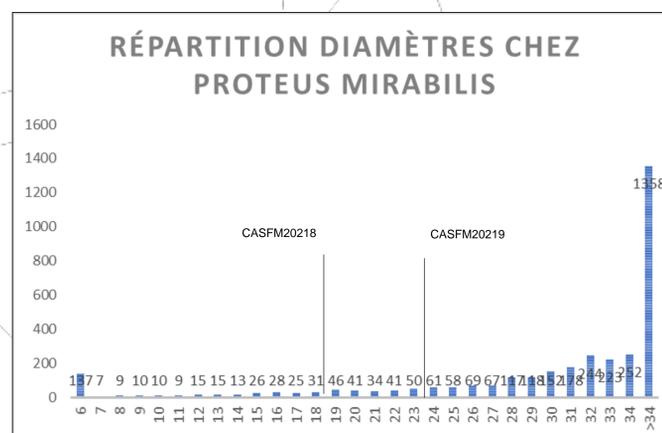
Sont présentés les diamètres d'inhibition de ECOL (34480 souches), KPNE (6527 souches) (PMIR) (3424 souches).

Résultats

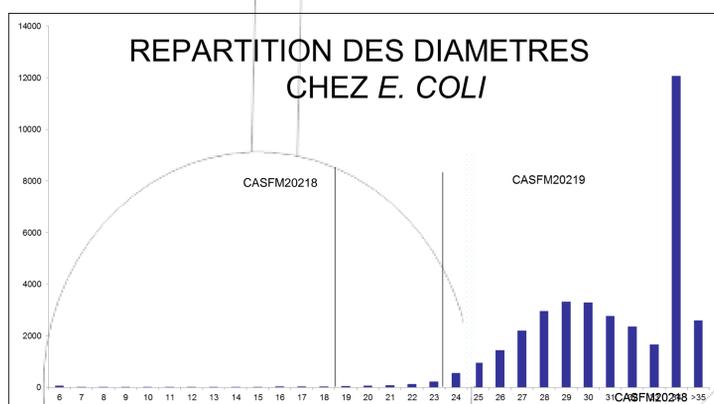
Les résultats dans le tableau 1 présentent la sensibilité des différents germes dans les infections urinaires selon le référentiel CASFM 2018 vs CASFM 2019.

	% de souches Résistantes à la Fosfomycine Interprétation CASFM 2018	% de souches Résistantes à la Fosfomycine Interprétation CASFM 2019
ECOL	0.3	2.97
KPNEU	16.8	88.2
PMIR	9.11	16.2

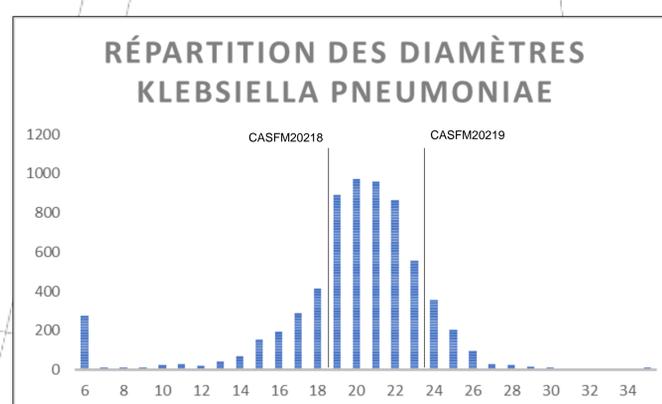
Tableau 1: % de souches résistantes à la Fosfomycine selon le référentiel utilisé



Graphique 2
Répartition des diamètres à la Fosfomycine pour les souches de *P. mirabilis*



Graphique 1
Répartition des diamètres des diamètres à la Fosfomycine pour les souches d'*E. coli*



Graphique 3 :
Répartition des diamètres à la Fosfomycine pour les souches *K. pneumoniae*

Conclusion

Pour les souches d' *E. coli*, la fosfomycine reste active à plus de 95 %, elle garde donc sa place en traitement probabiliste des cystites. Pour *Proteus Mirabilis* un taux de résistance de 16.2% reste acceptable, il est admis pour les infections « non graves » le taux de résistance à l'antibiotique doit rester inférieur à 20%. La question se pose pour une cystite à *Klebsiella pneumoniae* ou 88,2% des souches sont résistantes. Il est alors préférable ne pas conseiller la Fosfomycine.