

Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme

Fiche Mémo

Novembre 2016



Le but de cette fiche mémo est de favoriser la prescription appropriée d'antibiotiques, afin de diminuer les résistances bactériennes pouvant conduire à des impasses thérapeutiques. Le choix de l'antibiotique, sa dose et sa posologie sont les éléments à prendre en compte pour une prescription adaptée.

► **Les facteurs de risque de complication** sont la grossesse, toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, l'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min), l'immunodépression grave, un âge supérieur à 75 ans, ou supérieur à 65 ans avec au moins 3 critères de Fried (*cf.* page 76). Le diabète, type 1 ou 2, n'est pas un facteur de risque de complication.

CYSTITE AIGUË SIMPLE (AUCUN FACTEUR DE RISQUE DE COMPLICATION)

- Diagnostic clinique : signes seuls ou associés : brûlures et douleurs à la miction, pollakiurie, mictions impérieuses. Présence d'hématurie dans 30 % des cas.
- Recherche de leucocytes et nitrites positive par réalisation d'une bandelette urinaire.
 - Ne pas prescrire un examen cyto bactériologique des urines (ECBU).

► Les traitements recommandés sont :

1 ^{re} intention	fosfomycine-trométamol, 3 grammes en dose unique
2 ^e intention	pivmécillinam, 400 mg x 2/j, pendant 5 jours

* Pour les autres alternatives préconisées, se référer au texte de la recommandation de bonne pratique de la SPILF : « Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires communautaires de l'adulte » 2015.

- Les autres antibiotiques ne sont pas indiqués.
- Pas d'ECBU sauf si évolution défavorable (persistance des signes cliniques après 3 jours ou de récurrence précoce dans les 2 semaines).

(*) Nous remercions la Haute Autorité de Santé de nous avoir autorisés à reproduire ce texte. Il est également consultable sur le site www.has-sante.fr rubrique *Évaluation & recommandation*.

CYSTITE AIGUË À RISQUE DE COMPLICATIONS (AU MOINS 1 FACTEUR DE RISQUE)

- Réalisation d'une bandelette urinaire et en cas de positivité d'un ECBU.
 - Le diagnostic est posé si leucocyturie $> 10^4$ /ml et bactériurie $\geq 10^3$ UFC/ml pour *Escherichia coli*, *Staphylococcus* et $\geq 10^4$ UFC/ml pour les autres entérobactéries, *Corynebacterium urealyticum*, *Pseudomonas aeruginosa* et *Staphylococcus aureus*.
 - Un bilan étiologique est à envisager au cas par cas en fonction du facteur de risque de complication.
- **Si le traitement peut être différé** : traitement adapté à l'antibiogramme.
 - Par ordre de préférence et selon l'antibiogramme* :

1 ^{re} intention	amoxicilline, 1 g x 3/j, pendant 7 jours
2 ^e intention	pivmécillinam, 400 mg x 2/j, pendant 7 jours
3 ^e intention	nitrofurantoïne, 100 mg x 3/j, pendant 7 jours (contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale avec clairance de la créatinine < 40 ml/min, si prise supérieure à 10 jours risque d'effets secondaires rares mais graves, notamment pulmonaires et hépatiques)

* Pour les autres alternatives préconisées au-delà de la 3^e intention, se référer au texte de la recommandation de bonne pratique de la SPILF : « Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte », 2015.

- **Si le traitement ne peut pas être différé** (cas rares : patiente très symptomatique, terrain particulier) : traitement probabiliste avec adaptation secondaire systématique de l'antibiothérapie à l'antibiogramme :

1 ^{re} intention	nitrofurantoïne, 100 mg x 3/j, pour une durée totale de 7 jours (contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale avec clairance de la créatinine < 40 ml/min, si prise supérieure à 10 jours risque d'effets secondaires rares mais graves, notamment pulmonaires et hépatiques)
2 ^e intention	<ul style="list-style-type: none"> • céfixime, 200 mg x 2/j, pour une durée totale de 7 jours, • ou fluoroquinolone (ciprofloxacine, 500 mg x 2/j, ou ofloxacine, 200 mg x 2/j) pour une durée totale de 5 jours.

- Pas d'ECBU sauf si évolution défavorable (persistance des signes cliniques après 3 jours ou de récurrence précoce dans les 2 semaines).

CYSTITE AIGUË RÉCIDIVANTE (AU MOINS 4 ÉPISODES PENDANT UNE PÉRIODE DE 12 MOIS) SANS FACTEUR DE RISQUE DE COMPLICATION

- ECBU pour les premiers épisodes et en cas de mauvaise réponse thérapeutique faisant suspecter une antibio-résistance.
 - Pas d'investigations complémentaires systématiques chez la femme non ménopausée avec examen clinique normal.
- Le traitement curatif d'un épisode de cystite récidivante est celui d'une cystite simple.
- **Prévention des récurrences** :
 - apports hydriques suffisants, mictions non retenues, régularisation du transit intestinal et arrêt des spermicides s'il y a lieu ;
 - la canneberge peut être proposée en prévention des cystites récidivantes à *E. coli*, à la dose de 36 mg/j de proanthocyanidine ;
 - les œstrogènes peuvent être proposés en application locale chez les femmes ménopausées après avis gynécologique.
- **Antibioprophylaxie si au moins un épisode par mois**.
 - Nitrofurantoïne contre-indiquée. Fluoroquinolones et bêta-lactamines doivent être évitées.
 - Cystite post-coïtale, prise dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel :

1 ^{re} intention	1 comprimé de 100 mg de triméthoprime (1 fois par jour maximum) ou cotrimoxazole 400/80
2 ^e intention	3 grammes de fosfomycine-trométamol (administration tous les 7 jours au maximum en raison de l'effet prolongé de la prise unique)

- Autres situations, si infections urinaires très fréquentes (au moins 1 fois par mois), une antibioprophylaxie continue peut être proposée, réévaluation au moins 2 fois par an :

1 ^{re} intention	1 comprimé de 100 mg de triméthoprime par jour ou cotrimoxazole 400/80
2 ^e intention	3 grammes de fosfomycine-trométamol tous les 7 jours

- Pas d'ECBU sauf si évolution défavorable (persistance des signes cliniques après 3 jours ou de récurrence précoce dans les 2 semaines).

Critères de Fried

- Perte de poids involontaire au cours de la dernière année
- Vitesse de marche lente
- Faible endurance
- Faiblesse/fatigue
- Activité physique réduite