Prescription d'antibiotiques en cas d'infection urinaire (cystite) aiguë simple : fiche informative et aide à la décision

Ce document s'adresse aux médecins et synthétise les données importantes à connaître en vue d'une prise de décision partagée avec leurs patient.e.s.

Épidémiologie

Classification

Une cystite est définie comme simple quand elle survient chez une femme de moins de 65 ans, qui n'est pas enceinte, en bonne santé habituelle, qu'il n'y a pas d'anomalie fonctionnelle ou anatomique notable dans le système urinaire, de trouble rénal notable, de maladie préexistante ou concomitante importante qui pourraient favoriser des complications ou la cystite elle-même.[1,2]

Incidence et prévalence :

- On estime que 30 % de toutes les femmes souffrent d'au moins une cystite jusqu'à l'âge de 24 ans et 50 % au cours de leur vie.[3] Elles sont 25 % parmi les jeunes femmes en bonne santé à connaître des rechutes.[4]
- Il est difficile de définir la fréquence des cystites simples car les personnes concernées ne sont qu'une partie à solliciter une aide médicale ou bien parce qu'elles consultent divers types de médecins (généralistes, gynécologues, urologues et urgentistes).[2]
- Lors d'une étude représentative menée en Grande-Bretagne auprès de 2424 femmes de 16 ans et plus, 37 % ont indiqué avoir déjà eu au moins une cystite au cours de leur vie et 78 % à en avoir eu plusieurs. L'incidence annuelle s'élevait à 11 % en 2014.[5] L'analyse des données de facturation des prises en charge médicales ambulatoires en Allemagne a établi qu'un diagnostic de cystite / infection urinaire aiguë a été posé chez 8,7 % des femmes de plus de 12 ans en 2012. L'incidence annuelle rapportée aux États-Unis est de 12,6 %.

Pathogenèse et fréquence des causes bactériennes :

- Les cystites simples sont majoritairement d'origine bactérienne (plus rarement virale ou fongique).
- Des agents pathogènes potentiels provenant du système digestif colonisent la muqueuse périurétrale et remontent jusqu'à la vessie par l'urètre. Le germe uropathogène incriminé dans 80% des cas de cystite est E. coli.
- Différentes bactéries telles que Enterobacter, Klebsiella, Proteus et les staphylocoques sont responsables des autres cas.[6]

Aspects cliniques[1]

Symptômes :

- Dysurie, pollakiurie, besoin impérieux d'uriner
- Douleurs suprapubiennes
- Nycturie nouvelle

Constatations cliniques :

- Urines troubles
- Hématurie

Diagnostics différentiels

1. Infections gynécologiques (colpite, annexite, salpingite ; présence supplémentaire de démangeaisons / pertes vaginales)[2]
2. Pyélonéphrite (avec en plus de la fièvre, des douleurs aux flancs, des douleurs pulsatiles au niveau des loges rénales)
3. Bactériurie asymptomatique (traitement inutile !)

Drapeaux rouges

- Fièvre, frissons
- Douleurs au flanc
- Nausées, vomissements
- Forte sensation de malaise
- Rechute
- Immunosuppression
- Grossesse

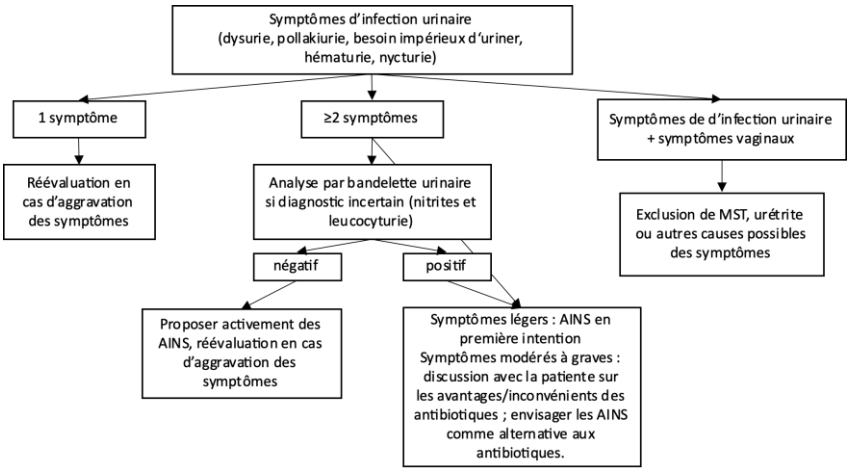
Diagnostic

Diagnostic

Il est possible de diagnostiquer une cystite simple sur la base d'au moins 2 symptômes urinaires, en l'absence de symptômes vaginaux.

On peut très fortement supposer une cystite simple lorsque les femmes[2] :

1. *décrivent les symptômes typiques* : Une revue systématique incluant 3711 patient.e.s a permis d'identifier 5 symptômes diagnostiques pertinents : **dysurie, pollakiurie, besoin impérieux d'uriner, hématurie, nycturie.** La présence de **deux ou plusieurs** symptômes pertinents évoque l'existence d'une cystite.[7] Le diagnostic **ne** doit **pas** être posé en présence d'un seul symptôme.[8]
2. *ne présentent pas de symptômes vaginaux* (démangeaisons, écoulement vaginal) : L'existence de symptômes vaginaux réduit la probabilité d'une cystite et évoque plutôt une MST (maladie sexuellement transmissible) ou une urétrite.[7]



3. *ne présentent pas de facteur de risque pour une cystite compliquée* : Grossesse, maladie préexistante, anomalie du système urinaire, …)
4. *ne présentent pas de fièvre ni de douleurs au flanc*

Les analyses urinaires de routine ne sont pas conseillées pour diagnostiquer la cystite et la prise en charge.

- La probabilité de bactériurie est > 90 % chez une femme avec ≥ 2 symptômes typiques. La probabilité de cystite reste d'environ 50 % même si les tests de nitrites et de leucocytes sont négatifs.[9-11]
- L'analyse par bandelettes urinaires peut affiner la précision du diagnostic si celui-ci n'est pas clair.[1,8] Un test positif aux nitrites aide à poser le diagnostic de cystite : LR+ 4,42 signifie que la probabilité prétest de cystite est multipliée par 4,5 ; un test négatif n'exclut pas une cystite pour autant (LR- 0,53).[8]

Diagnostic

- Il est possible de détecter les nitrites à condition que l'urine contienne suffisamment de nitrates provenant de l'alimentation et qu'elle soit restée au moins 4 heures dans la vessie.
- Les entérocoques et staphylocoques sont toujours négatifs aux nitrites.
- La détection de leucocyte estérase indique une éventuelle inflammation.
- La leucocyturie n'est pas spécifique de la cystite et peut indiquer la présence d'autres inflammations.[1,8]

Il est conseillé de procéder à une culture urinaire en cas de cystites récidivantes **≥ 2 en 6 mois / ≥ 3 en 12 mois** en cas de prise d'antibiotiques au cours des 6 derniers mois ou lorsque l'antibiothérapie empirique n'a apporté aucune amélioration, ou bien encore en cas de pyélonéphrite ou de cystite compliquée (seuil : > 10^3 CFU/ml ; même agent pathogène provenant d'au moins 2 urines de milieu de jet).[1,8]

Possibilités thérapeutiques :

Traitement symptomatique

1. Traitement symptomatique

- Le taux de guérison spontanée d'une cystite aiguë simple est très élevé. Après 7-9 jours, 70 % des femmes en moyenne n'ont plus aucun symptôme.[12-16]
- Il n'existe aucune preuve d'un effet des produits à base de canneberge, de plantes ou d'autre origine soient efficaces contre la cystite simple.[17-19]
- Le traitement symptomatique repose sur les AINS et le paracétamol.[2,13,17] Les effets indésirables tels que les maux de tête, les douleurs abdominales ou les éruptions cutanées surviennent chez 1 personne sur 1000 sous ibuprofène.[20]

Durée des symptômes :

D'après diverses études randomisées et contrôlées[12,13,15,16,21] :

- Après 3-4 jours, 65 % des patientes traitées par antibiotiques n'ont plus de symptômes, contre 45 % sous analgésiques.
- Après 7-9 jours, ce pourcentage passe à 90 % des patientes sous antibiotiques et à 70 % des femmes sous analgésiques.

Traitement antibiotique

2. Traitement antibiotique

- **Avantages** : Avec prise d'antibiotiques, 2 patientes sur 10 voient leurs symptômes réduits après 3-4 jours (65 % vs 45 %).
- **Inconvénients / risques** : Les effets indésirables tels que la vulvovaginite, les maux de tête, les vertiges, la diarrhée, les vomissements et/ou les douleurs épigastriques surviennent chez 19 % des personnes sous antibiotiques et chez 13 % des personnes sans antibiotiques[22]; développement de résistances.

→ Il est possible d'envisager un traitement sans antibiotiques en cas de symptômes légers / modérés et d'en discuter avec la patiente.[2,13,17]

→ La prévention de complications prenant la forme d'une pyélonéphrite ou de rechutes ne constitue une indication d'antibiothérapie que sous certaines conditions.

Influence du traitement antibiotique sur les complications :

- **Pyélonéphrite** : L'incidence de la pyélonéphrite est de 3/1000 personnes sous antibiotiques contre 33/1000 sans antibiotique (AINS). Le « number needed to treat » est donc de 33. Les antibiotiques présentent par conséquent un léger avantage pour la prévention de la pyélonéphrite qui n'est toutefois pas significatif au plan statistique.[12-16]
- **Rechutes** : Aucun élément manifeste ne prouve que les antibiotiques réduisent le nombre de rechutes. Une étude randomisée et contrôlée menée sur 487 patientes a révélé un nombre comparable de rechutes (14 % vs 11 % après 28 jours) dans ces deux groupes (antibiotiques vs placebo).[13]

Posologie des antibiotiques[1,8,17]

1. Choix : **Nitrofurantoïne** 100mg toutes les 12h pendant 5d (eGFR > 45/min)
   TMP / SMX forte toutes les 12h pendant 3d (prendre en considération une résistance locale à E. coli)
2. Choix : **Fosfomycine** 3g en dose unique le soir, **Norfloxacine** 400mg toutes les 12h pour 3d, **Cefuroxim** 500mg toutes les 12h pour 3d**, Co-Amoxicilline** 500/125mg toutes les 8h pour 3d

Avantages de la réduction de la prescription d'antibiotiques

- Ne mène pas à la propagation de bactéries résistantes ; pas d'effets indésirables provoqués par l'administration d'antibiotiques.
- Une antibiothérapie immédiate favorise une consultation médicale en cas de récidive et que les patientes attendent un traitement par antibiotiques.[23]

References: see https://www.biham.unibe.ch/research/tools_to_facilitate_shared_decision_making/index_eng.html