

# Atelier cystites

Albert Sotto

- Une jeune femme de 21 ans, sans autre antécédent particulier, consulte pour des brûlures mictionnelles apparues 48 heures auparavant. Elle décrit par ailleurs une pollakiurie. Elle prend une contraception orale efficace depuis 1 an.
- 
- La température est à 37,2°C. L'examen clinique est sans particularité. En particulier la palpation des fosses lombaires ne révèle ni douleur, ni empâtement.
-

1/Quel diagnostic suspectez-vous ?  
Sur quels arguments ?

- Cystite aiguë simple
- Femme jeune, brûlures mictionnelles, pollakiurie, sans fièvre, palpation des FL = RAS

## 2/Quel examen réalisez-vous et quel(s) résultat(s) en attendez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Bandelette urinaire
- Lu + et/ou Ni +



### 2.1. Interprétation

**Chez la femme symptomatique**, l'absence simultanée de leucocytes et de nitrites présente une très bonne valeur prédictive négative (VPN) (>95%) en l'absence d'immunodépression grave. Une BU négative doit faire rechercher un autre diagnostic.

**Chez l'homme**, une BU positive pour les leucocytes et/ou les nitrites a une bonne valeur prédictive positive (VPP) (>90%). En revanche, une BU négative ne permet pas d'éliminer une IU.

### 2.2. Indications de la BU dans le diagnostic d'infection urinaire

La BU seule est recommandée dans la cystite aiguë simple.

Dans toutes les autres situations, elle ne sert que comme aide au diagnostic :

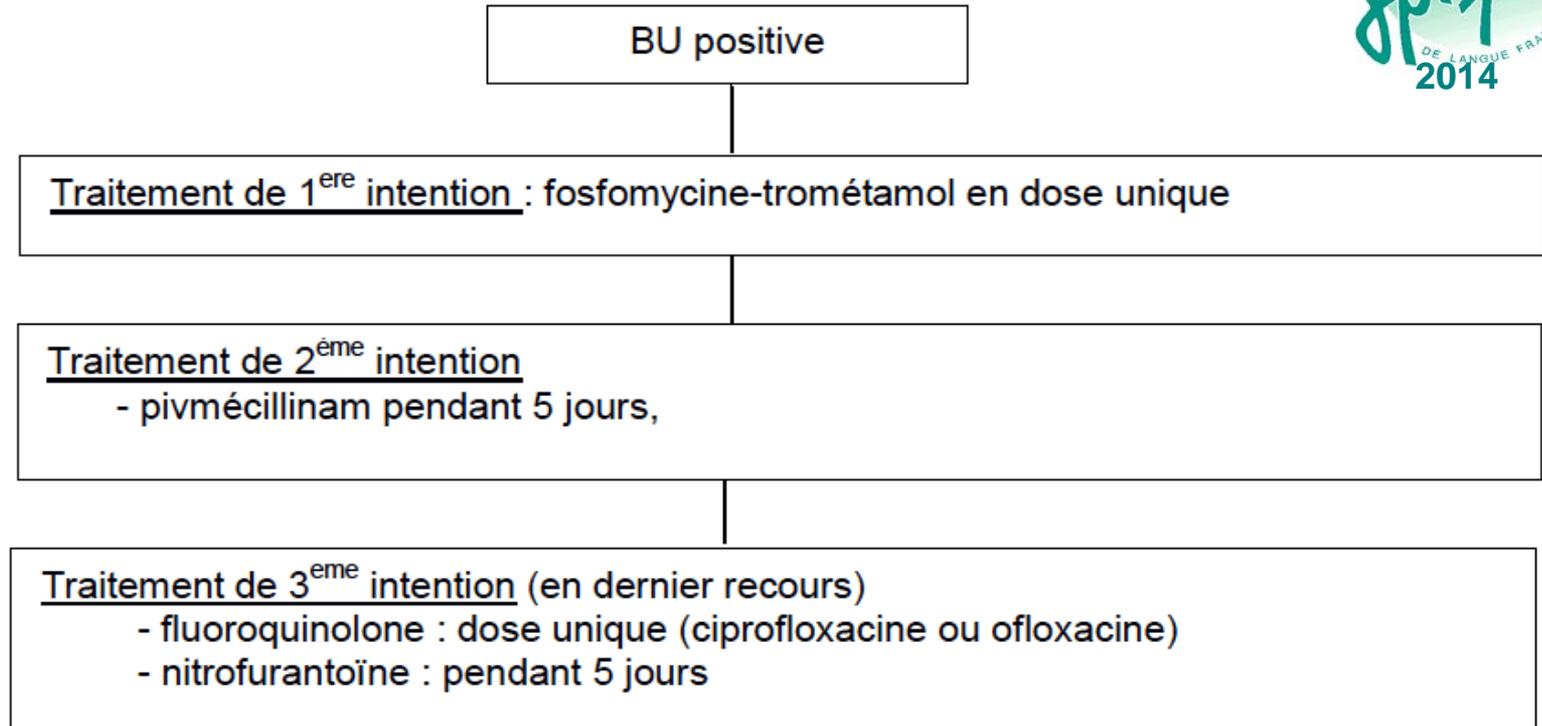
- chez la femme (en l'absence d'immunodépression grave), par sa bonne VPN, pour faire évoquer un autre diagnostic en cas de BU négative.
- chez l'homme pour conforter l'orientation diagnostique clinique.

Dans ces situations, en cas de BU positive, la réalisation d'un ECBU est systématique.

# 3/ En cas de confirmation du diagnostic quel traitement instaurez-vous ? En 1<sup>ère</sup> intention/ En 2<sup>ème</sup> intention



## Algorithme 1: antibiothérapie de la cystite simple



### Sont non-indiqués:

- l'amoxicilline, du fait d'un taux de résistance élevé
- l'amoxicilline + acide clavulanique et le TMP-SMX du fait d'un taux de résistance trop élevé et d'un impact sur le microbiote
- les C3G du fait de leur impact sur le microbiote.

La nitrofurantoïne est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale connue avec clairance de la créatinine < 40 ml/min (IV-C).

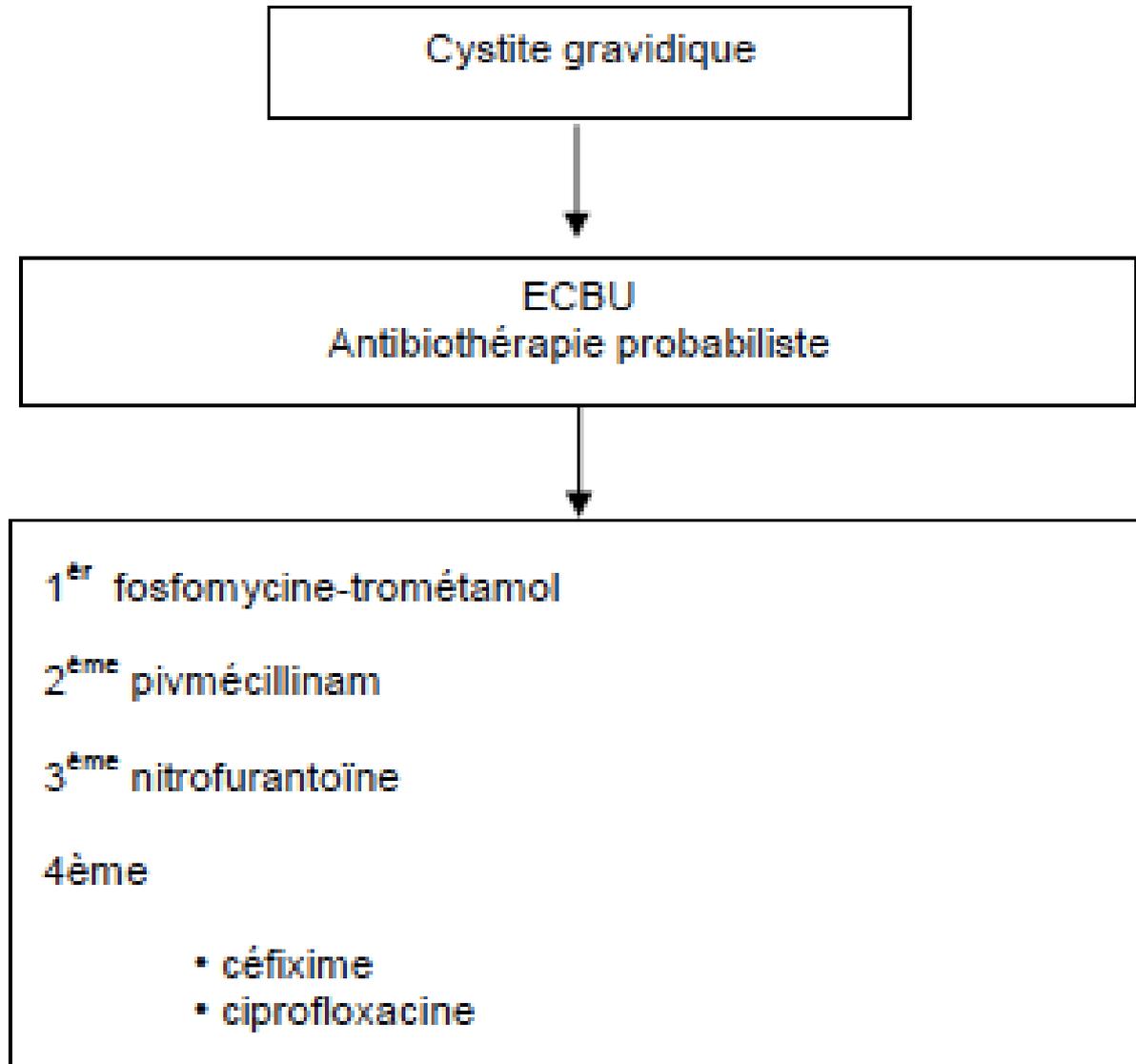
4/ Vous avez prescrit un traitement monodose. La patiente revient en consultation 3 jours après le début du traitement et se plaint toujours de brûlures mictionnelles modérées. Comment expliquez-vous cela ?

- A. mauvaise observance
- B. le contexte aurait dû vous évoquer une cystite à risque de complication
- C. la symptomatologie aurait dû vous évoquer une pyélonéphrite
- D. interaction avec la contraception orale
- E. infection à *Staphylococcus saprophyticus*

## 5/ Quelle prise en charge proposez-vous ?

- Examen de la patiente
- Si signes modérés, possibilité d'attente du résultat de l'ECBU ; sinon traitement conventionnel par nitrofurantoïne en attendant le résultat de l'ECBU
- ECBU
- Puis traitement dirigé /AB gramme
- Durée de traitement  $\geq 5$  jours

6 et 7/ Quelle aurait été votre conduite diagnostique /thérapeutique si la patiente avait été enceinte de 3 mois, lors de la 1ère consultation ?



## Réévaluation selon l'antibiogramme

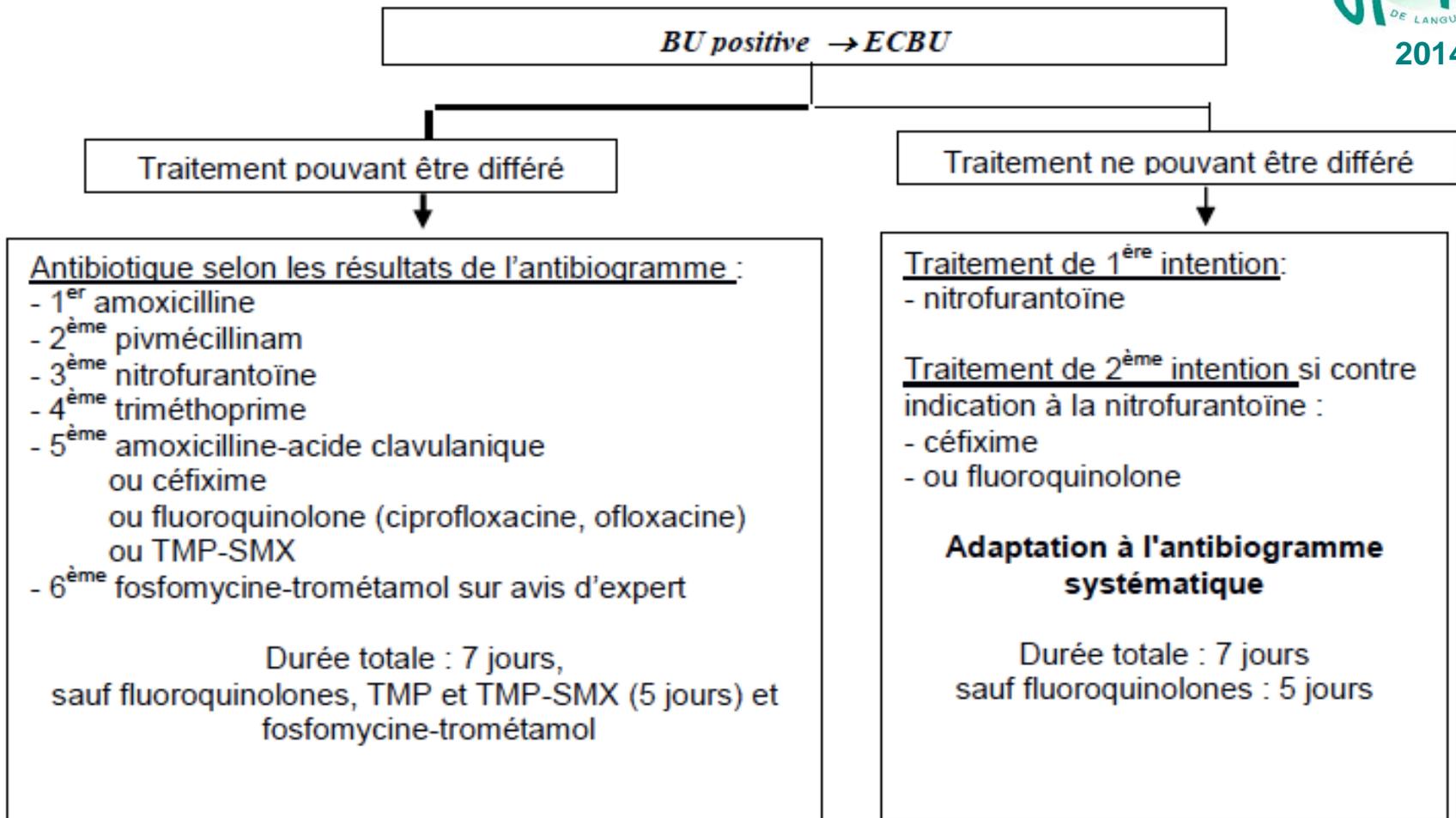
- 1<sup>er</sup> amoxicilline
- 2<sup>ème</sup> fosfomycine-trométamol ou pivmécillinam
- 3<sup>ème</sup> triméthoprime (à éviter les 2 premiers mois)
- 4<sup>ème</sup> (hiérarchie selon impact écologique)
  - nitrofurantoïne
  - SMX-TMP (à éviter les 2 premiers mois)
  - amoxicilline-acide clavulanique
  - céfixime ou ciprofloxacine

Durée totale:

7 jours sauf fosfomycine-trométamol (1 jour)

- ECBU 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement
- Puis ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement
- Si rechute
  - ATB au « coup par coup »
  - ATB préventive

# 8/ Quel aurait été votre choix antibiotique probabiliste de 1ère intention en cas de cystite à risque de complications en dehors de la femme enceinte ?



9/ Sa sœur âgée de 23 ans vous consulte pour des épisodes de cystites à répétition. L'histoire de la maladie vous permet de diagnostiquer 6 épisodes lors des 12 derniers mois. Vous évoquez le diagnostic de cystite récidivante. Énumérer les différents facteurs favorisant que vous allez rechercher à l'interrogatoire.

- Antécédents connus d'anomalie fonctionnelle ou mécanique de l'arbre urinaire
- Boissons suffisantes ?
- Mictions régulières ? Miction retenues volontairement ?
- Constipation ?
- Hygiène gynécologique ?
- Survenue post-coïtale ?

- Femme non ménopausée
  - Pas de bilan systématique sauf si anomalies cliniques
- Femme ménopausée
  - Indication du bilan à discuter au cas par cas
  - Évaluation gynécologique, imagerie, BUD, endoscopie, ...

# 10/ Donnez le principe du traitement prophylactique non antibiotique de la cystite récidivante



## Traitement prophylactique non antibiotique

Des mesures peuvent être proposées, bien que leur efficacité ne soit pas démontrée :

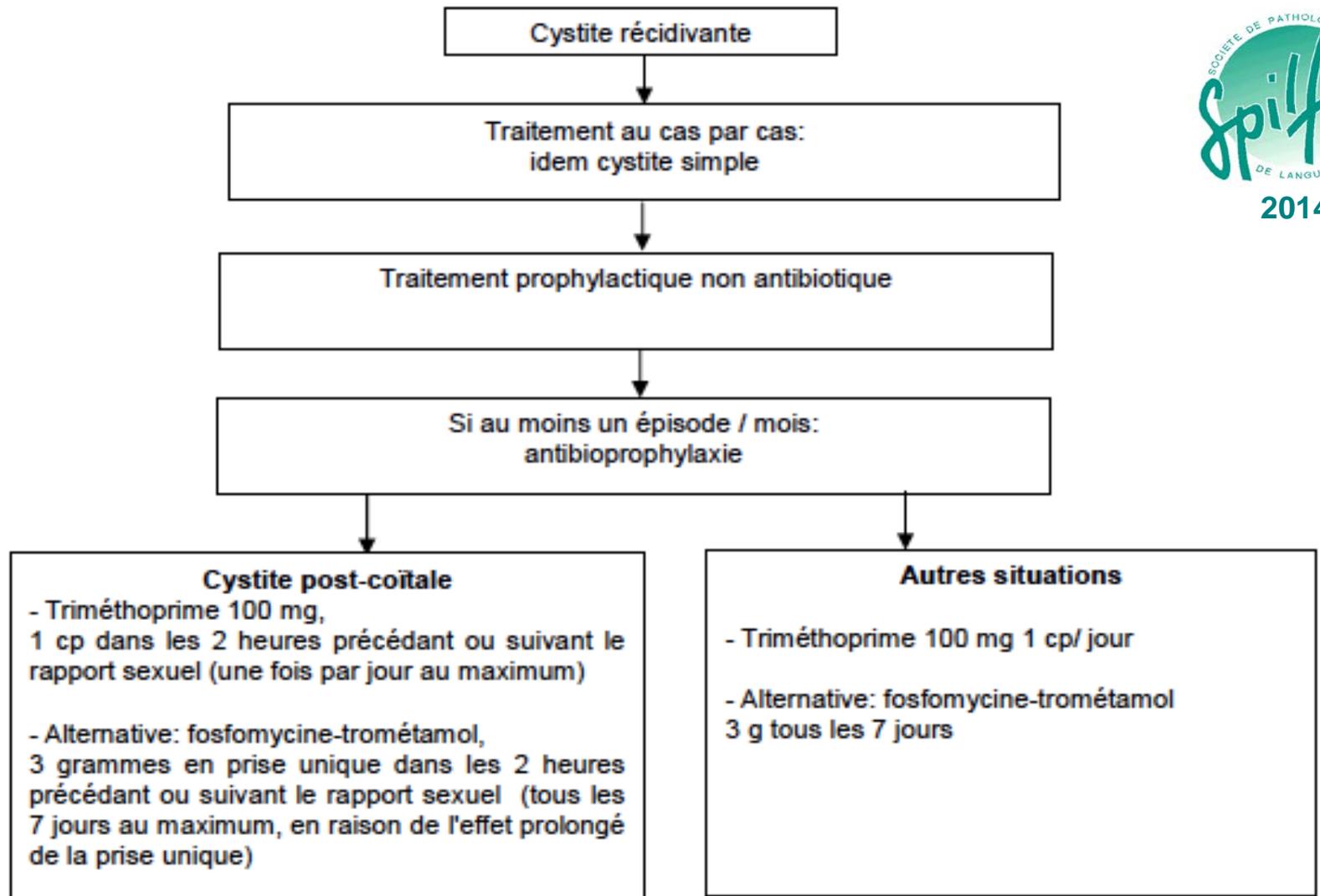
- des apports hydriques suffisants, des mictions non-retenues et une régularisation du transit intestinal (IV-C).
- l'arrêt des spermicides s'il y a lieu (III-C).

La canneberge peut être proposée en prévention des cystites récidivantes à *E. coli* à la dose de 36 mg/jour de proanthocyanidine (IV-C).

Les œstrogènes en application locale peuvent être proposés en prévention des cystites récidivantes chez les femmes ménopausées après avis gynécologique (IV-C).

- Si post-coïtale
  - Miction post-coïtale

# 11/ Donnez le principe de l'antibioprophylaxie de la cystite récidivante



\* En cas d'indisponibilité du triméthoprim, le triméthoprim-sulfaméthoxazole 80/400 mg est une alternative