

Cystites simples

Cystite chez une femme sans aucun facteur de risque de complication (voir encadré)

Diagnostic

- BU+ : L+ OU N+

(si négative L- ET N- : évoquer diagnostic différentiel)
ECBU à réserver aux doutes diagnostiques, aux CI
fosfomycine + pivmécillinam et aux échecs cliniques à J3

Traitement : Antibiothérapie probabiliste

1^{er} choix : Fosfomycine-trométamol (3g PO, dose unique)

Pas de Fluoroquinolones !
Pas de C3G !

2^{ème} choix : Pivmécillinam (400mg PO x 2/j, 5 j)

Surveillance

- Pas de consultation, ni BU ni ECBU de contrôle
- Si persistance des signes après 3 jours ou récurrence précoce dans les 2 semaines : ECBU

Important

► Deux pièges chez le sujet âgé fragile :

- des IU souvent frustes ou atypiques (confusion, chutes, décompensation d'une comorbidité, altération de l'état antérieur)
- une haute prévalence de colonisation (bactériurie asymptomatique), de sorte que devant des symptômes aspécifiques et une BU + il faut éliminer en 1^{er} lieu les autres étiologies possibles.

► **Epidémie communautaire de BLSE** : la production d'une bêta-lactamase à spectre étendu est le principal mécanisme de résistance des entérobactéries aux C3G. Inexistante en ville jusque dans les années 2000 cette résistance touche aujourd'hui 5 % des souches d'E. coli d'IU communautaires.

Seuils pour l'ECBU

- Leucocyturie $\geq 10^4/\text{ml}$ ($10/\text{mm}^3$) (norme de certains automates parfois différentes, se référer au CR de l'examen)
- Seuils de bactériurie chez un patient symptomatique avec leucocyturie $\geq 10^4$:

Espèces bactériennes	Seuil de significativité	
	Homme	Femme
E. coli, S. saprophyticus	$\geq 10^3$	$\geq 10^3$
Entérobactéries autres que E. coli, entérocoque, C. urealyticum, P. aeruginosa, S. aureus	$\geq 10^3$	$\geq 10^4$

En cas de discordance entre un tableau clinique évident d'IU et une bactériurie et/ou une leucocyturie inférieure au seuil, la clinique prime.

Rappel : la demande d'ECBU doit être accompagnée de renseignements cliniques

Facteurs de risque de complication de l'IU

- **Sujet âgé** : > 75 ans ou > 65 ans « fragile » (en perte d'autonomie)
- Grossesse
- Toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, quelle qu'elle soit (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte récent...)
- Immunodépression grave
- Insuffisance rénale chronique sévère (clairance < 30 ml/min)
- [et sexe masculin : hors sujet de cette fiche]

MÉMO

Prise en charge des cystites communautaires de l'adulte

- ▷ Cystites simples
- ▷ Cystites à risque de complication
- ▷ Cystites récidivantes
- ▷ Colonisations et cystites gravidiques

Ce mémo n'aborde pas :

- les pyélonéphrites
- les IU masculines
- les IU associées aux soins

Référence : Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte – SPILF – 2017
(www.infectiologie.com)

Cystites à risque de complication

Cystite chez une femme avec au moins 1 facteur de risque de complication (*voir encadré*)

Diagnostic

- BU (si négative : évoquer diagnostic différentiel)
- **ECBU systématique avec antibiogramme**
- Bilan étiologique : au cas par cas, en fonction des facteurs de risque de complication

Traitement : **Abstention première si possible**

► Différé de 24-48h, adapté à l'antibiogramme :

- 1^{er} choix : Amoxicilline (1g PO x 3/j, 7 j)
- 2^{ème} choix : Pivmécillinam (400mg PO x 2/j, 7 j)
- 3^{ème} choix : Nitrofurantoïne (100mg PO x 3/j, 7 j)
- 4^{ème} choix : Fosfomycine-trométamol (3g à J1-J3-J5)
- 5^{ème} choix : Triméthoprim (300mg PO x 1/j, 5 j)

► Probabiliste si impossible à différer :

- 1^{er} choix : Nitrofurantoïne (100mg PO x 3/j, 7 j)
- 2^{ème} choix : Fosfomycine-trométamol (3g à J1-J3-J5)

Adaptation à l'antibiogramme systématique dès que possible

Surveillance

- Pas de consultation, ni BU ni ECBU de contrôle
- Si persistance des signes après 3 jours ou récurrence précoce dans les 2 semaines : ECBU

Cystites récidivantes

(sans facteur de risque de complication)

Au moins 4 épisodes pendant 12 mois consécutifs
En cas de facteurs de risque de complication : prise en charge multidisciplinaire

Diagnostic

Premiers épisodes : ECBU (exclure infection chronique à rechute)
Femme non ménopausée et examen clinique normal : pas d'exams
Autres situations : à discuter au cas par cas

Traitement

1/ Boissons ≥ 1500 mL/jour, traitement d'une constipation
2/ Stratégie antibiotique selon le rythme de récurrence :

► < 1 épisode / mois : idem cystite simple

Éventuellement auto-médication sur prescription

- BU par la patiente
- Sélection et éducation des patientes ++

► > 1 épisode / mois : antibioprophylaxie possible, au moins 6 mois

Soit continue :

- Triméthoprim (150mg PO/j)
- Fosfomycine-trométamol (3g tous les 7j)

Soit post-coïtale :

- Dans les 2h avant ou après le rapport sexuel
- Triméthoprim (150mg) ou Fosfomycine-trométamol (3g)

Sans dépasser les posologies du traitement continu

Surveillance

Réévaluation de la procédure au moins 2 fois / an

Colonisations gravidiques

1 culture monomicrobienne ≥ 10⁵ /ml

Dépistage

- BU aux consultations des 4, 5, 6, 7, 8 et 9^{ème} mois et si + (L+ OU N+) : ECBU
- Sauf patiente à haut risque (antécédent d'IU, diabète, uropathie) : ECBU en début de grossesse puis 4, 5, 6, 7, 8 et 9^{ème} mois

Traitement : d'emblée selon l'antibiogramme

1^{er} choix : Amoxicilline (1g PO x 3/j, 7 j)

2^{ème} choix : Pivmécillinam (400mg PO x 2/j, 7 j)

3^{ème} choix : Fosfomycine-trométamol (3g PO, dose unique)

4^{ème} choix : Triméthoprim (300mg PO x 1/j, 5 j) (à éviter les 2/1ers mois)

5^{ème} choix : cf. recommandations

Surveillance

ECBU 8-10 j après arrêt du traitement puis mensuel jusqu'à accouchement

Si STREPTOCOQUE B : la découverte d'une bactériurie à streptocoque B en cours de grossesse (y compris à un titre faible ne relevant pas d'une antibiothérapie) doit faire l'objet d'une prévention de l'infection maternelle à streptocoque B lors de l'accouchement (car témoin d'une très probable colonisation vaginale persistante)

Cystites gravidiques

Diagnostic ECBU

Traitement : **Probabiliste** (sans attendre le résultat de l'ECBU)

1^{er} choix : Fosfomycine-trométamol (3g PO, dose unique)

2^{ème} choix : Pivmécillinam (400mg PO x 2/j, 7 j)

En cas d'échec ou de résistance

1^{er} choix : Amoxicilline (1g PO x 3/j, 7 j)

2^{ème} choix : Triméthoprim (300mg PO x 1/j, 5 j) (à éviter les 2/1ers mois)

3^{ème} choix : Nitrofurantoïne / Cotrimoxazole (SMX-TMP à éviter les 2/1ers mois) / amox-acide clavulanique / cefixime ou ciprofloxacine

Surveillance

ECBU 8-10 jours après arrêt traitement puis mensuel jusqu'à accouchement