Dans le cadre de la lutte contre l'antibiorésistance, la Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf) et la HAS ont publié des fiches mémos sur la prise en charge des infections urinaires basses de la femme. Objectif ? Favoriser une prescription appropriée des antibiotiques pour réduire les résistances bactériennes pouvant conduire à des impasses thérapeutiques. Explications du Dr Michel Laurence*, responsable du service des bonnes pratiques professionnelles à la HAS.

Chez la femme, quelle prise en charge adopter en cas de cystite aiguë simple ?

De prime abord, on déterminera s'il existe des risques de complication (grossesse, anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, insuffisance rénale sévère, immunodépression grave, patiente âgée de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans si elle présente au moins 3 critères de Fried [perte de poids involontaire au cours de la dernière année ; vitesse de marche lente ; faible endurance ; faiblesse/fatigue ; activité physique réduite]).
Si les facteurs de complication sont écartés et que la femme se plaint de brûlures et de douleurs à la miction, de pollakiurie ou de mictions impérieuses, une recherche de leucocytes et de nitrites sera effectuée avec une bandelette urinaire.
Le traitement recommandé en 1re intention est la fosfomycine-trométamol (3 grammes en dose unique).
L'examen cytobactériologique des urines (ECBU) est inutile sauf si l'évolution est défavorable (persistance des signes cliniques après 3 jours ou récidive dans les 2 semaines).

Quelle prise en charge en présence d'une cystite aiguë à risque de complication ?

Si la femme présente au moins un facteur de risque, le dépistage sera réalisé avec une bandelette urinaire. En cas de positivité, un ECBU sera prescrit.
Si le diagnostic est confirmé, un bilan étiologique est à envisager, au cas par cas, en fonction des risques de complication.
Si le traitement peut être différé, il sera adapté à l'antibiogramme (en 1re intention : amoxicilline, 1 g x 3/j, pendant 7 jours). S'il ne peut pas être différé (patiente très symptomatique, terrain particulier), un traitement probabiliste sera prescrit avec adaptation secondaire systématique de l'antibiothérapie à l'antibiogramme (en 1re 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

L'ECBU est inutile sauf si l'évolution est défavorable (persistance des signes cliniques après 3 jours ou récidive dans les 2 semaines).

Quelle prise en charge en présence d'une cystite aiguë récidivante (au moins 4 épisodes pendant une période de 12 mois) ?

Un ECBU sera prescrit pour les premiers épisodes ainsi qu'en cas de réponse thérapeutique qui laisserait suspecter une antibiorésistance.
Le traitement curatif d'un épisode de cystite récidivante est le même que celui d'une cystite simple.

Chez la femme enceinte, quelle prise en charge adopter en cas de colonisation urinaire ?

Si la femme enceinte ne présente pas de risque particulier, dès le 4e mois de grossesse, le dépistage d'une éventuelle infection sera réalisé à partir d'une bandelette urinaire. Si une infection est constatée (leucocytes ou nitrites positifs), un ECBU sera effectué.
Lorsqu'il y a un risque que la femme enceinte développe une infection urinaire (uropathie sous-jacente organique ou fonctionnelle, diabète, antécédents de cystite aiguë récidivante), à la première consultation de suivi de grossesse, puis tous les mois à partir du 4e mois, un ECBU sera réalisé (bactériurie ≥ 10^{5} UFC/ml quel que soit le germe).
Le traitement débutera dès la réception des résultats de l'antibiogramme (pas de traitement probabiliste).
Le traitement recommandé en 1re intention est l'amoxicilline (1g x 3/j pendant 7 jours). Un ECBU de contrôle sera réalisé 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement, puis chaque mois, jusqu'à l'accouchement.

Quid de la prise en charge, au cours de la grossesse, d'une cystite aiguë ?

Si une cystite aiguë est suspectée, un ECBU avec antibiogramme est réalisé.
Si le diagnostic est confirmé, le traitement probabiliste est démarré, sans attendre le résultat de l'antibiogramme (en 1re intention, prescrire de la fosfomycine-trométamol, 3 g en prise unique).
Après réception de l'antibiogramme, un traitement de relais sera éventuellement instauré.
Un ECBU de contrôle sera réalisé 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement, puis chaque mois, jusqu'à l'accouchement.

*Propos recueillis par Arielle Fontaine – HAS