

**FICHE**

# Choix et durées d'antibiothérapies : cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme

Validée en novembre 2016

Mise à jour en juillet 2021 et juil. 2024

Le but de cette fiche mémo est de favoriser la prescription appropriée d'antibiotiques, afin de traiter efficacement les patients tout en diminuant les résistances bactériennes pouvant conduire à des impasses thérapeutiques.

**Le choix de l'antibiotique**, la dose, la posologie, la modalité d'administration et **la durée** 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 (débit de filtration glomérulaire < 30 ml/min), l'immunodépression grave, un âge supérieur à 75 ans, ou supérieur à 65 ans avec au moins 3 **critères de Fried\***. Le diabète, type 1 ou 2, n'est pas un facteur de risque de complication.

\***Critères de Fried** : perte de poids involontaire au cours de la dernière année, vitesse de marche lente, faible endurance, faiblesse/fatigue, activité physique réduite.

## Cystite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication) :

- ➔ Diagnostic clinique : brûlures mictionnelles et/ou urgenturies.
  - Recherche de leucocytes et nitrites positifs par réalisation d'une bandelette urinaire (BU).
    - Ne pas prescrire un examen cyto bactériologique des urines (ECBU).

### ➔ Les traitements recommandés sont :

1 <sup>re</sup> intention	fosfomycine-trométamol, 3 g en <b>prise unique</b>
	<i>Bêtalactamines / PIVMECILLINAM = SELEXID</i>
2 <sup>e</sup> intention	pivmécillinam : 400 mg 2 fois par jour pendant <b>3 jours</b>

- Pour une cystite aiguë non compliquée, la délivrance d'un traitement antibiotique sans ordonnance médicale par les pharmaciens d'officine, est conditionnée à la réalisation du test urinaire d'orientation diagnostique de recherche à minima de nitriturie et de leucocyturie, dont le résultat est positif (nitriturie positive ou leucocyturie positive)<sup>1</sup>. **[2024]**
- Les autres antibiotiques ne sont pas indiqués.

<sup>1</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000049734400/>

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

### Cystite aiguë à risque de complications (au moins 1 facteur de risque) :

- Réalisation d'un ECBU. [2024] :
  - L'ECBU est positif si leucocyturie  $\geq 10^4$ /ml et bactériurie  $\geq 10^3$  UFC/ml pour *Escherichia coli*, *Staphylococcus saprophyticus* et bactériurie  $\geq 10^4$  UFC/ml pour les autres bactéries.
  - Ces seuils sont donnés à titre indicatif en cas de discordance c'est la clinique qui prime [2024].
  - Ne pas traiter une colonisation urinaire (ECBU positif sans symptomatologie clinique) à l'exception de la grossesse et de la chirurgie urologique programmée.

#### ➔ Traitement différé à privilégier [2024] : traitement adapté à l'antibiogramme

Par ordre de préférence et selon l'antibiogramme :

1 <sup>re</sup> intention	amoxicilline : 1g 3 fois par jour pendant <b>7 jours</b>
2 <sup>e</sup> intention	pivmécilline : 400 mg 2 fois par jour pendant <b>7 jours</b>
3 <sup>e</sup> intention	nitrofurantoïne* : 100 mg 3 fois par jour pendant <b>7 jours</b>

\*nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs.

#### ➔ Traitement ne pouvant être différé : traitement probabiliste [2024]

1 <sup>re</sup> intention	nitrofurantoïne* : 100 mg 3 fois par jour pendant <b>7 jours</b>
2 <sup>e</sup> intention	fosfomycine-trométamol : 3 g à J1, J3 et J5 [2024]

\*nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs.

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

### Cystite aiguë récurrente (au moins 4 épisodes pendant une période de 12 mois) :

- Le traitement curatif d'un épisode de cystite récurrente est celui d'une cystite.
- Prévention des récurrences et bilan étiologique à discuter
  - 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 récurrentes 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 1 épisode par mois

- ECBU initial avant début de l'antibioprophylaxie

1 <sup>re</sup> intention	fosfomycine-trométamol : 3 g en <b>prise unique</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– tous les 7 jours au maximum</li><li>– dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales</li></ul> ou triméthoprimé : <ul style="list-style-type: none"><li>- 150 mg par jour (1 fois par jour maximum, au coucher)</li><li>- dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales</li></ul>
2 <sup>e</sup> intention	cotrimoxazole : 400 mg/80 mg par jour <ul style="list-style-type: none"><li>– à prendre au coucher</li><li>– dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales</li></ul>

- La nitrofurantoïne est contre-indiquée, les bêta-lactamines doivent être évitées, les fluoroquinolones ne doivent pas être utilisées dans la prévention des infections récidivantes des voies urinaires basses<sup>2</sup>. [2024]

### Sources :

- Haute Autorité de santé, Société de pathologie infectieuse de langue française. Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm\\_cystite\\_aigue\\_cd-151116.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_cystite_aigue_cd-151116.pdf)

- Wintenberger C, Guery B, Bonnet E, Castan B, Cohen R, Diamantis S, et al. Proposal for shorter antibiotic therapies. Med Mal Infect 2017;47(2):92-141.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2017.01.007>

- Caron F, Galperine T, Flateau C, Azria R, Bonacorsi S, Bruyere F, et al. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. Med Mal Infect 2018;48(5):327-58.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2018.03.005>

- Gauzit R, Castan B, Bonnet E, Bru JP, Cohen R, Diamantis S, et al. Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations. Infect Dis Now 2021;51(2):114-39.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.idnow.2020.12.001>

<sup>2</sup><https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/fluoroquinolones>, <https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/fluoroquinolones-a-ne-prescrire-que-pour-des-infections-severes> [2024]

Ce document présente les points essentiels de la publication : Choix et durées d'antibiothérapies : cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme - fiche mémo - novembre 2016 - Mise à jour en juillet 2021 et en juillet 2024.

Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)