

Sphère uro-génitale

Prise en charge à l'officine de la cystite aiguë non-complicquée chez la femme

Tiffany Frossard, Delphine Carli, Olivier Bugnon, Jérôme Berger

Cet article traite principalement de la cystite aiguë non-complicquée, correspondant à la prise en charge d'une femme jeune en bonne santé et en âge de procréer, hors grossesse. Ce type de cas est le plus couramment rencontré en pratique.

La cystite est une infection urinaire provoquée par des bactéries, principalement par des entérobactéries à Gram négatif provenant de la flore digestive. On retrouve *Escherichia coli* dans 65 à 90% des cas à cause de sa capacité accrue d'adhésion à l'urothélium, puis viennent les Gram positif dans 10 à 15% des cas (principalement *Staphylococcus saprophyticus*) et autres entérocoques [1, 2]. La cystite est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, plus particulièrement dès 15 ans, en raison

de leur urètre plus court et de la proximité entre l'anus et la zone génitale. On parle de cystite compliquée lorsqu'il y a des risques de complications nécessitant une prise en charge médicale avec une culture urinaire et un suivi.

Les facteurs de risque avérés de cystite chez la femme sont les rapports sexuels, l'utilisation de spermicides, la grossesse, les antécédents de cystite (également chez la mère) et la ménopause. A contrario, il n'a pas été démontré que l'exposition au froid, les bains thermaux, la pis-

sière, le port de tampons, les douches vaginales, le port de certains sous-vêtements et une attente trop longue avant les mictions favorisaient l'apparition de cystites [3, 4].

La cystite non-complicquée chez la femme est facilement identifiable sans examen clinique; les symptômes évocateurs qui permettent une identification dans plus de 90% des cas sont la dysurie (difficulté à uriner) et la pollakiurie (fréquence excessive des mictions) en l'absence de prurit vaginal et de pertes vaginales. Parfois, ils peuvent être accompagnés d'autres symptômes tels que des brûlures mictionnelles, des besoins impérieux ou une incontinence urinaire intermittente [2, 4, 5]. En cas de doute, il est recommandé de consulter un médecin.

Des signes d'alarme évocateurs

Il faut être attentif aux signes d'alarme évocateurs d'une infection urinaire évoluant vers une pyélonéphrite et qui nécessite alors une prise en charge médicale, en raison du risque plus élevé de complications. La présence d'un seul des signes suivants suffit pour recommander une consultation médicale:

- durée des symptômes de plus d'une semaine,
- fièvre et frissons,
- douleurs au niveau lombaire,

- douleurs au niveau des flancs,
- nausées et vomissements.

Les patientes à risque doivent également être redirigées vers un médecin, notamment:

- les femmes enceintes,
- les patientes avec des pathologies rénales (y compris malformation urinaire),
- en cas de diabète,
- en cas d'immunosuppression,
- les patientes porteuses d'une sonde vésicale,
- les femmes ménopausées.

En cas d'infections récidivantes (voir plus bas) une prise en charge médicale est également recommandée. Cependant, l'urgence de la prise en charge est moindre que dans les cas ci-dessus, car il s'agit d'évaluer la nécessité d'un traitement prophylactique et de revoir les notions d'hygiène urinaire, afin de réduire la fréquence de survenue des cystites.

Traitements des cystites aiguës non-complicquées

20 à 25% des cas de cystites non-complicquées peuvent se résoudre sans antibiotique. Cependant, les symptômes peuvent persister durant plusieurs semaines. En pratique, un traitement antibiotique est

Qu'est-ce qui justifie une remise en urgence de médicaments soumis à ordonnance

Les raisons qui suivent peuvent justifier la remise en urgence de médicaments soumis à ordonnance sans prescription médicale lors d'un triage à l'officine:

- ✓ La remise sert à écarter un danger direct;
- ✓ Elle sert à soulager des symptômes aigus qui nécessitent une intervention immédiate;
- ✓ Elle permet de poursuivre un traitement prescrit par le médecin qui ne doit pas être interrompu ;
- ✓ Elle concerne un médicament de réserve au cas où apparaîtraient des symptômes connus du patient et ayant déjà fait l'objet d'un diagnostic médical ;
- ✓ Elle permet le remplacement d'un médicament de réserve périmé.



© DR

actuellement systématiquement recommandé.

Pour rappel, dans certaines situations thérapeutiques, typiquement dans le cas d'une cystite aiguë non-complicquée, des médicaments soumis à ordonnance peuvent être remis sans prescription médicale [6, 7]. Ces situations doivent être documentées et les documents conservés durant cinq ans. L'encadré de la première page résume les principaux points à documenter lors du triage.

Le tableau 1 présente de façon résumée les antibiotiques de première ligne utilisés en traitement empirique d'une cystite aiguë non-complicquée [2-5, 8-10]. En deuxième ligne, les quinolones ainsi que les β -lactames peuvent être utilisées, notamment dans les cas de résistance aux antibiotiques de première ligne. De plus, les quinolones sont recommandées (en tenant compte des résistances locales) en cas de pyélonéphrites [11].

Traitement prophylactique des cystites récidivantes

A l'officine, lors de remise d'un traitement antibiotique pour traiter une cystite, des mesures prophylactiques simples devraient être rappelées afin de réduire le risque de récurrence: hydratation adéquate (1,5 litre par jour), uriner après un rapport sexuel, ne pas utiliser de spermicides et se nettoyer d'avant en arrière après être allé à la selle [1, 2, 7]. De plus, la fréquence d'éventuelles cystites récidivantes devrait être explorée afin de déterminer si des traitements complémentaires seraient à recommander.

En cas d'échec des mesures ci-dessus, des thérapies alternatives peuvent être

conseillées, comme Uro-Vaxom® (lysats bactériens lyophilisés d'*E. coli*), recommandé par l'Association européenne d'urologie [11]. Cette spécialité est enregistrée sur prescription (hors liste) en tant qu'immunothérapie et prévention des infections urinaires récidivantes des voies urinaires basses (prendre une capsule par jour durant trois mois) [8, 11].

Les probiotiques (*Lactobacillus spp.*) et la canneberge n'ont, quant à eux, pas démontré une réduction significative des infections urinaires récidivantes. Des études supplémentaires sont nécessaires, c'est pourquoi actuellement aucune recommandation n'a été émise pour ces traitements. En ce qui concerne le D-Mannose, une seule étude ouverte randomisée a permis de démontrer une réduction supérieure au placebo mais pas de différence avec 50 mg de nitrofurantoïne en prévention des récurrences d'infections urinaires récidivantes. La seule utilisation recommandée actuellement est dans le contexte d'investigations cliniques [12].

Si une infection urinaire simple récidivante est suspectée en raison de la récurrence (plus de deux épisodes en six mois ou trois en un an [13]), il est recommandé de débuter un traitement antibiotique prophylactique: nitrofurantoïne (50 mg ou 100 mg), fosfomicine (3 g), norfloxacine (200 mg) ou cotrimoxazole (160/800 mg), peuvent être donnés en continu une fois par jour (à l'exception de la fosfomicine qui se prend tous les dix jours) sur une période allant de trois à six mois [11, 14]. Chez les patientes ayant une bonne connaissance des symptômes, il est également possible de proposer un auto-traitement de réserve (par exemple sous forme d'une ordonnance médicale préétablie). Le

Traitement symptomatique par l'ibuprofène

Dans certains cas bien précis (femmes avec symptômes légers, sans risque de complications et bien informées), il semble possible de débuter par un traitement symptomatique d'ibuprofène dans le but de diminuer le recours aux antibiotiques. Ceci permet de soulager la douleur, mais n'atténue pas les symptômes gênants et augmente le risque de pyélonéphrite. C'est pourquoi l'ibuprofène ne peut pas être considéré actuellement comme un traitement de première ligne en cas de cystite [1, 15].

choix de l'antibiotique se fera parmi les traitements de première ligne (voir tableau 1) [12]. Dans le cas d'une cystite récidivante présentant une corrélation évidente avec les rapports sexuels, une antibiothérapie post-coïtale devrait être recommandée en prophylaxie avec la nitrofurantoïne 50 mg, le cotrimoxazole (160/800 mg) ou la norfloxacine 200 mg en dose unique à prendre après un rapport [14]. ■

Références

- [1] Revue Médicale Suisse 2016 ; 12 : 2054-9.
- [2] Revue Prescrire, Patients ayant une infection urinaire, Suppléments interactions médicamenteuses, 2016.
- [3] The New England Journal of Medicine, 2012 ; 11 : 366.
- [4] Forum Médical Suisse, 2013 ; 13 (24) : 467-471.
- [5] Compas, Infection urinaire simple, 2014, 274-281.
- [6] PharmaJournal, Remise urgente de médicaments sans prescription médicale, 2010; 16: 8-10.
- [7] Art 24 al. 1, 2755 LPT (Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux), <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20002716/index.html>
- [8] Swissmedinfo: <http://swissmedinfo.ch>, consulté en décembre 2018.

Tableau 1. Traitements empiriques de première ligne des cystites aiguës non-complicquées.

DCI (exemple de spécialité)	Dosage	Posologie	Remarques
Fosfomicine (Monuril®)	3 g (si > 50 kg) 2 g (si < 50 kg)	Dose unique (idéalement, à prendre au coucher après avoir vidé la vessie)	Efficacité plus faible que le cotrimoxazole et la nitrofurantoïne, mais peu de résistance (< 2%). Peu d'effets indésirables, coloration possible des urines en brun/orange. Contre-indiquée en cas de clairance rénale < 10 ml/min.
Cotrimoxazole (Bactrim Forte®)	160/800 mg	2 fois par jour pendant 3 jours	Efficacité suffisante malgré un taux de résistance > 20% en Suisse. Légers troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements). Contre-indiquée en cas de clairance rénale < 60 ml/min.
Nitrofurantoïne (Uvamine®)	100 mg	2 fois par jour pendant 5 jours	Peu de résistance (< 2%). Peu d'effets indésirables. À éviter en cas d'insuffisance rénale. Inefficace en milieu alcalin (éviter les agents alcalinisants).

[9] Centre suisse pour le contrôle de l'Antibiorésistance, <http://anres.ch>, consulté en décembre 2018.

[10] Guide de l'antibiothérapie empirique chez l'adulte, https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/min/documents/min-guide-antibiotherapie-empirique-chuv-version3_1_mai2016.pdf, version 3.1, 2016.

[11] European Association of Urology 2018 : <http://uroweb.org/guideline/urological-infections/#3>, consulté en janvier 2019.

[12] Rev Prescrire 2013; 33 (358): 620-628.

[13] Dason S. et al., Guidelines for the diagnosis and management of recurrent urinary tract infection in women, Canadian Urological Association Journal, 2011; 5(5): 316-322

[14] Scientifics Units Recommendations Formulas (SURF), Guidelines de médecine interne en Suisse, 2014.

[15] British Medical Journal, 2015 ; 351 : h6544.

Cystite chez l'homme

Les infections urinaires chez les hommes sont nettement plus rares. Les symptômes se présentent en général sous forme de dysurie associée avec une pollakiurie, une nycturie et de l'inconfort supra-pubien. Parfois, ils sont accompagnés d'hématurie (sang dans les urines) ou d'une urine trouble et odorante. Les facteurs de risque principaux sont les sondes vésicales et les rapports anaux insertifs. Pour les hommes, il est recommandé d'effectuer une culture urinaire avant et après la prise du traitement. Les premiers choix pour les traitements chez les hommes sont les quinolones (par exemple ciprofloxacine 500 mg 2 fois par jour pendant sept à quatorze jours) et les sulfamides car ils ont une bonne pénétration dans les tissus mous, dont la prostate [1, 10].

© DR



Publicité

Cystites adieu!

FEMANNOSE® N – pour le traitement aigu et la prévention

- **Agit rapidement dans la vessie**
Efficacité possible dès la première prise
- **Très bonne tolérance**
Grâce au D-mannose naturel
- **Sans développement de résistance**
Les germes d'E. coli sont désactivés et éliminés

