

Cystite aiguë de la femme : proposer et expliquer...

Mots clés :

Cystite ; Infection urinaire ; Maladies urogénitales de la femme
[Cystitis; Urinary Tract Infection; Female Urogenital Diseases]

La cystite aiguë est la plus fréquente des infections urinaires de la femme : plus de 50% en rapportent un épisode dans leur vie, récidivant dans 27 à 48% des casⁱⁿ¹. Le premier problème est diagnostique (bandelettes urinaires ? ECBU ?). Le deuxième est thérapeutique, le taux de résistance aux antibiotiques (AB) augmentant : plus de 20% aux triméthoprime et céphalosporines, 50% à l'amoxicilline ; une résistance constatée lors d'un premier épisode existe lors d'une récurrence 3 et 12 mois plus tard¹. Le troisième concerne la qualité de la relation médecin-patient, essentielle pour la décision (et le pronostic). Une série d'études britanniques apporte des éléments de réponses²⁻⁵.

Le diagnostic de cystite n'est pas si simple...

Parmi 434 femmes adultes se plaignant de cystite auprès de 117 praticiens de soins primaires (généralistes et infirmières), 66% avaient une infection confirmée. La valeur prédictive positive (VPP) était de 82% si 3 symptômes cliniques étaient présents (parmi 4 : urines troubles, malodorantes, dysurie/brûlures, nycturie), la VPN de 67% si aucun n'était présent. L'usage de bandelettes urinaires (BU) améliorait, de façon limitée, la précision diagnostique : la VPP était de 92% si 2 éléments étaient positifs (nitrites + sang et/ou leucocytes), avec une VPN encore insuffisante à 67% si aucun ne l'était².

Antibiothérapie : sur quels critères ?

La même équipe a réalisé un essai randomisé chez 309 femmes (non enceintes) de 18 à 70 ans comparant l'efficacité de 5 approches : AB d'emblée, AB différés de 48h, AB si score clinique positif, AB si BU positive, AB si ECBU positif. Le premier critère étudié était la sévérité et la durée des symptômes : il n'y avait pas de différence significative entre ces 5 groupes. Le second était l'utilisation d'AB, respectivement 97% (AB immédiat), 90% (AB si score clinique+), 81% (AB si ECBU+), 80% (AB si BU+), 77% (AB différée). L'ECBU était réalisé chez 89% des patientes du groupe ECBU, 36% du groupe BU+, 33% du groupe score clinique+, 23% du groupe AB d'emblée et 15% du groupe AB différés. Les patientes du groupe AB différés reconsultaient moins, mais leurs symptômes duraient en moyenne 37% plus longtemps que dans le groupe AB d'emblée. Les auteurs concluent que l'ECBU n'a pas d'intérêt en routine mais que différer les AB notamment en utilisant les BU peut aider à réduire la prescription antibiotique³.

Que conclure pour notre pratique ?

Aucune stratégie n'est dominante pour la prise en charge des cystites aiguës de la femme. Les données cliniques gardent tout leur intérêt, surtout associées à l'usage des BU, l'ECBU n'a pas à être systématique, la prescription AB différée est souvent pertinente.

La prise en charge doit être positive et explicative, centrée sur la personne. La plupart des femmes interrogées dans l'étude qualitative n'avaient pas d'idées très précises sur leur infection et demandaient surtout à comprendre. Les médecins surestiment souvent l'attente d'AB, les patientes le désir de prescription d'AB par leur médecin⁵. Proposer une antibiothérapie différée nécessite d'adapter notre explication aux attentes de la femme, chercher d'abord à comprendre, entre celle qui « croit » en la toute puissance des AB et celle qui est très méfiante, plus portée vers les médecines alternatives⁵.

Quels sont les prédicteurs de formes sévères ?

Dans l'étude observationnelle réalisée parallèlement, chacune des 684 femmes incluses notait de 0 à 6 l'intensité des symptômes (dysurie, hématurie, pollakiurie diurne/nocturne, urines malodorantes, mal de ventre, sensation de fatigue, limitation des activités quotidiennes) et répondait à un questionnaire sur la communication durant la consultation⁴. **Les patientes ne prenant pas d'AB ou avec un germe antibiorésistant** déclaraient une augmentation de 50 à 60% de la durée (3 jours de plus en moyenne) et de la sévérité (score 3 à 6) des symptômes. Il en était de même pour **celles ayant des antécédents de cystite ou des symptômes initiaux plus sévères**, représentant sans doute un groupe où les AB seraient plutôt à prescrire d'emblée. Par ailleurs, la durée des symptômes perçus comme sévères était plus brève **si le médecin était perçu comme ayant une vision « positive » sur le diagnostic et le pronostic**.

Vues des femmes sur le traitement

Parmi les participantes de l'étude randomisée³, 21 ont été interrogées dans une étude qualitative⁵. Sur 13 à qui elle avait été proposée, la prescription différée d'AB était considérée positivement par 10, comme une bonne « alternative » pour les réticentes aux AB ou ceux craignant leurs effets secondaires, mais aussi comme preuve de confiance envers leur médecin. Les 3 visions négatives étaient associées au sentiment que leurs troubles n'avaient pas été réellement pris en compte. Tout ceci montre bien que la prescription différée n'est concevable que dans le cadre d'une explication bien argumentée.

Références

- 1- Vellinga A et al. Predictive value of antimicrobial susceptibility from previous urinary tract infection in the treatment of re-infection. *Br J Gen Pract.* 2010;60:511-3
- 2- Little P et al. Validating the prediction of lower urinary tract infection in primary care. Sensibility and specificity of urinary dipsticks and clinical score in women. *Br J Gen Pract.* 2010;60:495-500.
- 3- Little P et al. Effectiveness of five different approaches in management of urinary tract infection: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;340:c199.
- 4- Little P et al. Presentation, pattern and natural course of severe symptoms and role of antibiotics and antibiotic resistance among patients with suspected uncomplicated urinary tract infection in primary care: observational study. *BMJ.* 2010;340:b5633.
- 5- Leydon GM et al. Women's views about management and cause of urinary tract infection: qualitative interview study. *BMJ.* 2010;340:c279.