

Mots clés :

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

L'utilisation de bandelettes urinaires (BU) complète utilement l'examen clinique en cas de suspicion d'infection urinaire (IU) non compliquée chez la femme. L'objectif est de réduire le nombre de prescriptions antibiotiques inutiles, pourvoyeuses de résistances bactériennes (*Bibliomed* 665, 667, 668). Si l'intérêt de cette aide au diagnostic est indiscutable, il faut en connaître les limites. Tous ces aspects ont été analysés notamment par une équipe britannique dans le cadre du *Health Technology Assessment Programme* du NHS qui a, dans le cadre de la pratique en soins primaires, élaboré et validé par diverses études (observationnelle, randomisée, coût-efficacité et qualitative) différents algorithmes décisionnels fondés sur la clinique et les résultats des BU¹.

Bandelettes urinaires : intérêt et limites

Données limitées

Peu d'études ont comparé prospectivement en aveugle les signes cliniques évoquant une infection urinaire non compliquée au *Gold Standard* qu'est l'examen cytot bactériologique urinaire (ECBU). Une revue systématiqueⁱⁿ¹ n'en retrouvait en 2002 que 9 de qualité suffisante, incluant plus de 50 patientes (échantillon minimum pour ces symptômes de forte prévalence), aucune en médecine générale. Une seule, de faible qualité méthodologique, analysait les valeurs prédictives des différentes combinaisons de symptômes. Aucune ne prenait en compte la sévérité des symptômes. Quelques études prospectives, dont une canadienne² (331 femmes suivies par 225 généralistes) et une anglaise³ (434 femmes suivies par 117 praticiens de soins primaires, cf *Bibliomed* 668), ont tenté depuis de préciser ces données anciennes pour le moins limitées.

Clinique variable...

La littérature retient pour le diagnostic clinique d'IU non compliquée chez la femme (non enceinte et sans infection vaginale) 4 variables cliniques indépendantes diversement associées, mais ayant chacune un *p* statistique significatif : urines troubles à l'œil nu, malodorantes, dysurie, nycturie¹. Aucun autre symptôme (urgence et nombre de mictions quotidiennes, hématurie, fièvre, malaise, douleur...) n'atteint la significativité. Le HTA propose de retenir comme algorithme clinique la présence d'au moins 2 des 4 symptômes « significatifs »¹ : l'IU est alors probable, mais on ne peut raisonnablement exclure le risque d'IU s'ils sont absents (33% des patientes de l'étude de Little³). Comme pour tout algorithme de ce type, il s'agit de probabilité, pas de norme.

Que conclure pour notre pratique ?

En présence de signes cliniques évocateurs (où la dysurie est le maître-symptôme), **une BU positive** justifie une antibiothérapie empirique d'emblée (cf *Bibliomed* 667). Il y a discussion sur le nombre des critères de positivité : au moins 2 pour les Anglais (qui insistent cependant sur la plus grande valeur de la positivité des nitrites³), 1 seul suffisant aux Canadiens.

Si la BU est négative (discussion précédente), le diagnostic d'IU ne peut être exclu que par l'ECBU ; l'éventualité d'une antibiothérapie différée (après résultats de cet examen) peut être envisagée avec la patiente.

A cause des limites rapportées ci-dessus, **la BU ne peut être considérée comme test de dépistage des bactériuries asymptomatiques de la grossesse**. L'ECBU reste dans ce cas le seul examen envisageable⁴.

Algorithme combiné : l'apport des BU

Les BU proposent les 3 variables identifiées dans la littérature comme indépendamment prédictives d'IU : nitrites, leucocytes et sang. Selon le HTA, L'apport des BU améliore nettement le score clinique si 2 au moins de ces 3 variables sont positives. Mais si la valeur prédictive négative (VPN) de la BU peut être considérée comme relativement forte (76% lorsque les 3 sont négatives), elle n'est toujours pas suffisante pour exclure totalement le risque d'IU³ : même avec cette VPN, 24% des patientes de l'étude anglaise auraient été considérées comme indemnes d'IU alors qu'elles en avaient réellement une attestée par ECBU. L'étude canadienne, également en médecine générale², propose un algorithme simplifié fondé sur 3 critères seulement (dysurie, présence de leucocytes, présence de nitrites) avec des résultats assez semblables : faible spécificité de l'approche clinique seule, suffisante selon ces auteurs pour la prescription d'un traitement antibiotique empirique sans ECBU si la BU est positive pour au moins un critère.

Gérer l'incertitude ?

La clinique de l'IU non compliquée varie considérablement. La sévérité des symptômes n'a rien à voir avec la réalité de l'IU. Devant un tableau clinique peu spécifique, la BU aide la décision : positive, elle justifie une antibiothérapie empirique immédiate ; négative, elle n'exclut pas totalement une IU, mais il est possible d'attendre les résultats de l'ECBU avant de traiter. Observer au mieux ces conclusions diminue considérablement les prescriptions antibiotiques inutiles (40% dans l'étude canadienne²).

Références

- 1- Little P et al. Dipsticks and diagnostic algorithms in urinary tract infection. *Health Technology Assessment NIHR HTA Programme*. Mars 2009.
- 2- McIsaac WJ et al. Validation of a Decision Aid to Assist Physicians in Reducing Unnecessary Antibiotic Drug Use for Acute Cystitis. *Arch Intern Med*. 2007;167:2201-6.
- 3- Little P et al. Validating the prediction of lower urinary tract infection in primary care. Sensitivity and specificity of urinary dipsticks and clinical score in women. *Br J Gen Pract*. 2010;60:495-500.
- 4- US Preventive Services Task Force. Screening for Asymptomatic Bacteriuria in Adults. *Ann Intern Med*. 2008;149:43-4.