

Volet 2: Infections au cabinet

Cystite aiguë – traiter sans recourir à des antibiotiques

Olivia Altwegg^{*a}, Saskia Weisskopf^{*a}, Marianne Mattmüller^b, Patricia Spieler^c, Tanja Grandinetti^d, Anina Hilfiker^a, Peter Christiaan Carp^e, Angela Huttner^f, Alexandra Calmy^g, Barbara Hasse^h, Gisela Etterⁱ, Philip Tarr^a

* ces auteurs ont participé au manuscrit de manière égale; ^a Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Allg. Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Frauenheilkunde, FA Homöopathie (SVHA), Gruppenpraxis Paradies, Binningen BL; ^c Praxis für klassische Homöopathie, Basel; ^d Ambulatorium Dreispitz, Münchenstein BL; ^e Pédiatre FMH, AFC Homéopathie (SSMH), Yverdon-les-Bains VD; ^f Service des Maladies Infectieuses, Hôpitaux Universitaires de Genève; ^g Service des Maladies Infectieuses, Unité VIH/Sida, Hôpitaux Universitaires de Genève; ^h Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, Universitätsspital und Universität Zürich, Zürich; ⁱ Allg. Innere Medizin FMH, FA Homöopathie (SVHA), Richterswil ZH



Plusieurs décennies d'expérience et de nouvelles études randomisées montrent qu'une cystite non compliquée peut en principe être traitée avec succès sans recourir à des antibiotiques chez les femmes en bonne santé, et qui ne sont pas enceintes. Le diagnostic, la communication avec la patiente, un traitement efficace des symptômes ainsi qu'un suivi rapproché pour détecter une éventuelle complication sont essentiels et permettront de détecter les rares (5%) femmes qui, sans antibiotiques, pourraient développer une pyélonéphrite.

Introduction

Les infections des voies urinaires (IVU) sont fréquentes au cabinet médical. Dans 80% des cas, elles sont causées par *Escherichia coli* [1]. Jusqu'à leurs 32 ans, la moi-

tié des femmes souffrent au moins une fois d'une IVU [2, 3–5], et un tiers des jeunes femmes ont eu recours à des antibiotiques pour cette raison [6]. Parallèlement, certaines patientes et médecins orientés vers les médecines naturelles, ou des naturopathes traitent avec succès des cystites sans antibiotiques, et ce, depuis des décennies [7]. Dans tous les cas, il est important de disposer d'une stratégie judicieuse permettant de réduire l'utilisation d'antibiotiques. L'objectif de cet article est de d'orienter le ou la médecin de famille dans la prise en charge optimale des IVU. En cas de cystite aiguë simple, les directives de l'Office fédéral de la santé publique et de la Société Suisse d'Infectiologie recommandent désormais d'envisager dans un premier temps un traitement sans antibiotiques (<https://ssi.guidelines.ch/guideline/2992>).

Série Infectiologie

Dans la pratique, les infections et les défenses immunitaires sont des thèmes centraux. Ils offrent d'excellentes opportunités de collaboration interdisciplinaire, de vérification de concepts courants et d'intégration de méthodes des médecines complémentaires. Philip Tarr est interniste et infectiologue à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, et il mène un programme national de recherche PNR 74 sur le scepticisme vis-à-vis des vaccins. Il attache beaucoup d'importance à une médecine centrée sur les patients ainsi qu'à des articles pertinents pour la pratique, que nous allons publier régulièrement dans cette série du *Primary and Hospital Care*.



Quels antibiotiques sont actuellement recommandés pour le traitement de la cystite?

En cas de cystite non compliquée, les directives internationales [8] et suisses [9] recommandent actuellement un traitement antibiotique par cotrimoxazole, fosfomycine, ou nitrofurantoïne [9], car ces derniers (en particulier la nitrofurantoïne, mais également la

fosfomycine) ne provoquent que des dégâts collatéraux relativement faibles sur le microbiome humain. Ce n'est pas le cas des quinolones (cipro-, lévo-, nor-, et moxifloxacine), qui provoquent quant à elles d'importants dégâts sur le microbiome, et ne sont plus recommandés qu'en cas de pyélonéphrite [8].

Un de ces antibiotiques est-il à privilégier?

La fosfomycine jouit d'une grande popularité en raison de sa prise en dose unique. Une nouvelle étude suisse randomisée montre désormais qu'en comparaison directe, la nitrofurantoïne (100 mg, mais 3x/jour, et non 2x/jour pendant 5 jours, comme habituellement en Suisse) est plus efficace que la fosfomycine (3 g en prise unique) [10]: une absence de symptômes 28 jours après la fin du traitement a été observée chez 70% des femmes, contre seulement 58% pour l'autre substance [10]. La durée des symptômes et le risque d'une pyélonéphrite était comparable pour les deux groupes [10]. Les participantes à l'étude étaient âgées de 18 à 101 ans. Après une dose unique, la fosfomycine n'atteint pas

toujours avec fiabilité un taux sérique efficace [11]. Certains médecins administrent une seconde dose de fosfomycine 1 à 2 jours après la première dose, voire même parfois une troisième, mais la question de savoir si cela améliore l'efficacité n'est pas bien documentée [12–14]. Les directives suisses ne le recommandent pas (fig. 1) [9].

Quel est l'intérêt d'un traitement sans antibiotiques?

La cystite non compliquée fait partie des entités les plus fréquemment associées à une prescription d'antibiotiques [8, 9, 15]. Les antibiotiques contribuent nettement au développement de bactéries résistantes, et la situation de ces résistances à l'échelle mondiale s'aggrave chaque année [7, 9, 16–19]. Un changement de stratégie est donc nécessaire [6, 16, 20, 21]. En outre, les antibiotiques altèrent la composition naturelle du microbiome individuel de chaque personne. Le nombre de bactéries et leur diversité baissent [16], ce qui affaiblit la défense du microbiome contre l'acquisition de germes pathogènes résistants aux antibiotiques (baisse de la résistance à la colonisation) [16, 17, 22, 23]. Paradoxalement, une antibiothérapie pourrait ainsi augmenter le risque d'infections à venir [16, 18, 22]. Un microbiome affaibli par des antibiotiques est aujourd'hui de plus en plus associé à des problèmes de santé, parfois sévères et chroniques [24, 25]. Un traitement protégeant le microbiome et qui vise sur la réduction des symptômes est potentiellement privilégié vis-à-vis d'un traitement antibiotique.

L'objectif d'un traitement de l'IVU: une culture d'urine négative ou une patiente asymptomatique?

La médecine moderne se focalise de plus en plus sur les souhaits et valeurs des patients. Les données montrent que pour les patient.e.s, l'amélioration des troubles ainsi que l'absence de récurrence est au premier plan de leur préoccupations [6, 27, 28]. Le résultat microbiologique des urines est secondaire. Il est par conséquent recommandé, après le succès d'un traitement de l'IVU (c.-à-d. lorsque la patiente est devenue asymptomatique), de ne pas réaliser de culture d'urine de contrôle. En effet, en l'absence de symptômes cliniques, une culture d'urine positive ne correspond pas à une IVU, mais à une bactériurie asymptomatique, pour laquelle il n'y a aucune indication thérapeutique (hormis avant une intervention urologique importante) [29]. Un nouveau traitement antibiotique ayant pour objectif une «absence de germes» ne ferait qu'entraîner une nou-

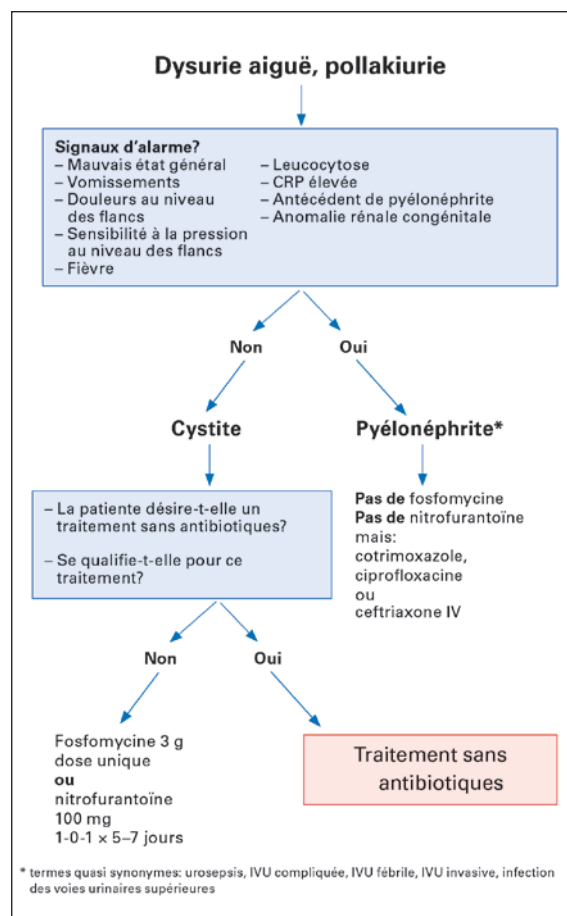


Figure 1: Diagnostic et traitement des infections urinaires aiguës.

velle détérioration du microbiome, de possibles effets indésirables, des frais et le développement d'autres résistances aux antibiotiques [6, 9, 28]. Des discussions sont même en cours pour savoir si une bactériurie asymptomatique pourrait servir de facteur de protection contre les récurrences d'IVU [28, 30]. Jusqu'à 5% des jeunes femmes en bonne santé présentent une bactériurie asymptomatique [29]. Chez les femmes de plus de 70 ans, cette proportion augmente à 10-30%, et jusqu'à 50% chez les résidentes d'établissements pour personnes âgées [31]. La tendance générale est à un éloignement du paradigme selon lequel l'urine doit toujours être stérile. En effet, le tractus urinaire sain abrite lui aussi un microbiome varié, que nous classons cliniquement comme une bactériurie asymptomatique [24, 25, 28, 32, 33]. Un dépistage systématique des bactériuries asymptomatiques n'est d'ailleurs plus systématiquement recommandé pendant la grossesse [34].

Pour quelles IVU un traitement sans antibiotiques peut-il être envisagé?

Le concept d'un traitement primaire sans antibiotiques des IVU se rapporte en premier lieu à la cystite non compliquée chez les patientes préménopausées en bonne santé, non enceintes, et sans antécédent de pyélonéphrite. Le diagnostic de cystite commence par l'anamnèse (dysurie, pollakiurie). La présence de sang visible dans les urines d'une patiente atteinte d'une IVU («cystite hémorragique») n'a pas d'influence défavorable pour le pronostic. Dès lors que des signes d'alarme s'ajoutent (fièvre, douleur ou sensibilité à la pression au niveau des flancs, vomissements, mauvais état général, leucocytose, élévation de la CRP), il n'est plus possible de parler de cystite non compliquée (fig. 1) [6, 9]. Chez ces patientes, il convient bien sûr de traiter une pyélonéphrite avec des antibiotiques. La norfloxacine, la nitrofurantoïne ou la fosfomycine ne doivent pas être utilisées car les données cliniques sont insuffisantes en cas de pyélonéphrite [9, 35, 36].

Qu'est-ce qu'un traitement exempt d'antibiotique, lorsque l'on parle de cystite?

Les spécialistes de médecine complémentaire traitent depuis longtemps avec succès les IVU non compliquées sans antibiotiques [6]. Il ne s'agit donc pas d'un concept nouveau. Il existe désormais trois études randomisées menées en double aveugle qui ont comparé un traitement antibiotique et un traitement sans antibiotiques (à savoir par ibuprofène [37, 38] ou diclofénac [15]) chez des femmes pré-ménopausées atteintes de cystite non compliquée (encadré 1). Chacune de ces études montre

Encadré 1: Traitement sans antibiotiques de la cystite aiguë: quatre études randomisées

- 1) Gagyor et al. [37] ont comparé l'ibuprofène (400 mg 3 x/jour) avec la fosfomycine (dose unique de 3 g). Au total, 494 femmes (âge moyen d'env. 37 ans) suivies dans 42 cabinets de médecine de famille allemands ont été incluses. Dans le groupe de l'ibuprofène, 65% d'antibiotiques en moins ont été utilisés ($p < 0,01$) par rapport au groupe de la fosfomycine, et moins de récurrences de cystite sont survenues (groupe de l'ibuprofène: 6%; fosfomycine 11%; $p = 0,05$). Sous ibuprofène, la durée des symptômes était plus longue d'1 jour (ibuprofène: 5,6 jour; fosfomycine, 4,6 jours; $p < 0,01$), et davantage de femmes (2%) ont développé une pyélonéphrite par rapport au groupe de la fosfomycine (0,4%); la différence n'était toutefois pas statistiquement significative ($p = 0,12$).
- 2) Kronenberg et al., de l'institut de médecine de famille de Berne [15] ont comparé un AINS avec un antibiotique (diclofénac: 75 mg 2 x/jour pendant 3 jours; norfloxacine: 400 mg 2 x/jour pendant 3 jours). L'étude a analysé 253 femmes (âge moyen d'env. 36 ans) suivies dans 17 cabinets de médecine de famille suisses. Dans le groupe du diclofénac, 38% d'antibiotiques en moins ont été utilisés ($p < 0,001$), la durée des symptômes était plus longue de 2 jours (diclofénac: 4 jours; norfloxacine: 2 jours; $p < 0,01$) et davantage de femmes ont souffert d'une pyélonéphrite (diclofénac 5%; norfloxacine: 0%; $p = 0,03$). Dans le groupe du diclofénac, le taux de récurrences de cystite était accru mais cela n'était toutefois pas statistiquement significatif (diclofénac: 4% et norfloxacine 3%; $p > 0,05$) [15].
- 3) Vik et al. [38] ont comparé l'ibuprofène (600 mg 3 x/jour pendant 3 jours) avec l'antibiotique pivmecillinam (200 mg 3 x/jour pendant 3 jours) chez 383 femmes (âge moyen de 28 ans) issues de 16 cabinets de médecine de famille scandinaves. Dans le groupe de l'ibuprofène, l'utilisation des antibiotiques était réduite de 54%, la durée des symptômes plus longue de 3 jours (ibuprofène: 6 jours; pivmecillinam: 3 jours) et davantage d'IVU fébriles (ibuprofène: 3%; pivmecillinam: 0%) et de pyélonéphrites (ibuprofène: 4%; pivmecillinam: 0%) sont survenues.
- 4) Moore et al. [39] ont comparé, chez 382 femmes atteintes de cystite en Angleterre (âge moyen de 44 ans), l'extrait de busserole au placebo, accompagné ou non par la recommandation d'utiliser de l'ibuprofène (1200 mg par jour) pour soulager les symptômes. Sur 14 jours, environ 43,5% des femmes ont pris des antibiotiques. Aucune patiente n'a développé une pyélonéphrite. L'ibuprofène a eu un effet d'épargne de l'usage des antibiotiques (number needed to treat: 7, c.-à-d. que 7 femmes atteintes de cystite ont dû être traitées par ibuprofène pour éviter 1 prescription d'antibiotique), mais l'utilisation des antibiotiques n'était pas plus faible avec l'extrait de busserole.

qu'un traitement sans antibiotiques est en principe possible: chez environ la moitié des patientes, l'administration d'antibiotiques a pu être évitée. Sans antibiotiques, les symptômes ont persisté environ 1 à 2 jours de plus, et le risque de pyélonéphrite restait infé-

rieur à 5%. Dans l'étude la plus récente, aucun cas de pyélonéphrite n'a été observé [39]. Du reste, aucune de ces études n'a exclu les femmes ayant déjà eu une pyélonéphrite. Il s'agit là pourtant d'un petit groupe de femmes vraisemblablement particulièrement prédisposées, et il se pourrait bien que les résultats aient été encore plus clairement en faveur du traitement primaire sans antibiotiques si ce groupe de femmes avait été exclu.

Un traitement sans antibiotiques n'est-il pas trop risqué?

Dans les études menées sans antibiotiques, une pyélonéphrite est survenue chez 0 à 5% des femmes atteintes d'une cystite. Un traitement sans antibiotiques de la cystite n'est-il pas risqué? Bonne question! Mais l'on peut également tourner la chose différemment: n'est-il pas exagéré d'initier immédiatement un traitement antibiotique chez toutes les femmes qui ont une cystite, alors que plus de 95% d'entre elles (voire même 100% [39]) ne développeront pas de pyélonéphrite? Pour un traitement adéquat sans antibiotiques, des critères pour détecter précocement des patientes enclines à une pyélonéphrite s'avèrent nécessaires. Ces patientes doivent bénéficier à temps d'une antibiothérapie, si elle s'avère nécessaire.

Comment le ou la médecin conçoit-il/elle le traitement de la cystite sans recourir à des antibiotiques?

Ce qu'il faut savoir, c'est que la crainte d'une éventuelle complication n'est pas suffisante pour faire un bon traitement. La recette du succès des médecins expérimentés qui traitent en premier lieu sans antibiotiques est basée sur une bonne communication avec une patiente elle-même responsable. Elle doit se sentir à l'aise et prise au sérieux quant à ses symptômes. Elle doit savoir que sans antibiotiques, les symptômes pourraient durer 1 à 3 jours de plus, et que le risque de pyélonéphrite est faible. Si les troubles ou les peurs de la patiente sont (trop) pesants, que le temps joue contre elle ou que la pression de sa profession, de sa formation ou de sa vie privée sont importants, ou encore que la patiente souhaite une amélioration la plus rapide possible des symptômes, alors le traitement antibiotique est initié dès la première consultation.

Un bon traitement sans antibiotiques comprend un entretien avec la patiente, un apport hydrique suffisant afin de rincer les bactéries de la vessie, et un bon traitement symptomatique (encadré 2). Dans les quatre études randomisées [37, 15, 38, 39] ainsi que dans d'autres analyses [5, 19], l'utilisation d'antibiotiques est interve-

Encadré 2: Traitement non antibiotique de la cystite non compliquée

- Envisager un sédiment urinaire et une culture urinaire, en particulier en cas d'IVU récidivantes, chez les patientes qui semblent malades ou en cas de contrainte de temps ou autre contrainte importante.
- La patiente doit se ménager: ne pas prescrire d'antibiotique initialement peut signifier qu'un arrêt de travail doit tout de même être délivré.
- Beaucoup boire (eau chaude ou infusion), si possible 2,5-3 litres, en particulier en été.
- Ne pas aller trop souvent aux toilettes afin d'améliorer l'effet de rinçage.
- Utiliser des produits naturels.
 - D-Mannose (2g 3 x jour); après la disparition des symptômes, traiter encore quelques jours en plus, ce qui représente une durée totale de 10-14 jours.
 - Par exemple la capucine/le raifort (disponible sous forme de préparation prête à l'emploi: Angocin®).
 - Préparations de busserole, par exemple Cystinol® ou Arkocaps®. Limiter la durée de prise à sept jours.
 - Raifort seul (1 cuillère à soupe par jour, fraîchement râpé).
 - Equisetum (prêle) et Solidago (verge d'or), seules ou en association.
 - Produits homéopathiques choisis individuellement: ici, la cause joue souvent un rôle essentiel, par exemple après des rapports sexuels, en raison du froid/de l'humidité ou en cas de fortes émotions.
- En cas de fortes douleurs vésicales, traitement local:
 - Massage du bas-ventre avec de l'huile d'eucalyptus.
 - Traitement par le chaud au moyen de compresses chaudes appliquées au niveau de la vessie ou à l'aide d'une bouillote.
 - Cystus canadensis (ciste) en tant que bain de siège antibactérien.
- Rien ne s'oppose à un court traitement systémique par paracétamol ou AINS. Nous déconseillons la dose maximale et fixe de 3 prises par jour car la fièvre ou les douleurs au niveau des flancs éventuelles pourraient alors ne pas être remarquées [41].
- Proposer un contact téléphonique si nécessaire: en cas de questions ou de symptômes d'une pyélonéphrite se développant, la patiente doit contacter le médecin:
 - Les symptômes ne se sont pas améliorés après deux à trois jours.
 - Les symptômes s'aggravent.
 - Survenue d'une sensation générale de maladie, fièvre, douleurs au niveau des flancs, maux de dos, nausées.
- Proposer un rendez-vous de contrôle une semaine après la consultation initiale.
- En cas de persistance des symptômes, envisager un sédiment urinaire et une culture urinaire (si ce n'est déjà fait), ainsi qu'un traitement antibiotique.

nue chez environ la moitié des patientes ayant initialement reçu un traitement sans antibiotiques. Cette part était beaucoup moins importante chez les collègues spécialisés en naturopathie. L'essentiel pour la patiente est de prendre contact à temps avec le médecin traitant si l'état se dégrade – la disponibilité du médecin doit im-

pérativement être convenue. Un premier appel concernant l'évolution des symptômes peut, dans le cas d'un accompagnement homéopathique par exemple, déjà être instructif après seulement quelques heures. Les critères essentiels pour une bonne évolution sont l'état général, notamment la normalisation de l'appétit ou une augmentation de l'énergie et du bien-être général.

Le concept d'une administration «retardée» d'antibiotiques (dans le cas où les symptômes s'aggravent ou ne s'améliorent pas sous quelques jours) ne doit en aucun cas être considéré négativement – il est déjà pratiqué avec succès chez les enfants atteints d'otite moyenne, et il est désormais également recommandé en cas d'angine à streptocoques [40]. Une communication claire est essentielle pour éviter les «mixed messages» [62] et ne pas rejeter la responsabilité d'un éventuel échec de traitement sur les patient.e.s [63].

Les produits naturels non antibiotiques sont-ils vraiment efficaces?

Dans de nombreux produits naturels, des substances pouvant être pertinentes pour le traitement des IVU, par exemple en raison d'une action antibactérienne *in vitro*, ont été mises en évidence. Toutefois, pour la pratique, il serait essentiel d'avoir des études cliniques de haute qualité qui évalueraient l'efficacité des produits à base de plante en terme de durée des symptômes d'IVU, de fréquence des récidives et des pyélonéphrites ou d'effet d'épargne de l'usage des antibiotiques, et qui la compareraient avec un groupe placebo, un groupe sous antibiotiques ou un autre groupe de contrôle. De nombreuses études ne disposent malheureusement que d'une pertinence limitée en raison de petites populations de patients [45], d'autres limitations méthodologiques [46, 47], ou d'absence de groupe de contrôle [48–50].

Il existe actuellement une étude de haute qualité s'intéressant à l'extrait de busserole, qui n'a toutefois pas montré de bénéfices par rapport au placebo ou à l'ibuprofène en cas de cystite [39]. Cette étude de Moore et al. (encadré 1) est néanmoins centrale, car toutes les patientes ont dans un premier temps reçu un traitement sans antibiotiques, et aucun cas de pyélonéphrite n'a été relevé. En outre, il convient de souligner que les études ne mettent en évidence que l'efficacité moyenne d'un produit. Chez les individus, un produit peut en revanche avoir une efficacité supérieure à la moyenne. Il est donc possible qu'un.e médecin propose un traitement à base de plante, à titre individuel, et avec l'accord de sa patiente, pour tester une approche «écologique» exempt d'antibiotique si la patiente est réceptive à une telle approche.

Les patientes ayant une cystite veulent-elles finalement recevoir un traitement sans antibiotiques?

Aujourd'hui, de nombreux médecins considèrent encore que les patientes souffrant d'une cystite tiennent absolument à recevoir des antibiotiques. Pourtant, des études ont montré qu'une grande partie des femmes seraient prêtes à renoncer aux antibiotiques et à leurs effets indésirables [19, 26]. Seule une minorité des patientes ne se sentiraient pas prises au sérieux par le médecin en l'absence d'antibiotiques ou auraient souhaité recevoir un antibiotique en raison de troubles importants [26]. Il n'y a rien à y objecter, et ces femmes doivent recevoir une prescription. Des études suggèrent en outre qu'une attitude positive du médecin pendant le traitement peut réduire la durée des symptômes [51]. A l'inverse, les symptômes durent vraisemblablement plus longtemps chez les patientes présentant des troubles somatiques nombreux ou marqués, en particulier si elles ont déjà eu une cystite – chez elles, une réduction rapide des symptômes est primordiale, et ces femmes sont plutôt candidates à la prise immédiate d'antibiotiques [51].

En cas de traitement de la cystite sans antibiotiques, dois-je au préalable réaliser une culture d'urine?

En cas de cystite non compliquée, les directives actuelles ne recommandent en principe aucune culture d'urine. Elle n'est recommandée qu'en présence de facteurs de complication tels qu'IVU récidivante, opération gynécologique, germes résistants ou pyélonéphrite à l'anamnèse, immunosuppression, etc. En cas de traitement primaire sans antibiotiques lors de la première consultation, nous recommandons d'envisager au cas par cas une culture d'urine. En effet, au cas où, après quelques jours, la patiente commence finalement un traitement par antibiotiques, il peut s'avérer judicieux d'adapter d'emblée l'antibiothérapie à l'antibiogramme afin de ne pas perdre davantage de temps pour combattre efficacement l'agent pathogène.

Donner une prescription d'antibiotiques pour le cas où?

Dois-je donner une prescription antibiotique à la patiente lors de la première consultation afin qu'elle puisse l'utiliser plus tard si elle en ressent le besoin? Cette décision doit être prise au cas par cas. Dans des études, cette façon de procéder a fait ses preuves [39], mais cela est débattu. Si des antibiotiques s'avèrent né-

cessaires dans un second temps, le médecin devrait alors déterminer s'il convient de traiter une cystite (par ex. par nitrofurantoïne) ou éventuellement une pyélonéphrite (par ex. par cotrimoxazole ou ciprofloxacine).

Pouvons-nous également traiter sans antibiotiques les femmes plus âgées?

D'après l'expérience, oui. Il est vrai que par rapport aux jeunes femmes, les femmes plus âgées présentent plus souvent des facteurs gynécologiques, urologiques ou neurologiques pouvant favoriser des complications [52, 53]. Elles présentent également plus de bactériuries asymptomatiques que les jeunes femmes [31]. Les auteurs d'une nouvelle étude anglaise conseillent de faire preuve d'une grande réserve vis-à-vis d'un traitement non antibiotique de la cystite chez les patientes âgées de plus de 65 ans [54]. En raison de ses données non randomisées recueillies rétrospectivement, cette étude n'a toutefois qu'une pertinence limitée. Elle a en

outre inclus également des hommes, et aucune culture d'urine n'était disponible.

Un apport hydrique accru est-il utile pour le traitement d'une IVU?

Dans une nouvelle étude randomisée, un apport hydrique accru (1,5 litre en plus par jour) a entraîné une réduction de 50% de l'incidence d'IVU chez les jeunes femmes présentant une IVU récidivante et qui buvaient peu (<1,5 litre/jour). Cela a ainsi permis d'économiser jusqu'à 50% d'antibiotiques [4]. Il est probable que l'apport hydrique accru favorise le «rinçage» des bactéries dans les voies urinaires, rendant plus difficile la fixation de ces dernières à l'urothélium [55–57]. Ainsi, boire plus semble avoir une action préventive. Il n'existe aucune donnée concrète quant aux bénéfices d'un apport hydrique accru dans le traitement de la cystite aiguë [55]. Cependant, cette pratique est utilisée par les patients et les médecins depuis des siècles. A l'inverse, si un antibiotique est administré, le fait de boire beaucoup pourrait avoir un effet contre-productif, car ce geste élimine vraisemblablement plus rapidement l'antibiotique des voies urinaires [4, 55].

Correspondance:
Prof. Dr. med. Philip Tarr
Medizinische
Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
philip.tarr[at]unibas.ch

Résumé pour la pratique

- Lorsqu'une cystite non compliquée doit être traitée par antibiotiques, la nitrofurantoïne, la fosfomycine ou le cotrimoxazol sont recommandés en raison des dommages collatéraux relativement restreints pour le microbiote humain.
- 95-100% des femmes pré-ménopausées non enceintes qui présentent une cystite non compliquée et sont traitées sans antibiotiques ne développent pas de pyélonéphrite dans les études randomisées.
- Le triage consciencieux est essentiel en vue d'un traitement initial sans antibiotiques: un traitement sans antibiotiques n'est pas pris en considération chez les femmes qui présentent des signes cliniques de pyélonéphrite (douleurs au niveau des flancs, douleur à la percussion, mauvais état général, nausées, fièvres).
- Prendre en compte la situation personnelle de la patiente dans le cadre de la décision pour/contre les antibiotiques: adhésion, vacances ou examens à venir, etc.
- Boire beaucoup, se ménager et soulager efficacement des symptômes permet de contribuer au succès du traitement sans antibiotiques – envisager une culture urinaire lors de la consultation initiale.
- Dans les études, des antibiotiques ont tout de même été utilisés «de façon secondaire» chez la moitié des patientes – chez les collègues issus des médecines complémentaires, ce chiffre est considérablement moins élevé.

Trois principales références

- 1 Tarr P, Baumann K, Wallnöfer A, Zimmerli F, Maritz D, Burri U, et al. Infections aiguës des voies urinaires, partie 1: les IVU dans la pratique. Forum Médical Suisse. 2013; 13(24):467–471. 10.4414/smf.2013.01543
- 2 Kronenberg A, Bütikofer L, Odutayo A, Mühlemann K. Symptomatic treatment of uncomplicated lower urinary tract infections in the ambulatory setting: randomised, double blind trial. BMJ. 2017. 10. 10.1136/bmj.j4784
- 3 Moore M, Trill J, Simpson C, Webley F, Radford M, Stanton L, et al. Uva-ursi extract and ibuprofen as alternative treatments for uncomplicated urinary tract infection in women (ATAFUTI): a factorial randomized trial. Clinical Microbiology and Infection. 2019; 25(8):973–980. 10.1016/j.cmi.2019.01.011

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch.

Erratum

Nous avons fait une erreur dans l'article «Souhaits au Saint Nicolas» dans le numéro 12 de Primary and Hospital Care 2019. Le texte des «Jeunes médecins de premier recours Suisses» (JHaS) a été rédigé par Anja Fohrer et non par Manuel Schaub.

Nous nous excusons pour cet oubli. L'erreur a été corrigée dans le numéro en ligne (primary-hospital-care.ch/fr/article/doi/phc-d.2019.10150).