

PRISE EN CHARGE DE LA CYSTITE AIGUE SIMPLE

DOSSIER DOCUMENTAIRE

JUIN 2009

COMITE DE REDACTION

René LE JEUNE
Jean BATTINI
Arnaud GANNE
Jean-Yves HASCOET

COMITE DE RELECTURE

Didier MYHIE
Hervé LE NEEL

Validation interrégionale par la région Haute-Normandie

PROBLEMATIQUE

La cystite aiguë simple¹ est très fréquente chez la femme jeune. On estime que 20 % des femmes jeunes présentent au moins un épisode d'infection urinaire par an.

La distinction entre infections urinaires simples² et infections urinaires compliquées est essentielle dans la démarche diagnostique et thérapeutique.

La distinction rapide entre cystite aiguë bactérienne et cystalgie banale est aussi essentielle, car elle peut éviter des examens biologiques et des traitements antibiotiques non indispensables, retrouvés trop fréquemment dans les ordonnances.

L'utilisation des bandelettes permet de gagner un temps précieux pour l'instauration d'un traitement probabiliste adapté.

Le coût économique de ces affections est élevé, aussi bien en terme de recours aux antibiotiques qu'en terme d'examens complémentaires : l'Examen Cyto-Bactériologique des Urines (ECBU) est au 3^{ème} rang des examens biologiques les plus prescrits (2 800 000 € au 2^{ème} semestre 2004 en Bretagne).

La prise en charge de la cystite simple constitue l'élément central de la séance de travail. Incidemment, seront évoqués les problématiques liées à la cystite récidivante, à la cystite compliquée voire aux autres infections des voies urinaires.

LES REFERENTIELS

- « Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte », Recommandations de Bonne Pratique (RBP), Agence Française de la Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), juin 2008 – [Site de l'AFSSAPS](#)
- « Cystite aiguë simple », Conseil scientifique du Luxembourg, Domaine de la Santé, août 2006 – [Site du conseil scientifique](#)

LES MESSAGES ESSENTIELS ISSUS DES RECOMMANDATIONS

1. Examens recommandés

Le seul examen recommandé est de pratiquer un examen des urines à l'aide d'une bandelette réactive. On détecte la présence de l'estérase leucocytaire révélatrice d'une leucocyturie, et de nitrites qui signent la présence d'une bactériurie. La valeur prédictive négative de cet examen rapide et peu coûteux (non remboursable actuellement par l'assurance maladie) est excellente (97 % des cas), suffisante pour exclure le diagnostic d'infection urinaire bactérienne, lorsqu'il est négatif. La valeur prédictive positive est moins

¹ **Définition de la cystite aiguë simple** : affection aiguë de la vessie, non ascendante, de la femme jeune et de la femme de plus de 65 ans sans comorbidité.

² **Les IU dites simples = IU sans facteur de risque de complication** (Accord professionnel), ne concernent que la femme jeune sans facteur de risque particulier et la femme de plus de 65 ans sans comorbidité. Elles regroupent :

- les cystites aiguës simples,
- les pyélonéphrites aiguës simples.

bonne, et la positivité n'affirme en aucun cas le diagnostic d'infection urinaire mais doit être considérée comme ayant seulement une valeur d'orientation.

Il est essentiel d'observer des précautions de recueil. L'utilisation des bandelettes « diagnostic » permet d'éviter la pratique d'un ECBU et fait gagner un temps précieux pour l'instauration d'un traitement probabiliste adapté.

2. Choix du traitement

D'après l'AFSSAPS, le choix du traitement doit aujourd'hui³ privilégier :

- en 1^{ère} intention : fosfomycine trométamol, Monuril®, en dose unique (Grade A)
- en 2^{ème} intention (*par ordre alphabétique*) :
 - nitrofurantoïne, pendant 5 jours (Grade A),
 - ou fluoroquinolone (ciprofloxacine, loméfloxacine, norfloxacine, ofloxacine), en dose unique ou pendant 3 jours (Grade A).

Les coûts respectifs de la prescription de nitrofurantoïne et des fluoroquinolones peuvent rentrer en ligne de compte dans la décision.

Le sulfaméthoxazole triméthoprime (Bactrim®, Eusaprim®) n'est plus recommandé en tant que traitement probabiliste de la cystite simple du fait des résistances.

En cas de disparition des symptômes en 2 à 3 jours, toute autre exploration est inutile.

3. Surveillance

Une consultation systématique avec réalisation d'une ECBU ou d'une Bandelette Urinaire (BU) post-traitement n'est pas recommandée (accord professionnel). Une réévaluation peut être nécessaire en cas d'évolution défavorable.

LES INDICATEURS DE SUIVI

Préambule

Les indicateurs doivent être le reflet de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge de la cystite simple ; le champ des indicateurs est donc restreint à la prise en charge de la cystite chez la femme non enceinte et non diabétique.

Les recommandations sur les infections urinaires (IU) dites simples, c'est-à-dire sans facteur de risque de complication, concerne la femme jeune (âgée de 15 ans et plus) sans facteur de risque et la femme de plus de 65 ans sans comorbidité.

En l'absence de repérage des facteurs de comorbidité dans les bases du système d'information de l'assurance maladie, la population étudiée se restreint à la population féminine âgée de 15 à 65 ans.

Pour éviter autant que faire se peut de comptabiliser des prises en charge de cystites récidivantes, on élimine de la population étudiée les femmes qui ont bénéficié d'une antibiothérapie urinaire à deux reprises dans les six mois précédents.

³ L'évolution des résistances aux différentes classes d'antibiotiques a remis en cause le choix des molécules à privilégier en 1^{ère} intention

Les indicateurs ont été élaborés après avoir identifié une série de recommandations issues des RBP de l'AFSSAPS de juin 2008, préconisant des pratiques appropriées dans la prise en charge de la cystite simple.

Les indicateurs élaborés sont des indicateurs de qualité des processus de prise en charge. Il ne s'agit pas d'indicateurs de résultats, de par l'absence de données disponibles sur l'impact des pratiques sur la morbidité de la cystite dans les populations ou les patientèles étudiées.

Dans la population étudiée, on observe les taux d'utilisation d'une série de procédures : Taux de prescription des bandelettes, taux de prescription des traitements courts, taux de prescription de certaines classes thérapeutiques à privilégier par exemple. Un consensus issu des recommandations permet de mettre en cohérence l'évolution de ces taux et l'amélioration des pratiques.

En résumé, la population étudiée concerne la femme jeune âgée de 15 à 65 ans, non enceinte et non diabétique, qui n'a pas bénéficié d'une antibiothérapie urinaire à au moins deux reprises dans les six mois précédents.

Identification de quatre recommandations portant sur la prise en charge de la cystite aiguë simple.

Recommandation 1 : Utiliser préférentiellement des bandelettes de diagnostic par rapport à l'utilisation des ECBU ⁴

Dans la cystite aiguë non compliquée chez une femme jeune, le diagnostic doit être établi par l'utilisation des bandelettes urinaires. Dans un premier temps, la prescription d'un ECBU n'est pas utile.

Indicateur : Pourcentage de patientes ayant bénéficié d'un ECBU sur une période de six mois

↳ *Une baisse de ce pourcentage est souhaitable.*

Recommandation 2 : Diminuer les ECBU associés aux traitements monodose ou courts

Dans la prise en charge de la cystite aiguë chez la jeune femme, la réalisation d'un ECBU n'est pas justifiée avant l'instauration du traitement ni dans les 2 jours suivants, car pour juger d'une évolution défavorable après la mise en route du traitement probabiliste, on doit observer la persistance des signes cliniques après un délai de 3 jours.

Indicateur : Pourcentage de patientes ayant eu une prescription de traitement court ou monodose associée dans un délai de +/- 2 jours à un ECBU sur une période de six mois

↳ *Une baisse de ce pourcentage est souhaitable.*

⁴ Les bandelettes ne figurent pas dans les bases de remboursement de l'Assurance Maladie. On suppose que l'utilisation plus large des bandelettes permet de réduire le recours à l'ECBU

Recommandation 3 : Utiliser des traitements monodose ou courts

Pour traiter la cystite aiguë chez une jeune femme, l'instauration d'un traitement probabiliste est préconisé en privilégiant les traitements monodose et les traitements courts.

Indicateur : Pourcentage de patientes ayant bénéficié d'un traitement court ou monodose sur une période de six mois

↳ *Une hausse de ce pourcentage est souhaitable.*

Recommandation 4 : Privilégier en 1^{ère} intention dans l'instauration d'un traitement probabiliste adapté la prescription de fosfomycine trométamol (Monuril®) en traitement monodose

Dans la prise en charge de la cystite aiguë chez la jeune femme, l'instauration d'un traitement probabiliste privilégie en 1^{ère} intention un traitement monodose par fosfomycine trométamol, les traitements courts par nitrofurantoïne ou fluoroquinolones étant choisis en 2^{ème} intention.

Indicateur : Pourcentage de patientes ayant eu une prescription de fosfomycine trométamol sur le total de patientes ayant eu une prescription de traitements courts ou monodose

↳ *Une hausse de ce pourcentage est souhaitable.*

CONTACTS

- **René LE JEUNE** – Médecin coordonnateur des groupes qualité en Bretagne
rene.le-jeune@wanadoo.fr
- **Jean BATTINI** – Médecin conseil à la Direction Régionale du Service Médical de Bretagne
jean.battini@ersm-bretagne.cnamts.fr
- **Arnaud GANNE** – Chargé de mission à l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne
arnaud.ganne@urcam-bretagne.cnamts.fr
- **Jean-Yves HASCOET** – Médecin généraliste, Président de l'association APIMED en Bretagne et élu de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne
j-yves.hascoet@wanadoo.fr