

INFECTIONS RÉCURRENTES ET SANS COMPLICATION DES VOIES URINAIRES CHEZ LA FEMME: GUIDE DE PRATIQUE DE L'AUA, DE L'AUC ET DE LA SUFU — SOMMAIRE

Jennifer Anger, M.D., MPH; Una Lee, M.D.; A. Lenore Ackerman, M.D., Ph. D.; Roger Chou, M.D.; Bilal Chughtai, M.D.; J. Quentin Clemens, M.D.; Duane Hickling, M.D., M. Sc.; Anil Kapoor, M.D.; Kimberly S. Kenton, M.D., M. Sc.; Melissa R. Kaufman, M.D., Ph. D.; Mary Ann Rondanina; Ann Stapleton, M.D.; Lynn Stothers, M.D.; Toby C. Chai, M.D.

Tiré à part

Citer comme suit : *J Urol* 2019 May 1. [Epub ahead of print]. Accessible au <https://www.auanet.org/guidelines/recurrent-uti>

Publié en ligne (en anglais) le 1 mai 2019

Pour consulter la version complète du présent guide de pratique (offert en anglais seulement), veuillez voir la page des ressources à l'adresse cuaj.ca

Objectif

Au cours des dernières décennies, notre capacité à diagnostiquer, à traiter et à prendre en charge à long terme les infections récurrentes des voies urinaires (IVUR) a évolué grâce à de nouvelles connaissances en matière de physiopathologie des IVUR, d'une meilleure compréhension des effets indésirables liés à la répétition des traitements antibiotiques (« dommages collatéraux »)¹, des taux croissants de résistance des bactéries aux antibiotiques et de meilleurs rapports faisant état de l'évolution naturelle des cystites aiguës et des IVUR et des résultats cliniques liés à leur traitement. Dans le présent guide de pratique, le groupe d'experts se penche uniquement sur les épisodes récurrents de cystite non compliquée chez la femme. Ce guide ne traite pas des cas suivants : femmes enceintes, patientes immunodéprimées, patientes présentant des anomalies anatomiques ou fonctionnelles des voies urinaires, femmes atteintes d'IVUR attribuables à un auto-cathétérisme ou un cathéter à demeure, ou présentant des signes ou symptômes de bactériémie généralisée, tels que fièvre et douleur au flanc. Ce guide ne traite pas non plus de la prévention des IVU en prévision d'une intervention de nature chirurgicale ou autre. Dans le présent document, le terme IVU désigne la cystite bactérienne aiguë, sauf indication contraire. Le présent guide vise à établir des lignes directrices pour l'évaluation et la prise en charge des patients atteints d'IVUR afin de prévenir l'utilisation inappropriée d'antibiotiques, de réduire le risque de résistance aux antibiotiques, d'atténuer les effets indésirables liés à l'utilisation des antibiotiques, de fournir des conseils sur les stratégies de prévention avec ou sans antibiotiques et d'améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie des femmes présentant des IVUR en réduisant la récurrence de ces infections.

Méthodologie

Enuncs

La revue systématique sur laquelle repose le présent guide de pratique a été menée par un groupe d'experts en méthodologie du Pacific Northwest Evidence-Based Practice Center. Ce groupe a travaillé conjointement avec un groupe d'experts en IVUR pour déterminer la portée du présent guide et procéder à l'examen des données probantes finales en vue de formuler les énoncés contenus dans ce guide. Une bibliothécaire de recherche a interrogé la base Ovid MEDLINE (articles publiés entre 1946 et la première semaine de janvier 2018), le registre central Cochrane des essais cliniques contrôlés (jusqu'en décembre 2017) et Embase (jusqu'au 16 janvier 2018). Les recherches dans ces bases de données électroniques ont été complétées par l'examen de la bibliographie des articles pertinents. Une recherche documentaire additionnelle a été effectuée le 20 septembre 2018 afin de cerner toute nouvelle publication.

ÉNONCÉS DU GUIDE DE PRATIQUE**Évaluation**

1. Les cliniciens doivent procéder à une anamnèse complète et à un examen pelvien chez les femmes présentant des IVUR (*principe clinique*).
2. Pour qu'un diagnostic d'IVUR soit posé, des cultures urinaires positives doivent avoir été associées aux épisodes symptomatiques antérieurs (*principe clinique*).
3. Les cliniciens doivent demander une nouvelle analyse d'urine lorsqu'ils soupçonnent la contamination de l'échantillon d'urine initial, et envisager l'obtention d'un échantillon par cathétérisme (*principe clinique*).
4. Chez une patiente typique atteinte d'IVUR, il n'est pas nécessaire de procéder de façon systématique à une cystoscopie et une imagerie des voies urinaires supérieures (*opinion d'experts*).
5. Les cliniciens devraient obtenir une analyse d'urine, une culture d'urine et une analyse de sensibilité à chaque épisode de cystite aiguë symptomatique avant d'amorcer le traitement chez les patientes atteintes d'IVUR (*recommandation modérée; données de grade C*).
6. En attendant les résultats de la culture d'urine, les cliniciens peuvent proposer un traitement auto-initié à certaines femmes présentant des épisodes aigus d'IVUR (*recommandation modérée; données de grade C*).

Bactériurie asymptomatique

7. Les cliniciens devraient omettre les tests urinaires de surveillance, y compris la culture d'urine, chez les patientes asymptomatiques atteintes d'IVUR (*recommandation modérée; données de grade C*).
8. Les cliniciens ne devraient pas traiter la bactériurie asymptomatique (*forte recommandation; données de grade B*).

Traitement antibiotique

9. Le choix du traitement de première intention (c.-à-d. nitrofurantoïne, TMP-SMX, fosfomycine) d'une IVU symptomatique chez la femme dépend des résultats de l'antibiogramme local (*forte recommandation; données de grade B*).
10. Les cliniciens devraient traiter les patientes présentant des épisodes de cystite aiguë avec un traitement antibiotique de durée aussi courte que possible, généralement pas plus de sept jours (*recommandation modérée; données de grade B*).
11. Chez les patientes atteintes d'IVUR avec épisodes de cystite aiguë causés par des bactéries résistantes aux antibiotiques oraux et révélés par culture d'urine, les cliniciens peuvent traiter l'infection avec des antibiotiques parentéraux qui seront choisis en fonction des résultats de la culture; la durée du traitement sera aussi courte que possible, selon ce qui est raisonnable, généralement pas plus de sept jours (*opinion d'experts*).

Prophylaxie antibiotique

12. Après avoir discuté des risques et des avantages qui y sont associés ainsi que des solutions de rechange, les cliniciens peuvent prescrire une antibiothérapie prophylactique pour réduire le risque d'IVU futures chez les femmes de tous âges ayant reçu un diagnostic antérieur d'IVU (*recommandation modérée; données de grade B*).

Prophylaxie non antibiotique

13. Les cliniciens peuvent proposer le recours au jus de canneberge comme mesure prophylactique aux femmes atteintes d'IVUR (*recommandation conditionnelle; données de grade C*).

Évaluation de suivi

14. Les cliniciens ne devraient pas effectuer d'analyse d'urine ou de culture d'urine après traitement chez les patientes asymptomatiques en vue de confirmer l'élimination de l'infection (*opinion d'experts*).
15. Les cliniciens devraient répéter les cultures d'urine pour orienter la suite de la prise en charge lorsque les symptômes d'IVU persistent après un traitement antibiotique (*opinion d'experts*).

Oestrogènes

16. Chez les femmes ménopausées ou en péri-ménopause atteintes d'IVUR, les cliniciens devraient recommander l'oestrogénothérapie vaginale pour réduire le risque d'IVU futures, à moins de contre-indication (*recommandation modérée; données de grade B*).

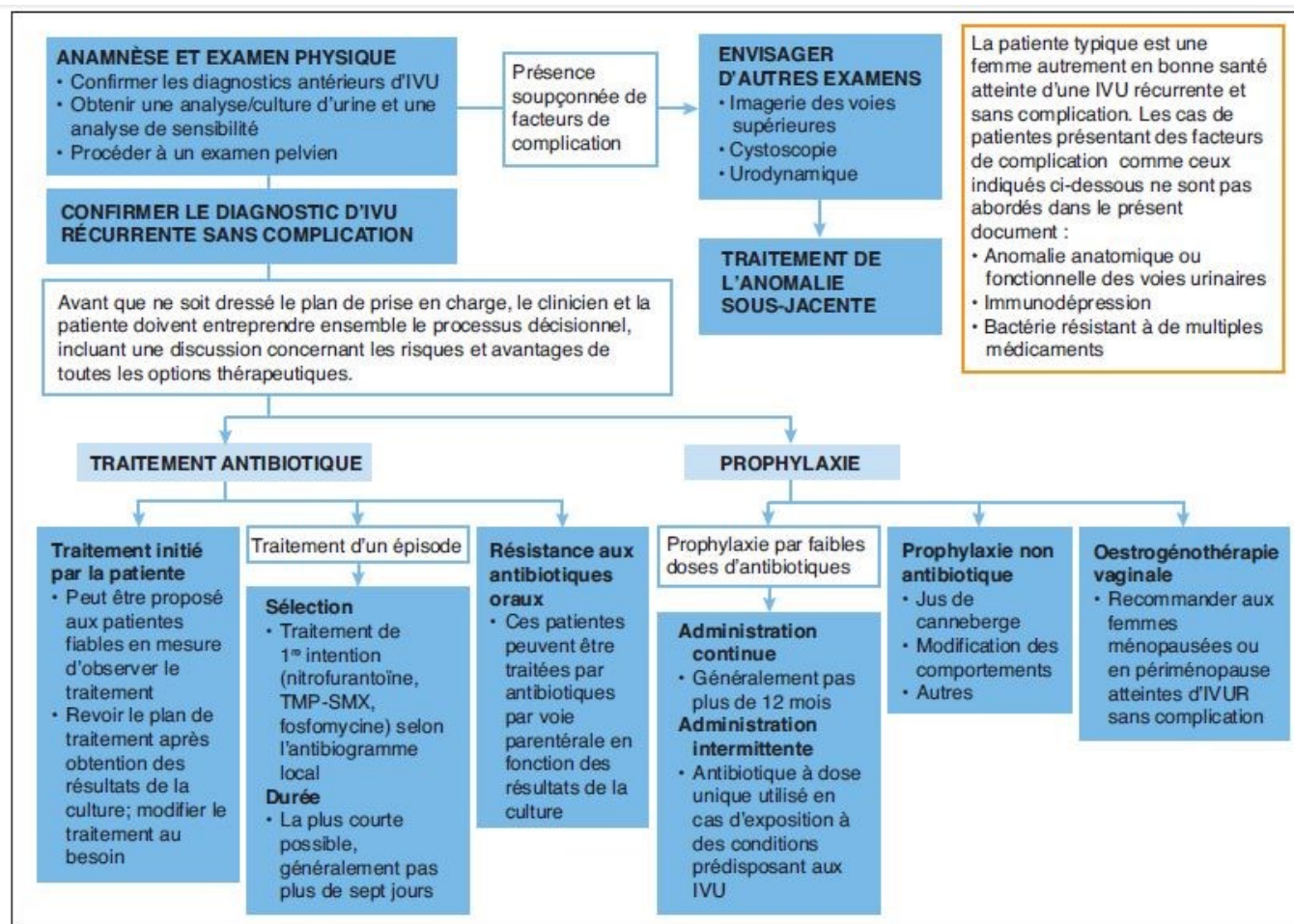


Fig. 1. Infections récurrentes et sans complication des voies urinaires chez la femme : Algorithme de diagnostic et de traitement de l'AUA, de l'AUC et de la SUFU.

RÉFÉRENCE

1. Paterson DL. "Collateral damage" from cephalosporin or quinolone antibiotic therapy. *Clin Infect Dis* 2004; 38: S341.