

Cystite aiguë récidivante de la femme en Ehpad

Document à destination des médecins et des professionnels de santé intervenant en Ehpad.
Abréviations : infection urinaire (IU), signe fonctionnel urinaire (SFU), examen cytbactériologique urinaire (ECBU).



CONFIRMER LE DIAGNOSTIC

Cystite (pas colonisation) =
-IU basse (SFU, absence de signe génito-vulvaire et de fièvre),
-ECBU positif,
-répondant au traitement antibiotique (réponse clinique, pas de contrôle ECBU).

Récidivante = ≥ 4 épisodes dans l'année ou 2 épisodes dans les 6 derniers mois.

NON



RECHERCHER UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ECBU positif sans SFU = colonisation urinaire (*) ► **pas d'antibiothérapie ni de contrôle de l'ECBU** (seule exception en Ehpad : pré-opératoire urologique).

Symptomatologie génito-vulvaire = vulvo-vaginite ?
sécheresse vaginale ? ► Traitement local antifongique ou oestrogénique d'épreuve.

SFU sans bactérie isolée = hyperactivité vésicale ? polype vésical ? ► Échographie et avis urologique (traitement d'épreuve par solifénacine à discuter si échographie normale).

IU fébrile = pyélonéphrite récidivante ? ► Échographie, avis urologique et infectiologique si besoin.

Evolution subaiguë/traînante = vessie neurologique ? ► Avis urologique et neurologique.

IU basse ne répondant pas au traitement antibiotique et/ou rechute précoce dès l'arrêt = échec clinique de l'antibiothérapie curative ► Remise en cause du diagnostic, contrôle ECBU +/- avis infectiologique.

OUI

(*) très fréquente dans cette population (mauvaise vidange vésicale, alitement, troubles du transit...)



MESURES PROPHYLACTIQUES NON ANTIBIOTIQUES

Augmenter l'apport hydrique de 1,5L/jour¹ (en l'absence de contre-indication cardiaque).

Mictions fréquentes non retenues (objectif 8 mictions/jour, s'aider d'un calendrier mictionnel si possible).

Régulation du transit, éviter l'excès d'hygiène vaginale (déséquilibre de la flore/microbiote vaginal).

Apport de cranberry² : peu ou pas d'impact chez les femmes vivant en institution (non remboursé).

Lutte contre la sécheresse vaginale : œstrogènes en application locale³ (crème ou de capsule type TROPHICREME® ou COLPOTROPHINE®) (en l'absence de contre indication).

Apport de probiotiques oraux^{4,5} (non remboursés).

GAG thérapie (instillation intra vésicale d'acide hyaluronique – chondroïtine sulfate) : place non définie, à discuter avec urologue.



BILAN MINIMAL INITIAL

Rechercher un facteur favorisant uro-génital : incontinence, prolapsus (sensation ou visualisation d'une boule vaginale +/- déclenchée à la toux), sonde à demeure, antécédent de chirurgie pelvienne (notamment bandelettes sous-urétrales).

Échographie abdomino-pelvienne systématique (résidu post-mictionnel ? maladie lithiasique ? autre ?)



QUI ADRESSER AU SPÉCIALISTE DE 2nd RECOURS ?

Incontinence urinaire, prolapsus, résidu post-mictionnel ► urologue ou gynécologue.

Antécédent de chirurgie urologique, maladie lithiasique, toute anomalie des voies urinaires ► urologue.

Échec de l'antibiothérapie curative, bactérie multi-résistante ► infectiologue.



Adapter la stratégie antibiotique en fonction du rythme des récurrences

< 1 ÉPISODE PAR MOIS

Traitement curatif de chaque épisode comme une cystite non-récurrente à risque de complication :

De préférence adapté à l'antibiogramme :

- Amoxicilline 1g x 3/j, 7 jours
- Pivmécillinam 400mg x 2/j, 7 jours
- Nitrofurantoïne 100mg x 3/j, 7 jours (uniquement si DFG > 45mL/min)
- Triméthoprine seul 300mg x 1/j, 5 jours

Probabiliste si symptomatologie bruyante :

- Nitrofurantoïne 100mg x 3/j, 7 jours (uniquement si DFG > 45mL/min)
- Fosfomycine 3 doses espacées de 48h (J1-J3-J5)

Limiter l'usage des **antibiotiques critiques** (impact sur le microbiote intestinal) ou à **risque de toxicité** : amoxicilline + acide clavulanique, cotrimoxazole, fluoroquinolones et céphalosporines de 3^{ème} génération (ceftriaxone et céfixime).

≥ 1 ÉPISODE PAR MOIS malgré la correction de tous les facteurs favorisants depuis 3 mois

Traitement curatif de chaque épisode comme une cystite non-récurrente à risque de complication.

Envisager antibioprophylaxie (traitement suspensif **à réévaluer tous les 3 mois**, adapté aux précédents antibiogrammes, hors AMM, non remboursé) :

- Fosfomycine 1 sachet par semaine
- Triméthoprine seul 150 mg par jour

Information patientes : risque de toxicité et de résistance bactérienne en cas d'antibiothérapie au long cours.

Nitrofurantoïne et cotrimoxazole = réservées aux traitements curatifs des cystites.
Cotrimoxazole, céphalosporines de 3^{ème} génération et fluoroquinolones = réservées aux traitements curatifs des pyélonéphrites.



RISQUES D'UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE EXCESSIVE ET/OU INADAPTÉE

- Sélection de bactéries résistantes⁶, difficultés de traitement des infections ultérieures (IU ou autre) voire impasse thérapeutique.
- Effets indésirables⁷ propres à chaque antibiotique.
- Déséquilibre de la flore vaginale, intestinale, cutanée et urinaire (présence d'un microbiote urinaire⁸ : bactéries commensales adhérant à l'urothélium, protégeant le système urinaire des infections).
- Le traitement antibiotique des colonisations urinaires favorise les IU⁹ (rôle possiblement protecteur des bactéries colonisatrices).

1. [Effect of increased daily water intake in premenopausal women with recurrent urinary infections \(Hooton and al.\)](#)

2. [Cranberries for preventing urinary tract infections, Cochrane review \(Williams and al.\)](#)

3. [Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique de CNGOF et du GEMVi \(Trémollières and al.\)](#)

4. [Can vaginal lactobacillus suppositories help reduce urinary tract infections ? \(Shoureshi and al.\)](#)

5. [Effectiveness of prophylactic oral and / or vaginal probiotic supplementation in the prevention of recurrent urinary tract infections: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial \(Gupta and al.\)](#)

6. [Continuous low-dose antibiotic prophylaxis for adults with repeated urinary tract infections \(AnTIC\) : a randomised, open-label trial \(Fisher and al.\)](#)

7. [The benefits and harms of antibiotic prophylaxis for urinary tract infection in older adults \(Langford and al.\)](#)

8. [Advances in understanding the human urinary microbiome and its potential role in urinary tract infection \(Neugent and al.\)](#)

9. [Asymptomatic bacteriuria treatment is associated with a higher prevalence of antibiotic resistant strains in women with urinary tract infections \(Tommaso and al.\)](#)