



## Cystites donnant lieu à ECBU en ville : Étude prospective de 529 cas

Mathilde Réveillon-Istin, Kévin Alexandre, Roland Fabre, Valérie Delbos, Manuel Etienne, Martine Pestel-Caron, François Caron

### ► To cite this version:

Mathilde Réveillon-Istin, Kévin Alexandre, Roland Fabre, Valérie Delbos, Manuel Etienne, et al.. Cystites donnant lieu à ECBU en ville : Étude prospective de 529 cas. Journées Nationales d'Infectiologie, Jun 2018, Nantes, France. hal-02131944

HAL Id: hal-02131944

<https://hal-normandie-univ.archives-ouvertes.fr/hal-02131944>

Submitted on 16 May 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Mathilde Réveillon-Istin<sup>1</sup>, Kévin Alexandre<sup>1</sup>, Roland Fabre<sup>2</sup>, Valérie Delbos<sup>1</sup>, Manuel Etienne<sup>1</sup>,  
Martine Pestel-Caron<sup>1</sup>, François Caron<sup>1</sup>

1 : CHU de Rouen - 2 : Laboratoire de biologie médicale, Elbeuf

## Introduction

Si l'épidémiologie microbienne des infections urinaires est très surveillée, peu de données cliniques fiables sont disponibles, en particulier en ville, là où s'opèrent pourtant une large dominance (> 90%) des antibiothérapies.

## Objectifs

Le but fut d'analyser prospectivement sur 18 mois les cystites faisant l'objet d'un ECBU prescrit par les médecins de ville.

## Méthodes

- Inclusion à partir d'un laboratoire de ville de toute patiente volontaire à ECBU positif.
- Données cliniques recueillies auprès du médecin traitant.
- Exclusion des colonisations urinaires et des pyélonéphrites.
- Distinguo entre cystite « simple » ou « compliquée » c'est-à-dire avec au moins un facteur de risque (FDR) de complication parmi âge  $\geq 75$  ans ou  $\geq 65$  ans avec critères de fragilité, uropathie, grossesse, immunodépression et insuffisance rénale sévère.
- Distinguo également entre cystite unique ou récurrente :  $\geq 2$  épisodes durant les 18 mois de l'étude (1<sup>er</sup> ECBU positif compté parmi les cystites uniques).

## Résultats

### Épidémiologie clinique

Cystites (529 cas)	Uniques (66%) (350 cas)	Récurrentes (34%) (179 cas)
Simple (56%) (298 cas)	212 (71%) (61%)	86 (29%) (48%)
« Compliquées » (44%) (231 cas)	138 (60%) (39%)	93 (40%) (52%)

Cystites récurrentes : jusqu'à 9 épisodes par patiente sur 18 mois (moyenne : 2,8 épisodes)

#### FDR de complication :

- « Age  $\geq 75$  ans » : FDR dominant (53% des catégorisations)
- Cumul de FDR ( $\geq 2$ ) plus important pour les formes récurrentes (15 patientes soit 16%) que pour les cas uniques (8 patientes soit 6%) ( $p=0,03$ )

	$\leq 15$ ans	15 – 65 ans	$\geq 65$ ans
Cystites (529 cas)	17 (3%)	298 (56%)	214 (41%)
Simple	15 (5%)	217 (73%)	66 (22%)
« Compliquée »	2 (1%)	81 (35%)	148 (64%)
Unique	13 (4%)	208 (59%)	129 (37%)
Récurrente	4 (2%)	90 (50%)	85 (48%)
Population française	20%	60%	20%

#### Âge moyen significativement plus élevé :

- pour les formes « compliquées » vs les formes simples (65,6 ans vs 47,5 ans,  $p<0,05$ )
- pour les cas récurrents vs ceux uniques (60 ans vs 53,1 ans,  $p<0,05$ )

### Épidémiologie microbienne

	Entérobactéries	<i>E. coli</i>	EBLSE
Cystites	90,5%	80,9%	3%
Simple	91,9%	80,9%	1,7%
« Compliquée »	88,7%	80,9%	4,8%
Unique	89,4%	82,3%	2,3%
Récurrente	91,1%	78,2%	4,5%

*E. coli* majoritaire sans différence entre cystite simple et « compliquée » ni entre unique et récurrente

Davantage d'entérobactéries sécrétrices de BLSE (EBLSE) pour les cystites compliquées que pour les simples ( $p=0,07$ ) et pour les formes récurrentes que pour les cas uniques ( $p=0,18$ )

Pour les cystites récurrentes : diminution de la diversité microbienne au fil des épisodes (index de Shannon) :

- augmentation de la part de *E. coli* (de 82,3% lors du 1<sup>er</sup> épisode à 88,9% à partir du 5<sup>ème</sup>)
- augmentation des EBLSE (de 2,3 à 11,1%)

### Antibiorésistance pour *E. coli*

% de résistance	Toutes les cystites	Simple	« Compliquées »	Uniques	Récurrentes
C3G	3,5%	2,7%	5,3%	5,7%	2,4%
Amox-clav « cystite »	3,5%	1,7%	5,9%	4,3%	3,1%
Ofloxacine	16,1%	11,6%	21,9%	27,1%	10,8%
Ciprofloxacine	11,2%	7,1%	16,6%	18,6%	11,1%
Triméthoprim	22,2%	17,4%	28,3%	31,4%	17,7%
Cotrimoxazole	21%	19,1%	23,5%	32,9%	15,3%
Nitrofurantoïne	0,7%	4,1%	1,1%	1,4%	0,3%
Fosfomycine	0,7%	0,4%	1,1%	0%	1%
Pivmecillinam	2,6%	2,9%	2,1%	1,4%	3%

Davantage de résistance pour les cystites simples vs les cystites « compliquées » et pour les cystites récurrentes vs les cas uniques pour les antibiotiques « critiques » ( $p<0,05$ )

Absence de différence significative entre résistance au TMP et au cotrimoxazole

Faible résistance quelque soit le terrain pour fosfomycine, nitrofurantoïne et pivmecillinam

## Conclusion

La recommandation de ne pas pratiquer un ECBU pour les cystites simples non récidivantes ne semble pas bien appliquée, avec 40% d'examen entrant dans ce cadre. Cela permet d'en préciser l'épidémiologie mais questionne sur l'intérêt pratique alors que la prévalence de la résistance aux antibiotiques pivots est très faible.

Un tiers des cystites donnant lieu à ECBU correspondent à des formes récurrentes, parfois très fréquemment (jusqu'à 1 épisode tous les 2 mois), avec FDR de complication dans la moitié des cas, marquées par une escalade de l'antibiorésistance.