



Cystite simple

Que font les généralistes ?

Alice LE COZ – RIQUIER
Emmanuel LEFEBVRE



Contexte

- Infection urinaire
 - ✓ Fréquente - 2^e rang prescription ATB
 - ✓ Bénigne ...
- Antibiorésistance = préoccupation ↗
 - ✓ Onerba 2009 > 10% COLI R FQ - Stable en 2011
 - ✓ Cystite simple préservée ?
 - ❖ bacyst (bmc infectious disease 2014)
- Cystite simple = cible idéale optimisation ATB



Contexte

- optimiser le tt ATB
 - ✓ Limiter ATB a risque sur le plan écologique
 - ✓ Optimiser le Dg pour éviter tt inutile
- TT différé ? (Little et al BMJ 2010)
- Attitude des MG
 - ✓ BU = 25 % (7 % en région en 2008)
 - ✓ FQ en région = 50 % en 2008, 47 % en 2011



Méthode

- Série de cas de cystites simples
 - ✓ Inclusion prospective
 - ✓ 900 généralistes invités Aide logistique URML
 - ✓ Questionnaire électronique
- Attitude diagnostique et thérapeutique
- Déclaratif
 - ✓ Prescriptions différées et anticipées
- Analyse BiostaTGV



Résultats

- 127 patientes incluses par 107 MG
- 100 % > 2 signes évocateurs
 - ✓ 90 % association pollakiuries + brûlures miction
- C° en moyenne au 3^e jour
- 16 % automédication
 - ✓ 50 % avec ATB



Résultats – Démarche clinique

- Recours à la BU 1 fois sur 4
 - ✓ Argumentaire : inutile 50 % puis aspects pratiques
 - ✓ Toutes positives (56% nitrites)
 - ✓ Influence favorable clinique frustrée ? ($p=0,075$)
 - ✓ Non influencé par formation du MG
- ECB prescrit 1 fois sur 3 ???
 - ❖ (20 % pour atcd cystite récente)

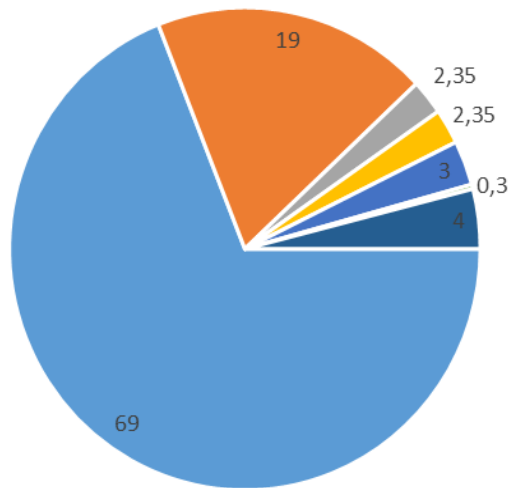


Démarche thérapeutique

- 90 % des MG = ATB thérapie immédiate
- 5 % = prescription différée
 - ✓ 2/3 en attendant ECB
 - ✓ 1/3 selon évolutivité symptômes
- 5 % pas de prescription
 - ✓ Mais 2/3 = automédication préalable
- 28% MG disent parfois proposer tt différé
- 70 % MG tt anticipé(> 70%fosfomycine)

Choix de l'antibiotique

Type d'antibiothérapie (% médecins prescripteur)



■ fosfomycine/trométamol ■ quinolones ■ nitrofurantoïne ■ cotrimoxazole ■ C3G ■ amoxicilline ■ aucune

Patiente > 65 ans → ↘
fosfomycine (p=0,03)

fosfomycine influencée
par formation récente
sur la cystite ? (NS
p=0,22)

Durée médiane FQ
3 jours, moyenne 4,2



Discussion La bandelette urinaire

- Taux faible de 25% malgré reco depuis 1991 (SPLIF)
 - ✓ Cohérent avec littérature et non influencé par la formation
- Inutile ?
 - ✓ clinique = VPP à 95%, peu \nearrow par BU.
 - ✓ - TT ATB si BU neg \rightarrow \searrow durée des symptômes (richards 2005)
 - ✓ - VPN plus faible que les 95 % annoncés
 - ❖ BACYST : VPN 84-92 % selon seuil bactériurie retenu
 - ❖ Little 2006 : VPN 65 %
- Réalisation difficile, coût, péremption, temps...?
- Efficacité démontrée sur épargne antibiotique (little BMJ2010)



Discussion Antibiothérapie

- ↗ Recours fosfomycine
 - ✓ > littérature (50 %)
 - ✓ 60% FQ (DENES – 2012)
 - ✓ > référence locale Bacyst 47 %
- Appropriation epargne FQ et respect microbiote ou bien échantillon plus jeune et mieux formé (influence bacyst ?)
- Durée longue FQ peu influencée par cystites chez patientes âgées



Perspectives

- Etude compréhensive ?
 - ✓ Freins, acceptabilité programme type TDR ?
- Impact BU sur antibiorésistance ?
 - ✓ Mobilisation territoire (pôle santé ?)
- Devenir des prescriptions ?
 - ✓ Différées
 - ✓ De sécurité (BU neg)
 - ✓ anticipées

conclusion

