

Le présent guide d'usage optimal s'adresse principalement aux cliniciens de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement clinique de la personne qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens québécois de différentes spécialités et expertises. Pour plus de détails, consulter la section Guides d'usage optimal du site insss.qc.ca.

! Les recommandations ne s'appliquent pas, entre autres, aux infections urinaires :
► durant la grossesse
► nécessitant un traitement parentéral

Pour accéder aux différentes sections, cliquez sur les mots **soulignés**.

Sommaire

Généralités 1

Démarche diagnostique . . 2

- Présentation clinique . . 2
- Analyses de biologie médicale 4

Principes de traitement 6

- Traitement oral de la cystite aiguë chez la femme 8
- Traitement oral de la cystite aiguë chez l'homme 9
- Traitement oral de la pyélonéphrite . . . 10
- Prévention des récurrences chez la femme 10

Suivi 12

Consultation en médecine spécialisée . . 12

Annexes 13

- Annexe A – Manifestations cliniques suggestives d'une ITS 13
- Annexe B – Principaux facteurs de risque d'antibiorésistance . . . 14
- Annexe C – Autres modes d'administration en cas de dysphagie . . . 15

GÉNÉRALITÉS

TERMINOLOGIE

Infection urinaire non compliquée	Infection urinaire (cystite ou pyélonéphrite), aiguë ou récurrente, qui survient chez la femme (ou personne de sexe féminin attribué à la naissance) sans facteurs de risque de complication, indépendamment de son âge.
Infection urinaire compliquée ou à risque de le devenir	Infection urinaire (cystite ou pyélonéphrite), aiguë ou récurrente, qui survient chez une personne qui présente au moins un des facteurs de risque de complication suivants : • anomalie anatomique ou fonctionnelle de l'appareil urinaire (y compris des antécédents de chirurgie reconstructrice du système urinaire) • diabète mal contrôlé • être un homme (ou personne de sexe masculin attribué à la naissance) • immunosuppression • manipulation urologique au cours des 2 à 4 semaines (p. ex. cathétérisme vésical non compliqué, cystoscopie) • pathologie rénale chronique (p. ex. insuffisance rénale sévère ou terminale) • port d'un cathéter urinaire (sonde urinaire à demeure) • obstruction des voies urinaires (p. ex. calcul rénal)
Infection urinaire récurrente	Infection urinaire qui survient plus de 2 fois par 6 mois ou plus de 3 fois par année. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une nouvelle infection de l'appareil urinaire (réinfection). Lorsqu'elle survient de 2 à 4 semaines après le traitement initial, il peut également s'agir d'une infection persistante (rechute précoce) en raison d'une résistance bactérienne, d'un traitement inadéquat ou encore d'une anomalie anatomique ou fonctionnelle de l'appareil urinaire.
Bactériurie asymptomatique	Présence d'un décompte bactérien jugé significatif à la culture d'urine, en l'absence de symptôme ou signe clinique associé à une infection des voies urinaires.
Sepsis urinaire	Infection à point de départ urinaire (ou des organes génitaux chez l'homme) accompagnée d'une réponse inflammatoire systémique pouvant conduire à un dysfonctionnement multiorgane menaçant le pronostic vital.

BACTÉRIES UROPATHOGENES

- La détection de bactéries n'est pas systématiquement synonyme d'infection urinaire (p. ex. colonisation, contamination). Un rôle pathogène est à envisager selon le tableau clinique.

EXEMPLES DE BACTÉRIES UROPATHOGENES POSSIBLES		
Bâtonnets à Gram négatif		Cocci à Gram positif ²
Entérobactéries : • <i>Escherichia coli</i> (le plus fréquemment) • <i>Klebsiella pneumoniae</i> • <i>Proteus mirabilis</i>¹ • <i>Enterobacter sp.</i>	Autres bâtonnets à Gram négatif : • <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	• <i>Staphylococcus aureus</i>³ • <i>Staphylococcus saprophyticus</i> • <i>Aerococcus urinae</i> • <i>Enterococcus sp.</i>

1. Sa détection **répétée** peut requérir une investigation supplémentaire (p. ex. possibilité d'un calcul rénal).
2. Le streptocoque de groupe B (*Streptococcus agalactiae*) est rarement à l'origine d'une infection urinaire. Celle-ci peut provenir d'une contamination ou indiquer une colonisation vaginale.
3. Sa détection peut requérir une investigation supplémentaire (p. ex. possibilité d'une bactériémie ou d'une complication des voies urinaires).

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

- La démarche diagnostique repose principalement sur **la combinaison** :
- de symptômes et de signes cliniques suggestifs d'une infection urinaire
 - d'éléments colligés à l'histoire et à l'examen permettant d'apprécier le risque de complication d'une infection urinaire
 - des analyses de biologie médicale, si indiquées
 - de l'exclusion d'autres conditions de santé partageant certains symptômes ou signes similaires

PRÉSENTATION CLINIQUE

PRINCIPAUX SYMPTÔMES ET SIGNES SUGGESTIFS D'UNE INFECTION URINAIRE	
Une infection urinaire se caractérise généralement par la présence d'au moins deux symptômes et signes d'apparition récente	
Cystite	Pyélonéphrite
• Dysurie (sensation de brûlure et d'inconfort à la miction ou difficulté à uriner) • Urgenturie (urgence mictionnelle) • Pollakiurie (envie fréquente d'uriner) • Douleur ou malaise suppubien • Hématurie (présence de sang dans les urines)	• Fièvre ou sensation de fièvre (p. ex. frissons, tremblements, sudation) • Douleur ou inconfort costo-vertébral (au dos) ou au flanc • Symptômes ou signes suggestifs d'une cystite ❗ Des nausées et des vomissements peuvent accompagner le tableau clinique d'une pyélonéphrite.

- Lors d'une cystite, les signes vitaux sont généralement normaux, y compris la température (absence de fièvre).
- La présence isolée (sans autre manifestation suggestive d'une infection urinaire) d'une urine trouble ou malodorante est non spécifique de l'infection urinaire.

REPÈRES POUR GUIDER L'EXAMEN PHYSIQUE SELON L'HISTOIRE DE SANTÉ

Si sensation de fièvre, confusion, atteinte de l'état général	→ Mesure des signes vitaux
Si malaise suspubien ou inconfort au dos ou au flanc	→ Examen abdominal et lombaire pour apprécier une douleur suspubienne à la palpation ou une douleur costo-vertébrale
Si suspicion d'une autre condition de santé	→ Examen abdominal et lombaire (p. ex. si suspicion d'une rétention urinaire) → Examen génital et pelvien (p. ex. si suspicion d'une pathologie gynécologique)
Si facteurs de risque d'ITS	→ Examen génital et pelvien
Si présence de fièvre chez un homme (ou personne de sexe masculin attribué à la naissance)	→ Examen testiculaire ou prostatique pour exclure une autre condition de santé (p. ex. prostatite, orchite-épididymite)
Si douleur testiculaire	→ Examen testiculaire pour exclure une autre condition de santé
Si douleur périnéale chez un homme (ou personne de sexe masculin attribué à la naissance)	→ Examen prostatique pour exclure une autre condition de santé



- **Chez une personne âgée, des manifestations non spécifiques** (p. ex. détérioration de l'état général, apparition récente ou aggravation de la confusion) **ou atypiques** (p. ex. incontinence urinaire, rétention urinaire) **peuvent survenir** en présence d'une infection urinaire.
 - Avant de conclure à la présence d'une infection urinaire sur la seule base de ces manifestations, il importe de rechercher la survenue ou la persistance de symptômes et signes suggestifs d'une infection urinaire et d'envisager une autre condition de santé.
- **L'examen physique est particulièrement important** chez les personnes âgées ou qui présentent un profil gériatrique, puisqu'elles peuvent éprouver des difficultés à exprimer leurs symptômes, ou ceux-ci peuvent être masqués ou absents (p. ex. fièvre).



- Les personnes qui présentent **une infection urinaire associée au port d'une sonde à demeure** peuvent ne pas présenter certains symptômes typiques d'une infection urinaire (p. ex. dysurie, urgenterie, pollakiurie).
- L'infection peut se manifester par l'apparition ou l'aggravation des symptômes ou signes suivants :

- altération de l'état mental	- douleur ou sensibilité suspubienne	- malaise ou léthargie sans autre cause identifiée
- douleur ou sensibilité au niveau costo-vertébral ou au flanc	- fièvre	- spasmes au niveau suspubien ou abdominal
	- frissons	
	- hématurie aigüe	

SYMPTÔMES ET SIGNES POUVANT ORIENTER
VERS UNE AUTRE CONDITION DE SANTÉ GÉNITO-URINAIRE

Femmes	Hommes
• Pertes vaginales inhabituelles • Prurit vulvaire • Symptômes de grossesse • Douleur ou sensation de brûlure à la vulve lors de la miction • Douleur pelvienne sans symptômes urinaires	• Douleur importante à la palpation de la prostate • Douleur ou inconfort aux organes génitaux • Érythème ou œdème du scrotum • Sensibilité de l'épididyme ou du testicule à la palpation • Tuméfaction palpable de l'épididyme
• Difficulté à vider la vessie accompagnée d'une sensation de plénitude vésicale ou d'une douleur abdominale • Pneumaturie • Symptômes et signes compatibles avec une infection transmissible sexuellement (voir l'annexe A)	

ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

- ▶ Les résultats des analyses de biologie médicale **doivent être interprétés en tenant compte de la probabilité clinique prétest** (combinaison des symptômes et des signes cliniques), car ces résultats peuvent être faussement négatifs ou faussement positifs.
- ▶ Lorsque l'accès à un laboratoire d'analyse médicale est facilité, le recours à une analyse urinaire en laboratoire devrait être privilégié plutôt qu'une analyse par bandelette urinaire.
- ▶ La qualité des résultats dépend des conditions de prélèvement de l'échantillon d'urine. Se référer aux procédures établies par le laboratoire responsable de l'analyse.



- Lors d'une analyse par bandelette urinaire, **l'absence de leucocytes et de nitrites diminue grandement la probabilité d'une cystite.**



- **Le dépistage de la bactériurie asymptomatique n'est PAS RECOMMANDÉ**, sauf avant des interventions en urologie lorsqu'un traumatisme muqueux est anticipé.
- **Le recours à une culture d'urine n'est PAS RECOMMANDÉ en contrôle ou de routine** (p. ex. mensuellement), sauf en cas d'évolution clinique défavorable (persistance ou réapparition rapide des symptômes après le traitement).

INDICATIONS DE RECOURIR AUX ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

Tableau clinique (présence de symptômes et signes suggestifs d'une infection urinaire)		Analyse urinaire (bandelette urinaire hors laboratoire ou analyse urinaire en laboratoire)	Culture d'urine (prélèvement d'urine avant l'administration de la 1 ^{re} dose d'antibiotique)
Cystite non compliquée aiguë		FACULTATIVES en PRÉSENCE de symptômes et de signes suggestifs d'une cystite aiguë non compliquée (probabilité prétest élevée) et s'il n'y a pas de symptômes ou de signes orientant vers une autre condition de santé	
		RECOMMANDÉE en cas de : préoccupation liée à la condition de santé de la personne (p. ex. profil gériatrique, anamnèse incomplète ou symptômes suggestifs peu convaincants)	RECOMMANDÉE en cas de : - préoccupation liée à la condition de santé de la personne (p. ex. profil gériatrique, anamnèse incomplète ou symptômes suggestifs peu convaincants) OU risque élevé d'antibiorésistance OU - résultats négatifs de l'analyse urinaire en présence de symptômes et signes cliniques d'une infection urinaire (probabilité clinique prétest d'infection urinaire de modérée à élevée)
Cystite non compliquée récidivante (plus de 2 fois par 6 mois ou plus de 3 fois par année)		FACULTATIVE en PRÉSENCE de symptômes et de signes classiques d'une cystite aiguë non compliquée (probabilité prétest élevée)	
		RECOMMANDÉE en cas de : préoccupation liée à la condition de santé de la personne (p. ex. profil gériatrique, anamnèse incomplète ou symptômes suggestifs peu convaincants)	FACULTATIVE en cas de réinfection lorsqu'au moins un résultat de culture est disponible au dossier (p. ex. obtenu au cours de la dernière année) et si le traitement prescrit précédemment a été efficace. RECOMMANDÉE en cas de : - rechute ou réinfection, notamment s'il n'y a pas de résultat de culture au dossier OU - préoccupation liée à la condition de santé de la personne (p. ex. profil gériatrique, milieu de vie, anamnèse incomplète ou symptômes suggestifs peu convaincants) OU risque élevé d'antibiorésistance ⚠ Une culture d'urine devrait être réalisée avant d'entreprendre un traitement de seconde intention.
Cystite compliquée ou à risque de le devenir Ou Pyélonéphrite (avec ou sans facteurs de risque de complication)	En l'ABSENCE d'une sonde urinaire à demeure	RECOMMANDÉE pour toutes les personnes qui présentent des symptômes ou signes suggestifs d'une cystite compliquée ou à risque de le devenir ou d'une pyélonéphrite ⚠ La bandelette urinaire seule ne devrait pas être utilisée pour exclure une infection urinaire.	
	En PRÉSENCE d'une sonde urinaire à demeure 	⚠ Pour les personnes porteuses d'une sonde urinaire à demeure, les résultats sont à interpréter avec précaution, puisque la sonde urinaire peut induire une bactériurie et une pyurie asymptomatiques persistantes. Les résultats de ces analyses ne doivent pas être considérés isolément pour confirmer le diagnostic d'une infection urinaire.	RECOMMANDÉE pour toutes les personnes qui présentent des symptômes ou signes suggestifs d'une cystite compliquée ou à risque de le devenir ou d'une pyélonéphrite
	Pour l'ensemble de la population	NON RECOMMANDÉE pour confirmer le diagnostic d'une infection urinaire.	RECOMMANDÉE en cas de sepsis urinaire. PEUT ÊTRE UTILE dans certains cas pour identifier le ou les agents pathogènes et déterminer leur résistance lorsqu'un diagnostic clinique d'infection urinaire est suspecté par le clinicien.
		⚠ En cas de suspicion de pyélonéphrite et en présence de fièvre avec atteinte importante de l'état général, des hémocultures (si disponibles dans le milieu de soins et avant d'administrer la première dose d'antibiotiques), une formule sanguine complète et une mesure de la créatinine devraient également être envisagées.	

EXAMENS PARACLINIQUES SUPPLÉMENTAIRES

- Selon les éléments colligés à l'histoire de santé, une **investigation supplémentaire** pourrait être nécessaire (p. ex. échographie rénale, tomodensitométrie de l'appareil urinaire) afin d'exclure des facteurs de complication ou d'autres pathologies urinaires (p. ex. obstruction des voies urinaires, lithiase rénale).

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

PRINCIPALES CONDITIONS DE SANTÉ PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES ET SIGNES SIMILAIRES		
Liste non exhaustive		
Femmes		- infections vaginales (p. ex. candidose vulvovaginale, vaginose bactérienne, trichomonase) - pathologies gynécologiques (p. ex. maladie inflammatoire pelvienne, grossesse extra-utérine, rupture d'un kyste ovarien)
Hommes		- orchi-épididymite - prostatite
Pour l'ensemble de la population	En tout temps	- autres infections intra-abdominales (p. ex. appendicite, diverticulite) - calcul urinaire avec ou sans sepsis urinaire infections transmises sexuellement (p. ex. cervicite ou urétrite causées par <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Mycoplasma genitalium</i> ou par <i>Trichomonas vaginalis</i>) - rétention urinaire
	En cas de résultats négatifs de la culture d'urine et de récurrence des symptômes urinaires	- cancer de la vessie (particulièrement en présence d'hématurie) - cystite interstitielle/syndrome de la vessie douloureuse - syndrome de douleur pelvienne chronique - vessie hyperactive

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- La **prescription responsable d'antibiotiques** a pour but de prévenir l'apparition et la propagation de la résistance antimicrobienne, ainsi que de limiter les réactions indésirables et les dommages au microbiome.
- Le **choix de l'antibiotique devrait tenir compte**, lorsque disponibles, **de la résistance locale** (consulter les données régionales), **des résultats antérieurs de culture d'urine** et de **la gravité de l'infection**.

DONNÉES SUR LA RÉSISTANCE D' <i>ESCHERICHIA COLI</i> À CERTAINS ANTIBIOTIQUES, AU QUÉBEC ¹						
Antibiotiques	Fosfomycine (Trométhamine de)	Nitrofurantoïne	Céfixime	Amoxicilline-clavulanate	Triméthoprim-sulfaméthoxazole	Ciprofloxacine
Résistance	< 5 %	< 5 %	5 % à 15 %	10 % à 20 %	15 % à 25 %	10 % à 35 %

1. Données recueillies entre 2020 et 2022 dans plusieurs régions du Québec. On observe certaines variations régionales et interétablissements.

- **Pour le soulagement de la douleur**, de l'acétaminophène ou de l'ibuprofène peuvent être envisagés, à moins d'une contre-indication.
- L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure à propos de l'efficacité des **alcalinisants urinaires** (p. ex. citrate de sodium) pour le traitement des infections urinaires. De plus, des inquiétudes existent concernant leur effet sur la pharmacocinétique de certains antibiotiques.



- La **bactériurie asymptomatique** ne doit pas être traitée par un antibiotique, sauf avant des interventions en urologie lorsqu'un traumatisme muqueux est anticipé.



- Dans le cas d'une **cystite non compliquée**, l'amorce d'un traitement antibiotique peut être **retardée** (traitement différé) en présence de symptômes urinaires de légers à modérés, d'un bon état général, du suivi disponible et de l'accord de la personne après une discussion exposant le rapport risque-avantage.

ANTIBIOTHÉRAPIE

- ▶ Les antibiotiques indiqués sont proposés comme **choix de traitement empirique**.
- ▶ Selon les principes d'antibiogouvernance, **une durée de traitement minimale est à privilégier**. Toutefois, une durée plus longue pourrait être envisagée selon le jugement clinique, notamment pour les personnes immunosupprimées.
- ▶ **En cas de dysphagie**, d'autres modes d'administration sont indiqués à l'[annexe C](#).



- **L'usage de certains antibiotiques pourrait être déconseillé** dans certains milieux en raison de la résistance locale. En cas de doute, faire appel à un spécialiste en antibiogouvernance.
- La durée de traitement indiquée dans les tableaux correspond à **la durée totale d'une antibiothérapie efficace**. La durée de l'antibiothérapie peut être plus longue selon le tableau clinique initial ou si la souche n'est pas sensible au traitement empirique initial.
- **En cas de récurrence d'une infection urinaire au cours des 3 mois suivants**, l'efficacité de l'antibiotique contre la souche bactérienne lors du dernier épisode devrait idéalement être vérifiée avant de prescrire le même antibiotique.



- Les antibiotiques modifient le microbiote et augmentent le risque de développer une infection à *Clostridioides difficile*, à divers degrés. Leur usage abusif contribue à l'expansion de l'antibiorésistance.



- **Le retrait ou le remplacement d'une sonde urinaire à demeure** ne devrait pas retarder l'amorce du traitement antibiotique.

TRAITEMENT ORAL DE LA CYSTITE AIGÛE CHEZ LA FEMME

Antibiotiques ¹	Posologie	Durée à privilégier <i>(fenêtre possible selon jugement clinique)</i>	
		Cystite non compliquée	Cystite compliquée ou à risque de le devenir
ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 ^{re} INTENTION			
Nitrofurantoïne ^{2,3} monohydrate/ macrocristaux	100 mg PO BID	5 jours	7 jours <i>(7 à 10 jours)</i>
Nitrofurantoïne ^{2,3} macrocristaux seuls	50 mg PO QID		
Triméthoprim- sulfaméthoxazole ^{2,3}	160/800 mg PO BID	3 jours	
Fosfomycine (trométhamine de)	3 g PO	Une dose unique	3 doses espacées de 48 h
TRAITEMENT ALTERNATIF SI CONTRE-INDICATION À TOUS LES ANTIBIOTIQUES DE 1 ^{re} INTENTION OU SELON LA RÉSISTANCE BACTÉRIENNE LOCALE OU AJUSTEMENT DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE APRÈS L'OBTENTION DE L'ANTIBIOGRAMME (lorsque pertinent)			
Bêta-lactamines ^{4,5,6}			
Amoxicilline-clavulanate ²	875/125 mg PO BID	5 jours <i>(5 à 7 jours)</i>	7 jours <i>(7 à 10 jours)</i>
Céfadroxil ²	500 mg PO BID		
Céfixime ²	400 mg PO DIE		
ANTIBIOTHÉRAPIE DE 2 ^e INTENTION EN CAS D'ÉCHEC DU TRAITEMENT OU TRAITEMENT ALTERNATIF SI CONTRE-INDICATION À TOUS LES ANTIBIOTIQUES DE 1 ^{re} INTENTION			
Fluoroquinolones ⁷			
Ciprofloxacin ²	250 mg BID	3 jours	5 jours <i>(5 à 7 jours)</i>
Ciprofloxacin XL ²	500 mg PO DIE		
Lévo ²	250 mg PO DIE		

Abréviation : XL : *Extended release* (libération prolongée).

1. Les antibiotiques sont énumérés en fonction de leur efficacité, du risque d'effets indésirables et de l'ordre croissant de leur coût.
2. Ces antibiotiques peuvent être contre-indiqués ou un ajustement posologique peut être requis selon la fonction rénale. Pour plus d'information, consulter le [Protocole médical national No 888022](#) publié par l'INESSS, d'autres ouvrages de référence ou un pharmacien.
3. Ces antibiotiques peuvent être contre-indiqués en cas d'allaitement. Pour plus d'information, consulter le [Protocole médical national No 888022](#) publié par l'INESSS, d'autres ouvrages de référence ou un pharmacien.
4. Les bêta-lactamines sont énumérées par ordre alphabétique.
5. S'il y a un antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines, consulter [l'outil d'aide à la décision](#) pour bien apprécier la sévérité de la réaction et le besoin de recourir aux fluoroquinolones dans ce contexte.
6. Bien que les données probantes soient limitées, le recours au céfuroxime axétil pourrait être envisagé en cas d'antécédent de réaction allergique à une pénicilline après appréciation de la sévérité de la réaction. Le cas échéant, la posologie est de 500 mg PO BID pour une durée similaire à celle des autres bêta-lactamines.
7. En cas de traitement par une fluoroquinolone au cours des 3 à 6 derniers mois (quelle que soit la raison du traitement), envisager le recours à un antibiotique d'une autre classe. L'usage des fluoroquinolones est associé à un risque de survenue d'effets indésirables significatifs (p. ex. anévrisme et dissection aortique, tendinopathie, diarrhée ou colite à *Clostridioides difficile*) et d'augmentation de la résistance bactérienne.

TRAITEMENT ORAL DE LA CYSTITE AIGÛE CHEZ L'HOMME

(avec ou sans autres facteurs de risque de complication)

Antibiotiques ¹	Posologie	Durée à privilégier (fenêtre possible selon jugement clinique)
ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 ^{re} INTENTION		
Triméthoprime-sulfaméthoxazole ²	160/800 mg PO BID	7 jours (7 à 10 jours)
Fluoroquinolones ³		
Ciprofloxacine ²	500 mg PO BID	7 jours (7 à 10 jours)
Ciprofloxacine XL ²	1 000 mg PO DIE	
Lévofloxacine ²	500 mg PO DIE	
TRAITEMENT ALTERNATIF SI CONTRE-INDICATION À TOUS LES ANTIBIOTIQUES DE 1 ^{re} INTENTION OU SELON LA RÉSISTANCE BACTÉRIENNE LOCALE OU AJUSTEMENT DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE APRÈS L'OBTENTION DE L'ANTIBIOGRAMME (lorsque pertinent)		
Nitrofurantoïne ² monohydrate/macrocristaux	100 mg PO BID	7 jours (7 à 10 jours)
Fosfomycine (trométhamine de)	3 g PO	3 doses espacées de 48 h à 72h ⁴
Bêta-lactamines ^{5,6,7}		
Amoxicilline-clavulanate ²	875/125 mg PO BID	7 jours (7 à 10 jours)
Céfadroxil ²	500 mg PO BID	
Cefixime ²	400 mg PO DIE	

Abréviation : XL : *Extended release* (libération prolongée).

- Les antibiotiques sont énumérés en fonction de leur efficacité, du risque d'effets indésirables et de l'ordre croissant de leur coût.
- Ces antibiotiques peuvent être contre-indiqués ou un ajustement posologique peut être requis selon la fonction rénale. Pour plus d'information, consulter le [Protocole médical national No 888022](#) publié par l'INESSS, d'autres ouvrages de référence ou un pharmacien.
- En cas de traitement par une fluoroquinolone au cours des 3 à 6 derniers mois (quelle que soit la raison du traitement), envisager le recours à un antibiotique d'une autre classe. L'usage des fluoroquinolones est associé à un risque de survenue d'effets indésirables significatifs (p. ex. anévrisme et dissection aortique, tendinopathie, diarrhée ou colite à *Clostridioides difficile*) et d'augmentation de la résistance bactérienne.
- Les données probantes étant très limitées, le recours à la fosfomycine pour le traitement de la cystite chez l'homme est basé sur une opinion d'experts.
- Les bêta-lactamines sont énumérées en ordre alphabétique.
- Si antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines, consulter [l'outil d'aide à la décision](#) pour bien apprécier la sévérité de la réaction et le besoin de recourir aux fluoroquinolones dans ce contexte.
- Bien que les données probantes soient limitées, le recours au céfuroxime axétil pourrait être envisagé en cas d'antécédent de réaction allergique à une pénicilline après appréciation de la sévérité de la réaction. Le cas échéant, la posologie est de 500 mg PO BID pour une durée similaire à celle des autres bêta-lactamines.

TRAITEMENT ORAL DE LA PYÉLONÉPHRITE¹

Le traitement de la pyélonéphrite peut nécessiter un traitement par voie intraveineuse ou intramusculaire selon la présence de facteurs de risque de complication ou de critères de gravité (p. ex. sepsis urinaire), selon les données de résistance bactérienne locale aux traitements de première intention ou si la personne est incapable de prendre des antibiotiques oraux.

Antibiotiques ²	Posologie	Durée à privilégier (fenêtre possible selon jugement clinique)
ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1^{re} INTENTION		
Triméthoprine-sulfaméthoxazole³	160/800 mg PO BID	10 jours (7 à 14 jours)
Fluoroquinolones⁴		
Ciprofloxacine³	500 mg PO BID	Femme : 7 jours (7 à 10 jours)
Ciprofloxacine XL³	1 000 mg PO DIE	
Lévofloxacine³	500 mg PO DIE	Homme : 10 jours (7 à 14 jours)
TRAITEMENT ALTERNATIF SI CONTRE-INDICATION À TOUS LES ANTIBIOTIQUES DE 1^{re} INTENTION OU SELON LA RÉSISTANCE BACTÉRIENNE LOCALE OU AJUSTEMENT DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE APRÈS L'OBTENTION DE L'ANTIBIOGRAMME (lorsque pertinent)		
Bêta-lactamines^{5,6}		
Amoxicilline-clavulanate³	875/125 mg PO BID	10 jours (10 à 14 jours)
Céfadroxil³	500 mg PO BID	
Cefixime³	400 mg PO DIE	

Abréviation : XL : *Extended release* (libération prolongée).

1. Selon le jugement clinique et l'organisation des soins et services, un traitement de la pyélonéphrite compliquée ou à risque de le devenir par voie orale pourrait être envisagé.
2. Les antibiotiques sont énumérés en fonction de leur efficacité, du risque d'effets indésirables et de l'ordre croissant de leur coût.
3. Ces antibiotiques peuvent être contre-indiqués ou un ajustement posologique peut être requis selon la fonction rénale. Certains sont contre-indiqués ou nécessitent des précautions d'usage en cas d'allaitement. Pour plus d'information, consulter des ouvrages de référence ou un pharmacien.
4. En cas de traitement par une fluoroquinolone au cours des 3 à 6 derniers mois (quelle que soit la raison du traitement), envisager le recours à un antibiotique d'une autre classe. L'usage des fluoroquinolones est associé à un risque de survenue d'effets indésirables significatifs (p. ex. anévrisme et dissection aortique, tendinopathie, diarrhée ou colite à *Clostridioides difficile*) et d'augmentation de la résistance bactérienne.
5. Les bêta-lactamines sont énumérées en ordre alphabétique.
6. Si antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines, consulter [l'outil d'aide à la décision](#) pour bien apprécier la sévérité de la réaction et le besoin de recourir aux fluoroquinolones dans ce contexte.

PRÉVENTION DES RÉCIDIVES CHEZ LA FEMME

- Encourager l'adoption de comportements pouvant contribuer à réduire le risque d'infection urinaire – p. ex. hydratation abondante, régularisation du transit intestinal, essuyage de l'avant vers l'arrière après la défécation, miction postcoïtale, évitement des spermicides.



Une fiche informative à l'intention des personnes atteintes d'une infection urinaire non compliquée est **disponible** et accessible à partir de ce code QR.

STRATÉGIES NON ANTIMICROBIENNES

- L'emploi d'**œstrogènes vaginaux** peut réduire la fréquence des infections urinaires chez les femmes ménopausées qui présentent des cystites récidivantes non compliquées. Envisager un examen génital si suspicion d'une autre condition de santé (p.ex. vaginite atrophique) et évaluer le risque lié à l'utilisation des œstrogènes avant d'y recourir. Au besoin, faire appel à un collègue expérimenté.
- L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure avec certitude concernant l'efficacité des produits à base de canneberges et des probiotiques intravaginaux pour réduire la survenue d'infections urinaires.

STRATÉGIES ANTIMICROBIENNES

- **En cas d'échec** des autres stratégies de prévention, et après l'exclusion d'une anomalie anatomique ou fonctionnelle (selon le tableau clinique), les stratégies de prévention des **cystites récidivantes non compliquées** peuvent inclure une antibioprophylaxie post-coïtale ou continue.



- Les **effets indésirables possibles** et le **risque de résistance aux antibiotiques** devraient être considérés lors du recours à une antibioprophylaxie à long terme (p. ex. supérieure à 6 mois).

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA CYSTITE RÉCIDIVANTE NON COMPLIQUÉE ¹

Antibiotiques	Antibioprophylaxie postcoïtale (3 à 6 mois) ⚠ sans dépasser la posologie du traitement en continu	Antibioprophylaxie continue (3 à 6 mois) ²
ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1^{re} INTENTION		
Nitrofurantoïne³ monohydrate/macrocristaux	100 mg PO au cours des 2 heures postcoïtales	100 mg PO DIE ou 3 fois/semaine
Nitrofurantoïne³ macrocristaux seuls	50 à 100 mg PO au cours des 2 heures postcoïtales	50 à 100 mg PO DIE ou 3 fois/semaine
Triméthoprine- sulfaméthoxazole	40 mg/200 mg ou 80 mg/400 mg PO au cours des 2 heures postcoïtales	40 mg/200 mg ou 80 mg/400 mg PO DIE ou 3 fois/semaine
TRAITEMENT ALTERNATIF SI CONTRE-INDICATION À TOUS LES ANTIBIOTIQUES DE 1^{re} INTENTION OU SELON LA RÉSISTANCE BACTÉRIENNE LOCALE		
Triméthoprine	100 mg PO au cours des 2 heures postcoïtales	100 mg PO DIE
Céphalexine	125 à 250 mg PO au cours des 2 heures postcoïtales	125 à 250 mg PO DIE
Fosfomycine (trométhamine de)	3g PO au cours des 2 heures postcoïtales (sans dépasser les 3g PO tous les 7 jours)	3g PO tous les 7 à 10 jours

1. Les traitements sont énumérés en fonction de leur efficacité, du risque d'effets indésirables et de l'ordre croissant de leur coût.

2. En raison de la stagnation de l'urine durant la nuit, la prise de l'antibiotique avant le coucher est à envisager.

3. Une exposition prolongée (p. ex. supérieure à 6 mois) à la nitrofurantoïne peut être associée à des risques de complications rares mais sévères (p. ex. réactions hépatiques ou pulmonaires). Envisager un autre choix d'antibiotique en cas de nécessité de prolonger l'antibioprophylaxie, en présence de comorbidités ou selon la fonction rénale.

TRAITEMENT DES RÉCIDIVES CHEZ LA FEMME

- Chez les personnes qui présentent des cystites récidivantes non compliquées, **un traitement auto-instauré**, en cas de détection des symptômes par la personne, peut également être envisagé.
 - Le choix du traitement est identique à celui d'une cystite aiguë.
 - Un traitement auto-instauré devrait idéalement être accompagné d'un accès facilité aux analyses de biologie médicale, au besoin, lors de la récurrence des symptômes (p. ex. symptômes inhabituels, persistance ou rechute précoce des symptômes).

SUIVI

- ▶ Une réévaluation de l'état de la personne est requise en cas de **non-amélioration ou d'aggravation des symptômes** malgré la prise du traitement ou en cas de **réapparition rapide des symptômes** (2 à 4 semaines après le traitement initial).
- ▶ **Après la réception des résultats des analyses de biologie médicale :**
 - vérifier que la souche bactérienne est sensible à l'antibiotique prescrit et ajuster le traitement en conséquence en administrant autant que possible des antibiotiques à spectre étroit (si pertinent).
 - documenter les résultats des analyses de biologie médicale au dossier (si non automatisé).
- ▶ **Lors du traitement par voie orale d'une pyélonéphrite**, réévaluer systématiquement l'état de la personne à 72 h post-traitement.
- ▶ Lors de l'**administration d'une antibioprophylaxie** pour la prévention des infections urinaires, un suivi est conseillé après 3 à 6 mois pour évaluer l'efficacité et l'innocuité de l'antibioprophylaxie et discuter de la poursuite, de l'arrêt ou de la modification de la stratégie d'antibioprophylaxie.

CONSULTATION EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE

- ▶ **Situations qui pourraient nécessiter une consultation en milieu hospitalier** (selon le jugement clinique et l'organisation des soins et services) :
 - obstruction des voies urinaires en présence de symptômes ou signes d'une infection
 - présence d'un handicap social, mental ou physique pouvant entraver l'observance d'un schéma thérapeutique prescrit ou d'une préoccupation concernant l'observance ou la surveillance (p. ex. situation d'isolement)
 - pyélonéphrite compliquée ou nosocomiale ou présence de facteurs de risque d'infection par des entérobactéries multirésistantes
 - rétention urinaire aigüe
 - suspicion de sepsis
 - symptômes systémiques (p. ex. fièvre, frissons, vomissements ou confusion) chez une personne qui porte une sonde urinaire à demeure
- ▶ **Situations où une orientation vers la médecine spécialisée est à envisager :**
 - anomalie anatomique ou fonctionnelle de l'appareil urinaire
 - obstruction des voies urinaires (p. ex. hydronéphrose)
 - présence d'une hématurie persistante non expliquée
 - récurrence (rechute ou réinfection) :
 - d'une infection urinaire causée par un agent pathogène non usuel (p. ex. *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*)
 - d'une pyélonéphrite non compliquée
 - d'une infection urinaire (cystite ou pyélonéphrite) compliquée ou à risque de le devenir
 - de symptômes urinaires lorsque les résultats de la culture d'urine sont négatifs (malgré un prélèvement effectué avant le début de l'antibiothérapie)
 - d'une infection urinaire associée à un résidu vésical post-mictionnel significatif (plus de 150 mL)

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

Pour les détails sur le processus d'élaboration de ce guide d'usage optimal et pour consulter les références, se référer au [rapport associé](#) aux travaux.



SYMPTÔMES ET SIGNES COMPATIBLES AVEC L'INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> OU À <i>NEISSERIA GONORRHOEAE</i>	
Cervicite	• Exsudat endocervical mucopurulent ou purulent • Pertes vaginales inhabituelles • Saignements vaginaux intermenstruels ou postcoïtaux
Urétrite	• Brûlures mictionnelles • Écoulement urétral • Inconfort urétral
Épididymite / orchi-épididymite	• Douleur testiculaire progressive habituellement unilatérale • Écoulement urétral • Érythème ou œdème du scrotum sur le côté affecté • Fièvre • Hydrocèle • Sensibilité de l'épididyme ou du testicule à la palpation • Tuméfaction palpable de l'épididyme
Atteinte inflammatoire pelvienne	Les manifestations suivantes, associées ou non à la cervicite, évoquent une atteinte inflammatoire pelvienne : • Dyspareunie profonde • Fièvre • Sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin
AUTRES CAUSES DE PERTES VAGINALES ANORMALES	
Candidose vulvovaginale	• Érythème • Excoriations • Fissures • Œdème • Pertes vaginales inhabituelles • Symptômes associés (douleur, dyspareunie superficielle, dysurie externe)
Trichomonase	• Dyspareunie superficielle • Dysurie • Pertes vaginales inhabituelles • Points hémorragiques sur l'épithélium génital (col piqueté vasculaire rouge)
Vaginose bactérienne	• Pertes vaginales inhabituelles • Pertes vaginales malodorantes • Prurit absent ou léger



► Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'apparition et à la propagation de l'antibiorésistance.

PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE D'ANTIBIORÉSISTANCE	PÉRIODE ANTÉRIEURE APPROXIMATIVE À CONSIDÉRER ¹
Colonisation déjà documentée avec une bactérie multirésistante	6 mois
Hébergement en soins de longue durée	En tout temps
Hospitalisation	3 mois
Manœuvre urologique	1 mois
Prévalence de résistance locale élevée	En tout temps
Usage d'antibiotiques	3 mois
Voyage à l'extérieur du Canada, notamment dans une zone géographique à risque élevé d'antibiorésistance (p. ex. le Moyen-Orient, l'Extrême-Orient, le sous-continent indien ou l'Afrique subsaharienne).	6 mois

1. Les périodes sont issues majoritairement de données expérientielles. Elles sont indiquées à titre informatif et ne remplacent pas le jugement clinique.

 Retour

Antibiotiques ¹	Ouvrir la capsule et mélanger son contenu avec de la nourriture	Écraser le comprimé	Utiliser la suspension orale
Nitrofurantoïne (macrocristaux seuls) ²	✓	✓	
Triméthoprim-sulfaméthoxazole		✓	✓
Amoxicilline-clavulanate		✓	✓
Céfadroxil	✓		
Céfixime		✓	✓
Ciprofloxacine ³		✓	✓
Lévofloxacine ⁴		✓	

1. La fosfomycine (trométhamine de) étant disponible sous forme de sachets à diluer, aucune option de rechange n'est proposée en cas de dysphagie.
2. Contrairement à la nitrofurantoïne sous forme de macrocristaux monohydratés, la capsule de macrocristaux seuls peut être ouverte et mélangée avec du jus.
3. Le comprimé de ciprofloxacine XL ne peut pas être coupé, croqué ou écrasé.
4. Le comprimé écrasé peut avoir mauvais goût. Ne pas le mélanger à la nourriture, mais plutôt l'administrer avec de l'eau ou du jus.

[Retour](#)