



Conseil Scientifique
Domaine de la Santé

Prise en charge de la cystite aiguë simple chez la femme adulte

Recommandation de bonne
pratique médicale – version longue

2 0 2 6

Table des matières

Table des matières.....	2
Liste des abréviations.....	3
Mots-clés.....	3
Messages-clés.....	4
Grades de recommandation du Conseil scientifique du domaine de la santé au Luxembourg	5
Grades EAU – European Association of Urology (1)	6
Remarques préliminaires.....	6
1. Objectif.....	7
2. Populations concernées	7
3. Définitions.....	7
4. Évaluation diagnostique.....	8
4.1. Tableau clinique	8
4.1.1. Facteurs de risque de la cystite aiguë simple.....	8
4.1.2. Signes, symptômes et diagnostic différentiel.....	8
4.2. Examens	10
4.2.1. Bandelettes urinaires (BU).....	10
4.2.2. Examen cyto bactériologique des urines (ECBU).....	10
4.2.3. Colonisation urinaire (bactériurie asymptomatique).....	10
5. Prise en charge thérapeutique.....	11
5.1. Cystite aiguë simple.....	11
5.2. Cystite aiguë simple récidivante	12
5.2.1. Auto-diagnostic et auto-traitement.....	12
5.2.2. Prévention des récurrences	13
6. Compléments alimentaires	14
7. Algorithme de prise en charge	15
8. Bibliographie.....	16
9. Groupe de travail	18

Liste des abréviations

BU	Bandelette urinaire
EAU	<i>European Association of Urology</i>
ECBU	Examen cytbactériologique des urines
GT	Groupe de travail
IST	Infections sexuellement transmissibles

Mots-clés

- Cystite
- Dysurie
- Pollakiurie
- Urgenturie
- Bandelette urinaire (BU)
- Examen cytbactériologique des urines (ECBU)
- Fosfomycine
- Nitrofurantoïne

Messages-clés

- La cystite aiguë simple est un diagnostic essentiellement clinique (dysurie, pollakiurie, urgenturie, absence de pertes vaginales).
- Le recours à la bandelette urinaire (BU) n'est pas systématique et n'est utile qu'en cas de doute. La présence de nitrites à la BU est fortement évocatrice, tandis qu'un test négatif n'exclut pas une infection.
- L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) n'est pas indiqué en cas de cystite aiguë simple, sauf en situations particulières (échec du traitement, récurrence, symptômes atypiques ou suspicion de complication).
- La bactériurie asymptomatique ne nécessite ni dépistage ni traitement chez la majorité des patientes, sauf dans certaines situations spécifiques.
- Une utilisation raisonnée des antibiotiques est essentielle pour limiter les résistances.
- Le traitement empirique repose sur une antibiothérapie de première intention (fosfomycine 3 g en prise unique ou nitrofurantoïne 100 mg 3x/jour pendant 5 jours).
- Les aminopénicillines ne sont pas indiquées dans le traitement empirique de la cystite aiguë simple en raison des résistances bactériennes.
- Les fluoroquinolones sont généralement réservées aux infections urinaires compliquées et ne doivent être utilisées dans la prise en charge de la cystite qu'en dernier recours, lorsque les autres options thérapeutiques ne sont pas appropriées.
- En cas de récurrences, privilégier une approche progressive : commencer par des mesures préventives hygiéno-diététiques ; en cas d'échec, envisager une antibioprophylaxie, à décider au cas par cas.
- Les alternatives non antibiotiques peuvent être proposées, en informant la patiente du niveau de preuve limité.

Grades de recommandation du Conseil scientifique du domaine de la santé au Luxembourg

Recommandation forte

Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation claire et confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation forte est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle est applicable à la plupart des patients concernés par l'intervention.

Recommandation faible

Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation prudente et moyennement confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation faible est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle peut être applicable uniquement à un sous-groupe restreint de patients.

Absence de recommandation

En l'absence d'éléments suffisants permettant une étude pertinente de l'intervention médicale, le CS constate son incapacité à émettre une recommandation quelconque.

Consensus des experts du GT

En l'absence d'évidence scientifique, un consensus d'experts cliniciens se basant sur une longue expérience et une connaissance approfondie de l'intervention médicale peut justifier une recommandation.

Grades EAU – European Association of Urology (1)

Levels of Evidence

Level	Type of evidence
1a	Evidence obtained from meta-analysis of randomized trials
1b	Evidence obtained from at least one randomized trial
2a	Evidence obtained from one well-designed controlled study without randomization
2b	Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study
3	Evidence obtained from well-designed non-experimental studies, such as comparative studies, correlation studies and case reports
4	Evidence obtained from expert committee reports or opinions or clinical experience of respected authorities

Strength of Recommendations

The EAU Guidelines use a modified Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) approach for the grading of recommendations.

The strength of each recommendation is determined by the balance between desirable and undesirable consequences of alternative management strategies, the quality of the evidence (including certainty of estimates), and nature and variability of patient values and preferences.

Remarques préliminaires

Conformément à la méthodologie du Conseil Scientifique du Domaine de la Santé, le groupe de travail « Antibiothérapie – Cystite aiguë simple chez la femme adulte » a recherché des recommandations de bonne pratique internationales ou étrangères reconnues, susceptibles d'être adaptées au contexte luxembourgeois.

Les recommandations retenues s'appuient principalement sur celles émises par l'Association Européenne d'Urologie de 2025 (EAU – *European Association of Urology*): *Urological Infections* (2).

Lorsque les guides sélectionnés ne couvraient pas certains points, des recherches complémentaires ont été effectuées sur DynaMed ou sur PubMed pour des revues systématiques, méta-analyses ou études randomisées.

1. Objectif

L'objectif de cette recommandation est de favoriser la prescription appropriée d'antibiotiques en milieu ambulatoire afin de traiter efficacement les patientes tout en limitant les résistances bactériennes.

2. Populations concernées

Les groupes de femmes suivants, ne présentant pas de facteurs de risques favorisant une infection aiguë compliquée (p.ex. cystite compliquée, pyélonéphrite) seront abordés dans notre recommandation :

- Femmes adultes non ménopausées en dehors de la grossesse
- Femmes ménopausées
- Femmes présentant une cystite aiguë récidivante simple

Les populations suivantes, à risque de développer des infections urinaires compliquées, sont exclues de cette recommandation :

- Les hommes (risque de prostatite)
- La population pédiatrique (anomalies anatomiques ou fonctionnelles, risque plus élevé de complications rénales, diagnostic parfois difficile)
- Les femmes enceintes (dilatation des voies urinaires, risque accru de pyélonéphrite)
- Personnes hospitalisées ou en institution
- Personnes porteuses de sondes urinaires
- Patients avec anomalies anatomiques ou fonctionnelles des voies urinaires
- Personnes avec antécédents d'infections urinaires compliquées
- Patients atteints de certaines maladies chroniques (p.ex. insuffisance rénale, maladies neurologiques)
- Les personnes immunodéprimées

3. Définitions

- **Cystite aiguë simple chez la femme** : Il s'agit d'une infection de la vessie chez la femme non enceinte en l'absence de signes et symptômes systémiques, d'anomalies anatomiques ou fonctionnelles au sein des voies urinaires et de comorbidités (3). La bactérie en cause est le plus souvent l'*Escherichia coli* (75-95% des infections urinaires simples) suivi par *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus saprophyticus* (sans ordre spécifique) (3).
- **Infection urinaire compliquée chez la femme** : Il s'agit d'une infection de la vessie ou des reins, associée à des signes et symptômes systémiques (fièvre, frissons, tachycardie, hypotension), à risque d'évoluer vers une forme compliquée chez des patientes présentant un ou plusieurs facteurs de risque (4).

- **Cystite aiguë récidivante:** Selon l'EAU (2025), une cystite aiguë récidivante est définie par au moins trois épisodes de cystite par année ou deux épisodes dans les six derniers mois (2).

4. Évaluation diagnostique

4.1. Tableau clinique

4.1.1. Facteurs de risque de la cystite aiguë simple

La connaissance de facteurs de risque présents chez les patientes permet de mieux les encadrer et de prévenir les récurrences (2,3).

- Sexe féminin
- Ménopause (syndrome génito-urinaire de la ménopause)
- Antécédent de cystite au cours de l'année écoulée
- Rapports sexuels
- Utilisation de spermicides ou diaphragmes
- Diabète (en particulier sous traitement par des inhibiteurs du SGLT-2 (gliflozines)) (5).

4.1.2. Signes, symptômes et diagnostic différentiel

Une cystite aiguë simple est associée à une forte probabilité diagnostique sur la base :

- d'une anamnèse ciblée portant sur les symptômes du bas appareil urinaire tels que dysurie, pollakiurie, urgence urinaire (urgenterie) (**Recommandation forte**) (2). La présence additionnelle d'autres symptômes tels que des douleurs sus-pubiennes, nycturie, hématurie visible et/ou pyurie peut renforcer la suspicion diagnostique (6) (7).
- de l'absence de pertes vaginales anormales (**Recommandation forte**) (2).

Remarques :

- Le diagnostic de cystite aiguë simple ne devrait pas être posé sur la base d'un seul symptôme ou signe isolé (6–8) .
- En présence d'un tableau clinique typique (dysurie, pollakiurie et/ou urgence urinaire associées à l'absence de symptômes vaginaux), la réalisation d'une bandelette urinaire (BU) n'est généralement pas nécessaire chez les patientes sans facteurs de complication (9,10).

Le tableau 1 présente les signes et symptômes typiques pour les principales infections urinaires et génitales susceptibles de mimer une cystite aiguë simple. Il constitue un outil d'orientation diagnostique, éventuellement en association avec les BU (voir [section 4.2.1 Bandelettes urinaires](#)) pour le diagnostic différentiel.

L'endométriose peut également être associée à des troubles urinaires, similaires à ceux de la cystite, tels que la dysurie, la pollakiurie ou des douleurs sus-pubiennes (11). Ces troubles sont surtout exacerbés pendant les menstruations en lien possible avec une atteinte vésicale ou urétérale (11).

En outre, chez les femmes ménopausées, les symptômes génito-urinaires ne sont pas nécessairement liés à une cystite. Les symptômes de la cystite peuvent être en effet similaires à ceux du syndrome génito-urinaire, qui résulte d'une carence en estrogènes (12).

Le syndrome génito-urinaire se caractérise par (12) :

- Symptômes génitaux : atrophie vulvovaginale, sécheresse vaginale, douleurs, brûlures, prurit et/ou pertes vaginales.
- Symptômes urinaires : dysurie, urgence urinaire, pollakiurie, nycturie, incontinence urinaire et/ou récurrences d'infections urinaires.

Le tableau 1 reprend les signes et symptômes les plus courants et permet d'aider à différencier la cystite d'autres infections du système uro-génital aux manifestations parfois similaires.

Tableau 1 : Diagnostic différentiel de la cystite aiguë simple par rapport aux autres infections les plus fréquentes du système uro-génital (2) (3) (4) (13) (14) (15)

Signes et symptômes	Cystite simple	Urétrite*	Vulvo-vaginite	Pyélonéphrite	Maladie inflammatoire pelvienne
Dysurie	✓	✓	✓	✓ (ou absent)	✓
Pollakiurie	✓			✓ (ou absent)	
Urgence urinaire	✓			✓ (ou absent)	
Douleur ou sensibilité sus-pubienne	✓			✓ (ou absent)	✓
Hématurie visible	✓ (ou absent)			✓ (ou absent)	
Pertes vaginales anormales			✓		✓
Pertes urétrales anormales		✓			
Prurit vaginal			✓		✓
Démangeaisons autour du méat urétral		✓			
Fièvre (> 38°C)				✓	✓ (ou absent)
Douleurs lombaires				✓	✓

* Les femmes sont dans la plupart du temps asymptomatiques.

4.2. Examens

4.2.1. Bandelettes urinaires (BU)

L'utilisation des BU peut être envisagée comme aide pour le diagnostic de la cystite aiguë simple en cas d'incertitude clinique, notamment lorsque la symptomatologie est atypique et/ou incomplète (**Consensus des experts du GT**).

L'analyse doit être réalisée sur des urines recueillies au milieu du jet et permet de rechercher surtout la présence de nitrites et de leucocytes (via la leucocyte estérase).

Remarque : La détection d'érythrocytes peut compléter l'examen, mais n'est pas spécifique pour le diagnostic.

En pratique :

- Un test négatif combinant les nitrites, l'estérase leucocytaire et les érythrocytes a une valeur prédictive négative modérée et ne permet donc pas d'exclure avec certitude une infection urinaire (7,10). Si les symptômes persistent pendant 2 jours ou plus, la réalisation d'un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) est recommandée (8) (**Consensus des experts du GT**).
- Un test positif aux nitrites, éventuellement associé à une leucocyte estérase positive, indique une infection urinaire avec une bonne valeur prédictive positive (7). Dans ces cas, un traitement empirique par antibiotique est recommandé (**Consensus des experts du GT**).

Remarque : La positivité des nitrites est fortement évocatrice d'une infection urinaire, tandis que la positivité isolée de la leucocyte estérase est moins spécifique (10).

4.2.2. Examen cyto bactériologique des urines (ECBU)

L'ECBU n'est pas indiqué dans le cadre de la cystite aiguë simple non-récurrente (16).

Un ECBU est recommandé chez les femmes symptomatiques dans les situations suivantes (**Recommandation forte**) (2):

- suspicion de pyélonéphrite aiguë ;
- symptômes persistants malgré le traitement ou réapparaissant dans les quatre semaines suivant la fin du traitement d'une cystite aiguë simple ;
- cystite récurrente ;
- femmes présentant des symptômes atypiques ;
- femmes enceintes.

4.2.3. Colonisation urinaire (bactériurie asymptomatique)

Définition de la bactériurie asymptomatique : Selon l'EAU (2025), une bactériurie asymptomatique est définie par la présence de bactéries $\geq 10^5$ CFU/mL (CFU = *Colony-Forming Unit*) dans deux échantillons urinaires consécutifs prélevés au milieu du jet chez la femme ne présentant pas de symptômes cliniques (2).

Investigations et traitement NON RECOMMANDÉS (Recommandation forte) (2):

- Femmes sans facteurs de risque d'infections urinaires compliquées
- Patientes atteintes de diabète bien contrôlé
- Femmes ménopausées
- Personnes âgées vivant en institution
- Patientes présentant un dysfonctionnement urinaire (ex. vessie neurogène, volume résiduel post-mictionnel élevé) et/ou une reconstruction des voies urinaires basses (dérivation iléale, remplacement vésical orthotopique, réservoir continent)
- Patientes ayant reçu une transplantation rénale
- Patientes avant une chirurgie d'arthroplastie
- Patientes sans facteurs de risque présentant des infections urinaires récurrentes

Investigations et traitement RECOMMANDÉS :

- Avant une intervention urologique invasive franchissant les muqueuses des voies urinaires (**Recommandation forte**) (2)
- Femmes présentant des facteurs de risque d'infections urinaires compliquées (p.ex. grossesse, diabète mal contrôlé) (2)

5. Prise en charge thérapeutique

5.1. Cystite aiguë simple

Il est recommandé de prescrire un antibiotique (p.ex. fosfomycine ou nitrofurantoïne) comme traitement de première intention dans la prise en charge de la cystite aiguë simple chez la femme. Les aminopénicillines et fluoroquinolones ne sont pas indiquées dans cette situation (**Recommandations fortes**) (2).

En effet, les aminopénicillines ne sont pas recommandées dans le traitement empirique de la cystite aiguë simple dû à un taux de résistance élevé chez *E. coli* (17).

De même depuis 2019, les réglementations européennes établies par l'Agence européenne des médicaments (*European Medicines Agency*, EMA) précisent que les fluoroquinolones ne doivent être utilisées que dans les infections urinaires compliquées (2) et uniquement en dernier recours dans la cystite, lorsque les autres antibiotiques ne sont pas appropriés, en raison de leurs effets indésirables potentiellement graves (18).

Spectres d'action des antibiotiques utilisés dans les infections urinaires

- La **fosfomycine** est active sur les bactéries uropathogènes Gram positif (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*) et Gram négatif (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*). Elle n'est presque pas active contre le *Staphylococcus saprophyticus* (19).
- La **nitrofurantoïne** possède une activité antibactérienne sur les bactéries Gram positif et Gram négatif. *Escherichia coli* est l'espèce la plus sensible. Les souches de *Klebsiella* spp et d'*Enterobacter* spp présentent une sensibilité moindre. Les souches de *Proteus* spp sont résistantes (20).

- **Co-trimoxazole** (sulfaméthoxazole/triméthoprime) couvre la plupart des bactéries Gram positif et Gram négatif. Le triméthoprime est actif contre les entérobactéries telles que *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* et *Klebsiella pneumoniae* (21).

Il est également possible d'envisager de reporter la prescription d'un agent antimicrobien et de proposer des alternatives non antimicrobiennes à la place (voir [Chapitre 6 - Compléments alimentaires](#)). Cette décision doit être prise en concertation avec la patiente, après l'avoir informée du manque de preuves concernant l'efficacité de ces alternatives (**Recommandation forte**) (2).

Lorsqu'un traitement empirique par antibiotique est indiqué, et compte tenu de l'absence de preuve de supériorité d'un antibiotique sur l'autre, le choix se portera sur la fosfomycine ou la nitrofurantoïne (voir Tableau 2). La fosfomycine sera privilégiée en raison de sa facilité d'utilisation (prise unique), tandis que la nitrofurantoïne constitue également un choix approprié (**Consensus des experts du GT**).

Si le traitement de première intention n'est pas possible, un traitement alternatif par le sulfaméthoxazole/triméthoprime peut être envisagé (**Consensus des experts du GT**).

Tableau 2 : Traitements antibiotiques empiriques de la cystite aiguë simple

Antibiotique	Posologie
Traitement de première intention	
Fosfomycine	3 g en une seule fois, 2 à 3 heures avant ou après la prise de nourriture, de préférence juste avant le coucher et après vidange de la vessie
Nitrofurantoïne MC*	100 mg 3x/jour pendant 5 jours au cours des repas
Traitement alternatif	
Sulfaméthoxazole/ Triméthoprime**	800/160 mg 2x/jour pdt 3 jours

* La nitrofurantoïne est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale (clairance de la créatinine inférieure à 45 ml/min)

** Le Sulfaméthoxazole/triméthoprime est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 15 ml/min) et insuffisance hépatique sévère.

5.2. Cystite aiguë simple récidivante

5.2.1. Auto-diagnostic et auto-traitement

Un traitement antibiotique de courte durée en auto-administration peut être envisagé lors d'une récurrence de cystite simple chez les patientes ayant une bonne observance thérapeutique (**Recommandation forte**) (2). Dans ce cas, le choix du traitement est similaire à celui de la cystite aiguë simple.

5.2.2. Prévention des récurrences

5.2.2.1. Mesures préventives

Les mesures suivantes doivent être systématiquement proposées en raison de leur innocuité et de leur bénéfice potentiel (**Consensus des experts du GT**), bien qu'il n'existe pas, à ce jour, d'essais randomisés en double aveugle démontrant l'efficacité des modifications comportementales ou du mode de vie pour réduire les récurrences d'infections urinaires (2).

- Hydratation : Il est recommandé d'assurer une hydratation d'au moins 1,5 L par jour.
- Mictions régulières : Il est recommandé d'éviter de retenir l'urine trop longtemps et de ne pas retarder la miction, notamment après des rapports sexuels.
- Hygiène après les selles : Il est recommandé de s'essuyer d'avant en arrière.
- Hygiène intime : Il est recommandé d'éviter les douches vaginales.

5.2.2.2. Prophylaxie antibiotique

Lorsque les mesures préventives hygiéno-diététiques se sont révélées inefficaces, le recours à une antibioprofylaxie — soit en continu, soit de façon ponctuelle après les rapports sexuels — peut être envisagé, au cas par cas, afin de prévenir les cystites récidivantes (**Consensus des experts du GT**).

Lorsqu'un antibiotique est indiqué, la durée du traitement doit être d'au moins 3 mois, sans dépasser 12 mois, avec une réévaluation au cas par cas (**Consensus des experts du GT**).

Tableau 3 : Traitements antibioprofylactiques de la cystite récidivante

Type de traitement	Antibiotique	Posologie
Traitement prophylactique continu	Fosfomycine	1x/semaine, 2 à 3 heures avant ou après la prise de nourriture, de préférence juste avant le coucher et après vidange de la vessie
	Nitrofurantoïne*	50-100 mg 1x/jour, au cours des repas
Traitement post-coïtal	Fosfomycine	3 g dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel
	Nitrofurantoïne*	50-100 mg dans les 2 heures suivant chaque coït

* La nitrofurantoïne est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale (clairance de la créatinine inférieure à 45 ml/min)

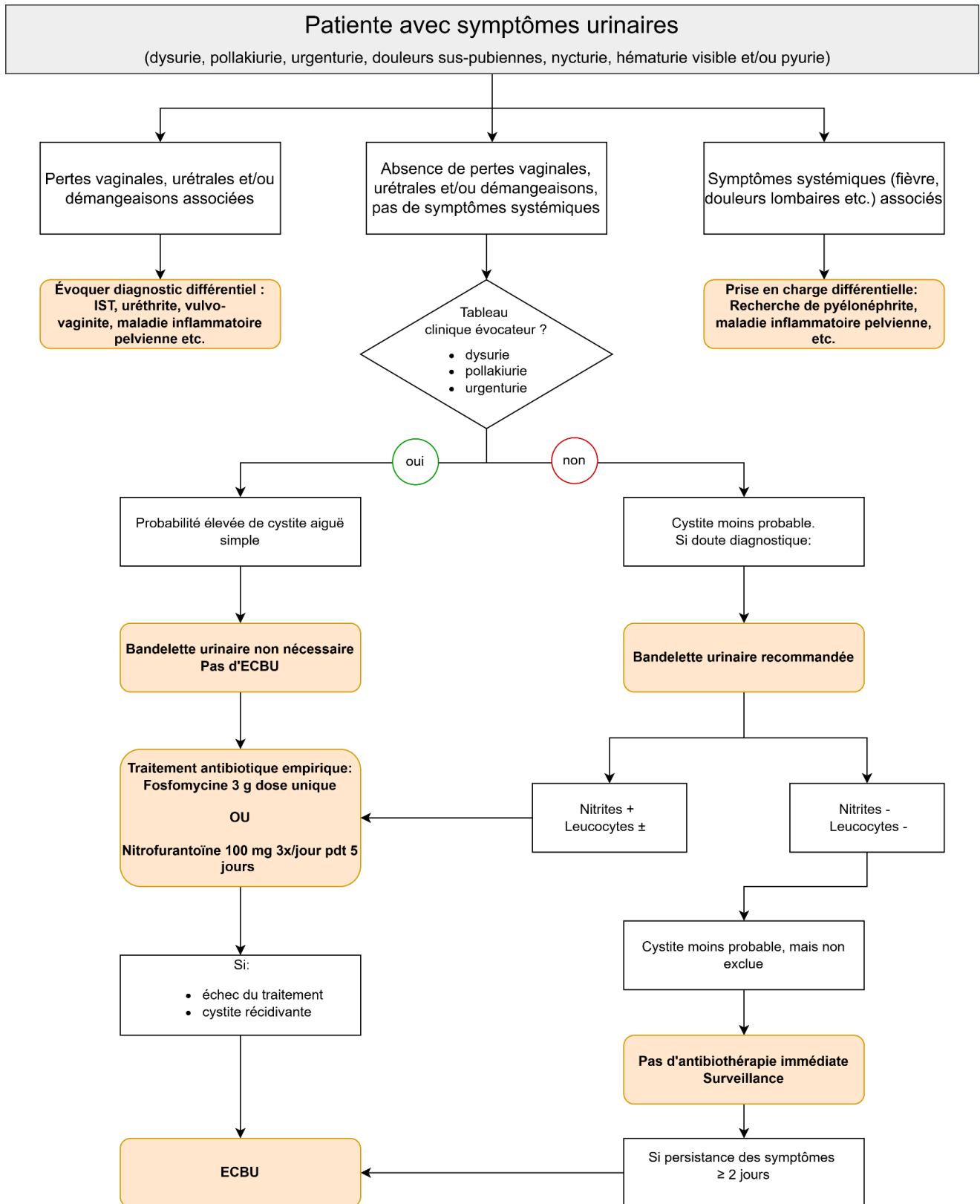
5.2.2.3. Femmes ménopausées

Chez les femmes ménopausées présentant un syndrome génito-urinaire, il peut être pertinent de discuter de l'utilisation d'un traitement hormonal substitutif par œstrogènes administrés par voie vaginale afin de prévenir les récurrences, lorsque celui-ci est souhaité et en l'absence de contre-indications, notamment liée à une pathologie concomitante (2).

6. Compléments alimentaires

L'utilisation de compléments alimentaires peut être envisagée dans la prévention des récurrences (p.ex. produits à base de canneberge, D-Mannose, probiotiques) et le traitement de la cystite (p.ex. association *Centaurii herba*, *Levistici radix* et *Rosmarini folium* ; *Arctostaphylos uva-ursi* ou *Méthionine*) (**Recommandation faible**) (2). Cependant, les patientes doivent être informées du caractère limité et parfois contradictoire des preuves (2). De même, les compléments alimentaires à base de canneberge peuvent exposer à des troubles digestifs ainsi qu'à une augmentation de l'INR (*International Normalized Ratio*), voire à des hémorragies graves chez des patients traités par antivitamine K (22).

7. Algorithme de prise en charge



IST = Infections sexuellement transmissibles
ECBU = Examen cyto bactériologique des urines

8. Bibliographie

1. European Association of Urology. EAU Guidelines Development Handbook. EAU Methodology & Policies. [Internet]. [cited 2026 Jun 1]. Available from: <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/EAUN-Guidelines-Manual-August-2023.pdf>
2. Bonkat G, Kranz J, et al. EAU-Guidelines on Urological Infections - Uroweb [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 26]. Available from: <https://uroweb.org/guidelines/urological-infections>
3. Uncomplicated Urinary Tract Infection in Female Adults - DynaMed [Internet]. [cited 2025 Nov 26]. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/uncomplicated-urinary-tract-infection-in-female-adults>
4. Complicated Urinary Tract Infection (Cystitis and Pyelonephritis) in Female Adults - DynaMed [Internet]. [cited 2025 Nov 26]. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/complicated-urinary-tract-infection-cystitis-and-pyelonephritis-in-female-adults>
5. Pishdad R, Auwaerter PG, Kalyani RR. Diabetes, SGLT-2 Inhibitors, and Urinary Tract Infection: a Review. *Curr Diab Rep.* 2024 May 1;24(5):108–17. doi:10.1007/s11892-024-01537-3
6. Giesen LG, Cousins G, Dimitrov BD, van de Laar FA, Fahey T. Predicting acute uncomplicated urinary tract infection in women: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs. *BMC Fam Pract.* 2010 Oct 24;11(1):78. doi:10.1186/1471-2296-11-78
7. Little P, Turner S, Rumsby K, Jones R, Warner G, Moore M, et al. Validating the prediction of lower urinary tract infection in primary care: sensitivity and specificity of urinary dipsticks and clinical scores in women. *Br J Gen Pract.* 2010 Jul;60(576):495–500. doi:10.3399/bjgp10X514747 PubMed PMID: 20594439; PubMed Central PMCID: PMC2894378.
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 160 [Internet]. 2020 [cited 2026 Apr 30]. Management of suspected bacterial lower urinary tract infection in adult women. Available from: https://www.sign.ac.uk/media/1766/sign-160-uti-0-1_web-version.pdf
9. Heytens S, Sutter AD, Coorevits L, Cools P, Boelens J, Simaey LV, et al. Women with symptoms of a urinary tract infection but a negative urine culture: PCR-based quantification of *Escherichia coli* suggests infection in most cases. *Clinical Microbiology and Infection.* 2017 Sep 1;23(9):647–52. doi:10.1016/j.cmi.2017.04.004 PubMed PMID: 28457846.
10. Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2018 Jul 1;219(1):40–51. doi:10.1016/j.ajog.2017.12.231
11. Sherman AK, MacLachlan LS. A Review of Urinary Tract Endometriosis. *Curr Urol Rep.* 2022 Oct 1;23(10):219–23. doi:10.1007/s11934-022-01107-8
12. Genitourinary Syndrome of Menopause - DynaMed [Internet]. [cited 2025 Nov 26]. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/genitourinary-syndrome-of-menopause#GUID-EE9723F7-1737-4CD2-A88E-E82547FFC996>

13. Gonococcal Urethritis - DynaMed [Internet]. [cited 2025 Nov 27]. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/gonococcal-urethritis>
14. Nongonococcal Urethritis - DynaMed [Internet]. [cited 2025 Nov 26]. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/nongonococcal-urethritis>
15. Pelvic Inflammatory Disease (PID) - DynaMed [Internet]. [cited 2025 Nov 26]. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/pelvic-inflammatory-disease-pid>
16. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cited 2025 Nov 25]. Choix et durées d'antibiothérapies : Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722827/fr/choix-et-durees-d-antibiotherapies-cystite-aigue-simple-a-risque-de-complication-ou-recidivante-de-la-femme
17. Surveillance Atlas of Infectious Diseases [Internet]. [cited 2026 May 27]. Available from: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/>
18. Quinolone- and fluoroquinolone-containing medicinal products - referral | European Medicines Agency (EMA) [Internet]. 2019 [cited 2025 Dec 1]. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/quinolone-fluoroquinolone-containing-medicinal-products>
19. CBIP [Internet]. [cited 2025 Dec 3]. Résultat de la recherche fosfomycine. Available from: <https://www.cbip.be/fr/keywords/fosfomycine?type=substance>
20. CBIP [Internet]. [cited 2025 Dec 3]. Résultat de la recherche nitrofurantoïne. Available from: <https://www.cbip.be/fr/keywords/nitrofuranto%25C3%25AFne?type=substance>
21. CBIP [Internet]. [cited 2025 Dec 3]. Résultat de la recherche Bactrim. Available from: https://www.cbip.be/fr/keywords/Bactrim?type=trade_family
22. Prescrire-Premier choix Prescrire – Cystite aigue simple chez une femme – Actualisation avril 2025

9. Groupe de travail

Groupe de travail (GT) « Antibiothérapie »

Dr Julien DARMIAN, médecin, coordinateur du GT, membre du CS, Direction de la santé

Mme Carla COIMBRA, pharmacienne, chargée de rédaction de la présente recommandation, experte en méthodologie, Cellule d'expertise médicale (CEM)

Dr Marie BARTH, médecin-généraliste, membre du CS, représentante de la Société Scientifique Luxembourgeoise de Médecine Générale (SSLMG)

M. Yves BRUCH, pharmacien, membre du CS, Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS)

Mme Sophie BRUEL, pharmacienne, Direction de la santé

Dr Angelina GANIEVA, médecin, experte en méthodologie, Cellule d'expertise médicale

Dr Audrey NOEL, médecin biologiste, hygiéniste, Hôpitaux Robert Schuman

Dr Thérèse STAUB, médecin spécialisée en maladies infectieuses, Centre Hospitalier du Luxembourg

Mme Anne-Cécile VUILLEMIN, pharmacienne, membre du CS, Direction de la santé

Les membres du GT ont déclaré leurs [conflits d'intérêts potentiels](#) avec le sujet de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique
conseil-scientifique.public.lu | csc@igss.etat.lu

B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86292