

Les cystites chez la femme

par les D^{rs} Annabelle STAINIER* et Bertrand TOMBAL*

* Service d'urologie Cliniques universitaires Saint-Luc
1200 Bruxelles
annabelle.stainier@duclouvain.be

La cystite, qu'elle soit unique ou récidivante, est une pathologie très fréquente chez la femme. Comment traiter, comment prévenir le cas échéant, quand prescrire un bilan complémentaire ? C'est à ces questions que le présent article se propose d'apporter des réponses claires et précises.

Prétest

Vrai Faux

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. La cystite est toujours une pathologie infectieuse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Trois cystites successives au cours d'une année nécessitent des investigations urologiques. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La canneberge est une phytothérapie d'efficacité prouvée dans la prévention des infections urinaires basses. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Réponses page 31.

ABSTRACT

Lower urinary tract infection, called cystitis, is frequent and invalidating. Diagnosis is based on symptom's description and confirmed with urinary dipstick. Treatment of recurrent cystitis consists on hygieno-dietary recommendations and adapted medication therapy.

Key Words : cystitis, recurrent cystitis, hygieno-dietary recommendations, antibiophylaxis.

RÉSUMÉ

L'infection urinaire non compliquée, communément appelée cystite, est une maladie fréquente et invalidante. Son diagnostic est essentiellement basé sur l'anamnèse et confirmé par la tigelette urinaire. Aux patientes qui présentent des cystites récidivantes, des conseils hygiéno-diététiques doivent être donnés, en plus du traitement médical.

Mots-clés : cystite, cystite récidivante, conseils hygiéno-diététiques, antibiophylaxie.

La cystite ou inflammation de la vessie est le plus souvent d'origine infectieuse. Elle touche cinquante fois plus les femmes que les hommes. Une femme sur deux souffrira d'au moins un épisode de cystite au cours de sa vie et la maladie est récidivante chez un tiers des patientes. Chaque cystite occasionne en moyenne six jours de symptômes et est responsable, en fonction des études et des pays, de 0,5 à 1 journée d'interruption de travail. Il s'agit donc d'un véritable problème de santé publique.

La fréquence de l'infection urinaire basse est nettement sous-estimée. En effet, de nombreuses patientes connaissent la pathologie mais également son traitement. L'auto-médication est donc commune et complique souvent la prise en charge médicale.

À noter qu'une femme jeune ou d'âge moyen peut présenter deux épisodes d'infection urinaire basse en 6 mois ou 3 cystites sur une année sans lien avec une pathologie de l'arbre urinaire. Il n'est donc pas justifié d'envisager des mises au point coûteuses et fastidieuses dans ces cas de figure.

Présentation clinique de la cystite infectieuse

Les manifestations cliniques habituelles de la cystite comprennent : dysurie (modification du jet urinaire, difficulté de vidange vésicale, miction en deux temps...), pollakiurie (> 8 fois sur une journée), mictalgies, urgences mictionnelles ou impériosités, et/ou douleurs abdominales basses¹. L'hématurie macroscopique, parfois avec caillots, est également fréquente.

La cystite de la femme se complique rarement d'une infection du haut appareil urinaire. Mais en cas de température supérieure à 38,5 °C, il faut impérativement rechercher une pyélonéphrite.



L'infection urinaire basse non compliquée ne doit pas être confondue avec une **cystite récidivante vraie** (plus de 2 épisodes en 6 mois ou plus de 3 cystites en un an) ni avec une **cystite persistante** (cystite qui n'a pas été traitée de manière adéquate et dont le germe responsable persiste). Dans ces cas particuliers, il convient en effet d'exclure une anomalie de l'arbre urinaire, un support bactérien (lithiase, corps étranger...) ou une infection par un germe atypique¹.

Diagnostic différentiel du syndrome de cystite

La cystite infectieuse

Il s'agit d'une réaction inflammatoire de la muqueuse vésicale qui réagit à l'agression par un germe pathogène par la libération de globules blancs. L'analyse urinaire mettra donc en évidence la présence de globules blancs, voire, éventuellement, de globules rouges en cas d'atteinte sévère du revêtement vésical. La réaction inflammatoire permet parfois la guérison spontanée de l'infection. Mais le plus souvent, le traitement antibiotique sera nécessaire pour accélérer cette guérison.

Les cystites non infectieuses

La cystite interstitielle

La cystite à urines claires ou cystite intersitielle est une pathologie dont la complexité repose essentiellement sur son étiologie qui est totalement inconnue. C'est une pathologie rare (< 0.5/1000) qui touche essentiellement les femmes après l'adolescence (10 fois plus que les hommes) et est rarement diagnostiquée après l'âge de 70 ans. Elle est caractérisée par des symptômes de cystites avec des analyses dans les normes et des cultures répétées stériles. Le diagnostic est cystoscopique, manométrique et anatomo-pathologique (présence de mastocytes à la biopsie vésicale réalisée par cystoscopie; diagnostic différentiel avec carcinome in situ). Le traitement doit être initialement conservateur, par hydrodistension, instillations endovésicales, traitements symptomatiques antihistaminiques et anticholinergiques; certains cas peuvent être totalement rebelles aux traitements médicaux².

La cystite radique

Elle survient parfois plusieurs années après une radiothérapie sur le petit bassin, administrée chez la femme surtout en cas de cancer cervico-utérin. Elle peut se manifester par des plaintes classiques de cystite (dysurie, pollakiurie, mictalgie) et parfois par de l'hématurie.

La cystite toxique

Les urines concentrent, pour les éliminer, les produits toxiques circulants qui sont filtrés au niveau rénal. Il existe donc, pour certaines substances, une concentration toxique importante dans les urines. Certains toxiques environnementaux (tabac, benzènes, caféine...) et médicamenteux (cyclophosphamide...) peuvent irriter la paroi vésicale et être cause de symptômes irritatifs, mais sans toutefois augmenter le risque d'infection.

Pathogénie de la cystite infectieuse

La plupart des infections urinaires simples de la femme jeune ou d'âge moyen ne sont pas liées à une anomalie du tractus urinaire, mais bien aux interactions particulières entre l'urothélium et certains germes uropathogènes.

Chez la femme en bonne santé, la plupart des germes pathogènes pour l'arbre urinaire proviennent de sa propre flore fécale. L'uropathogène de loin le plus fréquent et le plus connu est l'*Escherichia Coli*. Viennent ensuite le *Proteus Mirabilis*, l'*Entérocoque Faecalis*, le *Klebsiella Saprothiticus* et le *Staphylocoque Saprophyticus*¹.

La cystite ne doit pas être considérée comme simple en cas d' instrumentation préalable (y compris un sondage) ou d'hospitalisation de longue durée pour une autre raison. Dans ces cas en effet, d'autres germes doivent être envisagés, de même que le risque de résistance aux antibiotiques « classiques » de l'infection urinaire basse.

Les cellules urothéliales des femmes souffrant de cystites récidivantes pourraient présenter des caractéristiques génétiques et/ou histopathologiques qui favorisent l'adhésion des bactéries et font donc le lit d'infections récidivantes. Par exemple, chez les femmes de groupes ABO non sécréteurs^{3,4}, il existe une adhésion accrue des bactéries uropathogènes à l'urothélium. Ces femmes sont ainsi davantage à risque de souffrir de cystites récidivantes.

Cystite infectieuse et comportement

Le premier facteur favorisant l'infection urinaire basse est l'insuffisance de **vidange vésicale** (les urines stagnantes s'infectent plus rapidement). On recommande ainsi classiquement aux patientes de

boire de manière régulière et surtout d'aller uriner régulièrement. La vidange vésicale régulière, non seulement, prévient les infections, mais également, elle constitue un appoint utile au traitement de l'infection. À noter que la constipation peut favoriser la mauvaise vidange vésicale.

La vidange vésicale après les **rapports sexuels** doit être recommandée. En effet, lors de ces rapports, des microtraumatismes de l'urètre peuvent favoriser la colonisation bactérienne de celui-ci. La vidange vésicale permet d'éliminer, non seulement, les uropathogènes qui sont présents dans l'urètre, mais également les germes qui seraient déjà présents dans la vessie. La toilette vaginale postcoïtale n'a pas démontré d'efficacité dans la réduction des infections urinaires basses. Enfin, l'utilisation de spermicide et diaphragme peut favoriser les infections urinaires basses et doit donc être évitée chez les patientes à risque.

La **toilette intime** (hygiène locale du périnée) doit être régulière mais il est conseillé d'utiliser un savon à pH neutre (ou un savon spécifique pour la toilette intime). Surtout, il convient d'éviter l'utilisation de lingettes ou de désinfectants pour la toilette intime (risque de sélection de germes résistants).

La **position lors de la miction** est très importante. L'infection urinaire basse est le plus souvent causée par un germe classique de colonisation du périnée. Les infections urinaires ne viennent pas des planches des WC. Les femmes ont souvent tendance, par souci d'hygiène, à ne pas s'asseoir sur les planches des toilettes publiques. Elles urinent donc au-dessus de la toilette, en se tenant au mur, en position pratiquement «semi-debout», avec une contraction des muscles abdominaux qui va lutter contre le muscle vésical et empêcher une vidange vésicale adéquate. La position accroupie ou assise permet une relaxation du bas du ventre et une miction plus efficace et plus physiologique. La miction doit donc se faire en position détendue, avec les jambes écartées. Les lingettes peuvent, si nécessaire, être utilisées pour nettoyer les planches des WC.

Quant à la question du sens dans lequel il faut **s'essuyer** après un passage à la toilette, celle-ci reste encore toujours sans réponse formelle. Cependant, les dernières études présentées en 2013 à l'International Continence Society recommanderaient plutôt le passage du papier de l'avant vers l'arrière.

La prévention par canneberge

La canneberge est un fruit de la famille des airelles, classiquement récolté en Amérique du Sud, et qui a l'aspect de petites baies rouges. Elle est utilisée depuis plusieurs décennies dans la prévention des infections urinaires basses de la femme. La première revue de la littérature Cochrane publiée sur le sujet en 2004 suggérait une efficacité dans la *prévention* des récurrences infectieuses à un an. Cette même revue mise à jour en 2012 émet, par contre, de sérieux doutes sur cette efficacité préventive de la canneberge⁵. À noter que cette revue concerne essentiellement des travaux réalisés avec le jus de canneberge. À ce titre, elle évoque les effets secondaires liés à l'utilisation régulière de cette boisson (jus très sucré ou édulcoré). Les résultats de certaines études ne montrent pas de supériorité de la canneberge par rapport à certains antibiotiques et/ou antiseptiques urinaires. Cependant, les risques de la canneberge, mis en balance avec ceux des antibiotiques doivent être évalués. La contre-indication principale de la prise canneberge est la prise concomitante d'anticoagulants oraux.

Certaines études, quant à elles, rapportent des résultats favorables, avec une diminution du nombre d'épisodes d'infections urinaires à un an. Mais on n'est pas parvenu jusqu'à présent à identifier formellement la composante efficace de la baie de canneberge⁶. Notons enfin qu'en aucun cas la canneberge ne constitue un *traitement* de l'infection urinaire.

Si la canneberge peut éventuellement être efficace dans la prévention des récurrences d'infection urinaires basses chez la jeune femme ou la femme d'âge moyen, aucune étude n'a cependant été réalisée et/ou publiée sur l'efficacité de celle-ci chez les enfants, les hommes, les personnes âgées, ou chez les personnes souffrant de troubles neurologiques.

Le traitement

Le premier facteur favorisant d'une infection urinaire basse chez la **femme âgée** est la constipation. La présence d'un fécalome, en particulier, doit être exclue avant d'entamer un traitement.

Traitement de l'épisode aigu

Le traitement de l'infection urinaire basse doit éviter d'entraîner des résistances. L'analyse d'urine doit être réalisée (sédiment ou tigelette pour confirmer le diagnostic et culture pour identifier le germe) avant



le début d'un traitement. Les antibiotiques à spécificité urinaire doivent être recommandés en première ligne (fosfomycine^a, nitrofurantoïne^b...). Les autres antibiotiques (en particulier les quinolones) ne doivent être réservés qu'à des cas très particuliers et idéalement après identification du germe et réception d'un antibiogramme. Le traitement antibiotique peut débuter dès que l'échantillon d'urine a été prélevé. Ensuite, en fonction de l'évolution clinique et de l'antibiogramme, le choix thérapeutique peut être adapté.

L'entérocoque doit être traité avec une pénicilline de première génération (Amoxicilline).

La durée du traitement est variable en fonction du traitement choisi (traitement minute pour la fosfomycine, 3 à 5 jours de traitement pour la nitrofurantoïne) et du germe à traiter (5 à 7 jours pour un entérocoque).

Prévention de la récurrence

Les antibiotiques sont efficaces dans la prophylaxie de l'infection urinaire basse récidivante de la femme⁷. Le traitement antibiotique prophylactique n'est indiqué qu'en cas d'infection urinaire récidivante et non pas en cas de persistance bactérienne. D'où l'intérêt de cultures urinaires préalables, dans le but de détruire de façon ciblée ou d'empêcher la colonisation du périnée par des uropathogènes^{1,8}.

L'**antibioprophylaxie continue** est de plus en plus discutée dans la littérature. Son efficacité a bien été démontrée mais les effets secondaires des antibiotiques pris au long cours (risque de fibrose pulmonaire avec la nitrofurantoïne) ou les quinolones (résistances, tendinopathies...) remettent en doute le rapport risque/bénéfice de ce type de traitement continu. Le Trimetoprim (100 mg, 1 fois au coucher, prescriptible en magistrale) peut également être utilisé en prévention.

L'**antibioprophylaxie postcoïtale** est indiquée quand il existe un lien évident entre les rapports sexuels et la survenue d'épisodes de cystites. Les antibiotiques à proposer peuvent être la nitrofurantoïne (100 mg MC), le trimetoprim (100 à 200 mg) ou encore la fosfomycine (une fois par semaine). L'antibioprophylaxie post-coïtale permet de diminuer de 2/3 l'utilisation d'antibiotiques par rapport à l'antibio-prophylaxie continue¹. La durée du traitement prophylactique doit être analysée au cas

par cas mais pourrait être de 6 à 12 mois. Le risque de récurrence des infections urinaires à l'arrêt du traitement est important.

L'utilisation de **compléments œstrogéniques locaux** a été longtemps recommandée chez les femmes ménopausées présentant des infections urinaires récidivantes; les œstrogènes permettraient une diminution de la colonisation vaginale par des agents uropathogènes en diminuant le pH local. Cependant, les revues les plus récentes de la littérature ne semblent pas confirmer cela.

L'**immunothérapie** est une alternative qui a été étudiée pour la prévention des cystites récidivantes à E.Coli. En Belgique, la forme couramment utilisée est la vaccination par voie orale avec de l'extrait de E. coli^c (une combinaison de fractions immunoactives des souches de E. coli.)⁹. Ce type de traitement n'est pas efficace sur les autres souches bactériennes. Également, il peut provoquer des effets indésirables tels que diarrhées, nausées, douleurs abdominales, maux de tête, ainsi que des démangeaisons et des rougeurs de la peau et, dans quelques cas, de la fièvre ou des réactions allergiques.

Conclusion

Les cystites infectieuses sont fréquentes. Elles sont individuellement et socialement invalidantes. Le coût direct et indirect de cette pathologie est important. Le médecin généraliste peut prendre en charge cette pathologie de manière efficace; en cas d'infection urinaire basse récidivante, il veillera à réaliser deux cultures urinaires lors de deux épisodes infectieux distincts pour d'une part, exclure une persistance bactérienne (qui pourrait être liée à un corps étranger, une lithiase ou une tumeur) et d'autre part, pouvoir cibler le traitement (et la prise en charge éventuelle) en fonction du germe et de son antibiogramme.

Les recommandations hygiéno-diététiques sont indispensables dans la prise en charge des infections urinaires récidivantes.

Les habitudes de prophylaxie et de traitement des infections urinaires basses doivent suivre les recommandations internationales et donc s'adapter, au fur et à mesure, en fonction des nouvelles publications fiables sur le sujet.

a. Monuril[®]

b. Furantone[®], Urfadyn[®]

c. UroVaxom[®]

Bibliographie

1. [Hublet S, Tombal B. Cystites récidivantes non compliquées. Louvain Médical 2004 ; 123 : 210-7.](#)
2. [Lechevallier E. La cystite interstitielle. Progrès en Urologie 1995 ; 5 : 21-30.](#)
3. [Hooton TM. Recurrent urinary tract infection in women. Int J Antimicrob Agents. 2001 ; 17 : 259-68.](#)
4. [Uehling D, Hopkins W, Balish E, Xing Y, Heisey D. Vaginal mucosal immunization for recurrent urinary tract infection : extended phase II clinical trial. J Urol 1997 ; 157 : 2049- 52.](#)
5. [Jepson R, Williams G, Craig J. Cranberries for preventing urinary tract infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No. CD001321.](#)
6. [Guay D. Cranberry and Urinary Tract Infections. Drugs 2009 ; 69 : 775-807.](#)
7. [Stamm W, Hooton T. Management of urinary tract infections in adults. N Engl J Med 1993 ; 329 : 1328-34.](#)
8. [Engel J, Schaeffer A. Evaluation of an antimicrobial therapy for recurrent urinary tract infections in women. Urol Clin North Am 1998 ; 25 : 685-701.](#)
9. [Schulman C et al. Oral immunotherapy of recurrent urinary tract infections : a double-blind placebo-controlled multicenter study. J Urol 1993 ; 150 : 917-21.](#)

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Le choix et la durée du traitement d'un épisode isolé de cystite dépend de la molécule choisie et du germe en cause.
2. La cystite est dite récidivante quand il existe plus de deux épisodes en 6 mois ou 3 épisodes en un an. Une culture d'urines, voire un bilan urologique sont alors indiqués.
3. Les recommandations comportementales et hygiéno-diététiques (vidange vésicale, toilette intime, dont postcoïtale, et position mictionnelle) font partie intégrante de la prise en charge de la cystite récidivante.
4. Le cas échéant, l'antibioprophylaxie postcoïtale constitue un bon choix. Et la canneberge pourrait avoir une certaine efficacité dans la prévention de la récurrence de l'infection urinaire basse chez la femme jeune et la femme âgée.

La Rédaction