Cystites récidivantes

par le Dr Jimmy FONTAINE*

* Médecin généraliste
1480 Tubize
jimmy.fontaine@ssmg.be

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Madame T., 27 ans, me consulte car elle pense présenter une infection urinaire.

Madame T. n'est pas une patiente du cabinet. Elle est accompagnée par sa mère dont je suis le médecin traitant. Elle m'explique souffrir régulièrement d'infections urinaires et elle dit en reconnaitre les symptômes.

Elle décrit des mictalgies avec pollakiurie et impériosités. Elle n'a pas d'hématurie, ni de leucorrhée, ni de prurit. Elle se plaint de douleurs dans le bas du ventre. Elle ne rapporte ni pyrexie ni douleurs lombaires. Elle dit ne pas avoir eu de rapport sexuel à risque.

Habituée des cystites, elle boit de l'eau en suffisance, se présente régulièrement aux toilettes, évite les pantalons trop serrés.

Elle est suivie pour une hypothyroïdie pour laquelle elle prend de la lévothyroxine 75 mcg. Elle prend également une pilule contraceptive œstroprogestative.

Examen clinique

À l'examen clinique, les paramètres (TA, FC, saturation, température) sont normaux. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. L'abdomen est sensible en hypogastre sans défense ni rebond. L'ébranlement lombaire est indolore. Je ne palpe pas d'hépatosplénomégalie, ni d'adénopathie. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs.

Je réalise une tigette urinaire qui se révèle positive pour les leucocytes. J'envoie le prélèvement urinaire pour une culture.

Je lui prescris de la nitrofurantoïne 100 mg 3x/j pendant 5 jours.

Complément d'anamnèse

La patiente me rappelle plus tard dans la journée. Elle m'explique ne pas avoir osé aborder un élément en présence de sa mère : elle présente volontiers une cystite après un rapport sexuel. La patiente présenterait donc des cystites post-coïtales.

ABSTRACT

Case report of a 27-year-old patient who presented recurrent cystitis.

Keywords : recurrent cystitis, post-coital cystitis.

Cystites récidivantes

RÉSUMÉ

Histoire clinique d'une patiente de 27 ans qui présente des cystites récidivantes.

Mots-clés : cystite récidivante, cystite post-coïtale.

On parle de cystites récidivantes si la patiente présente au moins 2 cystites sur 6 mois ou au moins 3 cystites sur une année[1].

Imagerie

L'imagerie a peu d'utilité excepté dans certaines situations où on suspecte une anomalie structurelle ou fonctionnelle du tractus génito-urinaire[1]:

- récurrence de l'infection avec la même souche uropathogène dans les 2 semaines suivant la fin du traitement ;
- de l'isolement répété de Proteus saprophyticus ;
- des antécédents de lithiases urinaires ;
- hématurie persistante après éradication de l'infection ;
- des problèmes de miction (vidange incomplète, incontinence).

Facteurs de risque

Ces facteurs de risques valent pour les cystites simples ainsi que pour les récidives[2].

Facteurs de risque environnementaux

Les rapports sexuels et l'utilisation d'un diaphragme-spermicide sont des facteurs de risque importants.

On retrouve aussi le fait d'avoir :

- utilisé un spermicide au cours de la dernière année ;
- un nouveau partenaire sexuel au cours de la dernière année ;
- une première infection urinaire à 15 ans ou moins ;
- une mère avec des antécédents d'infections urinaires.

Aucune association n'a été démontrée avec le fait d'avoir une miction pré- ou post-coïtale, sur la fréquence des mictions, la façon de s'essuyer, l'utilisation de douche, de bains à remous, de collants et l'IMC.

Facteurs urologiques

Chez les femmes ménopausées, le fait de présenter un cystocèle, un résidu post-mictionnel et une incontinence urinaire est associé à un risque de récidive de cystite.

Facteurs biologiques et génétiques

Des déterminants génétiques expliqueraient cette prédisposition aux cystites récidivantes.
Le phénotype non sécréteur (c'est-à-dire n'exprimant pas d'antigènes de groupes sanguins dans les sécrétions) est prédominant chez les femmes ayant des cystites récidivantes car l'E. coli uropathogène semble avoir une adhérence plus importante pour les cellules urothéliales, ces dernières exprimant des récepteurs de glycolipides qui se lient aux E. coli uropathogènes.

Mesures préventives

Majoration des apports liquidiens

Boire plus (entre 2 à 3 litres de liquides par jour) diminuerait le risque de récidive[1].

Contraception

Vu que l'utilisation de spermicides est associée à un risque accru de récidive des cystites, il est conseillé de changer de moyen de contraception chez ces patientes[1].

Vidange post-coïtale

Même si on conseille usuellement de vider sa vessie après un rapport sexuel, il n'a pas été démontré que cela permette de réduire le risque de récidive de cystite[1].

Hygiène

Il est d'usage de conseiller de s'essuyer du haut vers le bas pour éviter une contamination fécale même si l'efficacité de cette technique n'a pas été démontrée[1].

Les œstrogènes topiques

L'utilisation d'œstrogènes par voie vaginale chez la femme ménopausée permet de réduire le risque de récidive d'infection urinaire. L'utilisation des œstrogènes topiques nécessitent d'évaluer la balance bénéfices-risques propre à chaque patiente. Cet effet s'expliquerait par une normalisation de la flore vaginale car les femmes utilisant des œstrogènes topiques présentent une augmentation des lactobacilles[1].

Les produits à base de canneberge

Il n'existe pas d'étude clinique qui a prouvé une efficacité de la canneberge sur les récidives de cystites[1].

Les probiotiques

Ils n'ont pas démontré d'effet sur la diminution du risque de récidive d'infection urinaire[1].

Prophylaxie antibiotique ATB

Cette approche devrait se limiter aux femmes présentant des cystites récidivantes invalidantes et dont les autres méthodes n'ont pas permis de les soulager, et après avoir informé des effets indésirables de cette méthode.
La prophylaxie ATB présente une grande efficacité pour réduire le risque de récidive de cystite (6 fois moins de récidives cliniques que sous placebo). Cependant, les effets indésirables (toxicité directe de l'ATB, la sélection de résistances, l'altération du microbiome et l'infection à C. difficile) sont souvent prépondérants par rapport aux bénéfices[3, 4].

Si la cystite récidivante n'est pas en lien avec l'activité sexuelle, la prophylaxie ATB doit être continue. La nitrofurantoïne (50 mg une fois par jour) ou le triméthoprime-sulfaméthoxazole (40 mg/200 mg soit une fois par jour, soit 3 fois par semaine) constituent souvent les ATB de premier choix[3, 4].

Si la cystite récidivante est en lien avec le rapport sexuel, la prophylaxie post-coïtale peut être proposée. Elle est plus efficace que la prophylaxie continue. Selon la fréquence des rapports, cette méthode permet de devoir ingérer des quantités moindres d'ATB.
Les ATB conseillés sont les mêmes que pour la prophylaxie continue si ce n'est qu'il s'agit d'une dose uniquement après chaque rapport sexuel.
La prophylaxie est souvent utilisée 3 mois dans un premier temps pour vérifier l'efficacité et la tolérance. Bien entendu la prophylaxie n'a pas d'effet durable une fois qu'elle a été arrêtée[3, 4].

Retour à la situation clinique

La culture urinaire a identifié un E. coli multisensible. Chez la patiente, je vais d'abord suggérer d'appliquer les mesures préventives de base comme énumérées ci-dessus.

Cependant, si la patiente ne présentait pas d'amélioration, il pourrait sembler raisonnable de lui proposer la prophylaxie post-coïtale après lui avoir exposé les effets secondaires potentiels afin qu'elle puisse poser un choix éclairé.

Conclusion

Il est intéressant de voir que plusieurs des mesures préventives prônées pour prévenir les récidives de cystite n'ont pas d'effet démontré. Malgré cela, on continue de les conseiller car ces mesures sont pour la plupart inoffensives.

Par contre, la prophylaxie ATB, bien qu'efficace, est associée à des effets secondaires bien plus importants par rapport aux bénéfices. Cependant, la souffrance ressentie par la patiente peut être considérable. Dans un modèle des soins centré sur le patient avec son auto-détermination, il apparait normal de laisser le choix à la patiente quant à l'utilisation d'une prophylaxie ATB pour peu qu'elle ait été informée correctement des risques auxquels elle s'expose.

Bibliographie

1. UpToDate. Recurrent simple cystitis in women. [En ligne]. Disponible sur : https://www.uptodate.com/contents/recurrent-simple-cystitis-in-women?search=cystite%20post-coïtale&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H426157837. Consulté le 10 juillet 2023.
2. Foxman B, Gillespie B, et al. Risk factors for second urinary tract infection among college women. Am J Epidemiol 2000 ; 151 : 1194. doi : 10.1093/oxfordjournals.aje.a010170.
3. Albert X, Huertas I, et al. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2004 ; 2004 (3) : CD001209. doi : 10.1002/14651858.CD001209.pub2. PMID : 15266443 ; PMCID : PMC7032641.
4. Ahmed H, Davies F, et al. Long-term antibiotics for prevention of recurrent urinary tract infection in older adults : systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ Open 2017 ; 7 : e015233. doi : 10.1136/bmjopen-2016-015233.