

Mots clés :

Cystite
Infection urinaire
Maladies urogénitales de la femme
Pyélonéphrite aiguë
Récidive

Histoire naturelle des infections urinaires non compliquées de la femme

Les bactériuries asymptomatiques (BA) (*Bibliomed* 665), la cystite aiguë de la femme et ses récurrences (*Bibliomed* 668) et les pyélonéphrites aiguës posent au clinicien de nombreuses questions sur le bon usage de l'antibiothérapie et le risque de favoriser la survenue d'antibiorésistances (*Bibliomed* 667). Une meilleure connaissance de l'histoire naturelle de ces infections urinaires (IU) non compliquées et de leur pathogénie pourrait aider la décision thérapeutique, particulièrement face au risque de récurrences. Une synthèse française de 2007¹ et une revue générale américaine de 2012 à propos d'un cas clinique² nous apportent des données utiles.

Bactériuries asymptomatiques

Très fréquentes, leur prévalence varie selon l'âge et le sexe^{1,3}. Une étude chez des femmes de 15 à 40 ansⁱⁿ¹ a suggéré que cette prévalence serait fortement corrélée à l'activité sexuelle (4,6% chez des femmes mariées et 0,7% chez des religieuses).

La présence d'une BA est parfois suivie d'une IU symptomatique (moins de 10% des cas dans 2 études de cohorteⁱⁿ¹), mais sans que l'on connaisse de séquelles à terme : si des études ont montré une association statistique entre cicatrices rénales de pyélonéphrite à la radiographie et antécédent de BA, des cohortes suivies jusqu'à 15 ans n'ont pas montré la survenue d'une insuffisance rénale ou d'une hypertension¹. Rappelons que le dépistage des BA n'est actuellement pas recommandé en dehors de la grossesse³.

Cystite aiguë non compliquée

Sans traitement, 50 à 70% des cystites aiguës guérissent spontanément, mais lentement. Ainsi, dans une étude randomisée antibiotique vs placeboⁱⁿ¹, chez 288 des femmes du groupe placebo, 27% étaient asymptomatiques, guérison bactériologique acquise dans la moitié des cas, après 8 à 10j ; 31% étaient asymptomatiques, guérison bactériologique acquise dans les 2/3 des cas, après 5 à 7 semaines. A long terme, des antécédents de cystite aiguë simple ou récurrente n'ont pas de conséquences démontrées sur la survenue d'une hypertension artérielle ou d'une insuffisance rénale¹.

Cystites récurrentes

Après une cystite aiguë, 20% des femmes ont une récurrence au moins une fois dans leur vie, 3% plus d'une fois dans l'année qui suit. Deux cohortes de femmes ayant eu au moins 2 IU l'année précédente (51 pour l'une, 115

pour l'autre) ont été suivies 10 ans ou plus. Dans l'une, il y eut en moyenne 3 IU par an (27% de BA, 70% de cystite, 2% de pyélonéphrite) ; dans l'autre, 56% d'IU à 1 an, 80% à 10 ans (mais seulement 2 pyélonéphrites)¹.

Des symptômes persistant ou récidivant après 1 ou 2 semaines de traitement suggèrent une antibiorésistance. L'ECBU est alors indispensable. Une récurrence dans les 6 mois incite à préférer comme antibiotique de 1^{ère} ligne un antibiotique différent de celui utilisé précédemment^{2,4}.

Des mesures simples de prévention des cystites récurrentes concernent les pratiques sexuelles : abstinence ou réduction des rapports, abandon des spermicides pour la contraception, miction systématique après rapport, boissons abondantes, sous-vêtements amples. Divers « médiateurs » peuvent être utiles : cranberry, topiques estrogéniques², lactobacillus (il équilibrerait la flore vaginale et réduirait la colonisation bactérienne⁵). Si ces méthodes ne suppriment pas le risque de récurrence, elles réduisent l'usage des antibiotiques, donc le risque d'antibiorésistance.

Pyélonéphrite aiguë simple

Il n'y a pas de données probantes sur l'histoire naturelle des pyélonéphrites aiguës non traitées, la plus fréquente des infections rénales chez la femme jeune. Les antibiotiques y sont bénéfiques. Les séquelles semblent rares quand il n'y a pas d'anomalies urologiques associées¹. La survenue d'abcès rénaux, septicémies et atteintes de la fonction rénale concerne essentiellement des malades de plus de 65 ans ou atteints de comorbidités (état général altéré, diabète, immunodépression, maladie rénale)¹.

Que conclure pour notre pratique ?

Les études sur l'histoire naturelle des infections urinaires nous montrent que les épisodes d'IU ne sont que rarement isolés. Si les antibiotiques ont un bon effet immédiat, ils n'empêchent pas les récurrences et surtout il ne faut jamais perdre de vue le risque majeur de favoriser l'émergence d'une antibiorésistance par leur usage fréquent.

Le problème le plus difficile est celui des cystites récurrentes. Elles peuvent entraîner une importante altération de la qualité de vie. Différents auteurs insistent sur le rôle de l'activité sexuelle dans leur survenue. Selon de récentes données américaines, il paraît important de rechercher des stratégies non antimicrobiennes pour leur prophylaxie^{2,5}. La prescription antibiotique différée reste une option thérapeutique logique chez les femmes motivées ayant un risque élevé de cystite récurrente².

Références

- 1- Collectif. Histoire naturelle des infections urinaires bactériennes simples. *Rev Prescrire*. 2007;27(280):118-22.
- 2- Hooton TM. Uncomplicated urinary tract infection. *N Engl J Med*. 2012;366:1028-37.
- 3- Collectif. Bactériurie ou infection urinaire ? *Bibliomed*. 2012, 665
- 4- Vellinga A et al. Predictive value of antimicrobial susceptibility from previous urinary tract infection in the treatment of re-infection. *Br J Gen Pract*. 2010;60:511-3
- 5- Trautner B, Gupta K. The advantages of second best. Preventing recurrent cystitis while sparing the microbiome. *Arch Int Med*. 2012;172(9):712-4