



IL EST NOTOIRE que de 25 à 35 % des femmes auront une infection des voies urinaires au cours de leur vie. Étant donné que 50 % des infections urinaires non compliquées guérissent spontanément ou par simple hydratation et que, par conséquent, bien des femmes ne consultent jamais pour une infection, l'incidence réelle des infections urinaires chez la femme est certainement plus élevée qu'on ne le pense.

Avec la panoplie de moyens diagnostiques et thérapeutiques dont dispose le médecin, il importe qu'il rationalise les coûts en optimisant l'investigation et le traitement des infections urinaires.

Avec ces objectifs en tête, notre priorité sera d'établir un diagnostic adéquat et de déterminer s'il s'agit d'une infection urinaire compliquée ou non.

Diagnostic différentiel

La plupart des auteurs se réfèrent à un article publié par Johnson et Stamm pour classer les infections urinaires en infections simples ou compliquées (*tableau I*)¹.

L'anamnèse servira surtout à exclure d'autres maladies susceptibles de causer des symptômes similaires à ceux d'une infection urinaire : infections de l'appareil génital, maladies transmissibles sexuellement (herpès, *Chlamydia*), dermatoses externes, syndrome urétral, urétrite, etc. La possibilité d'une cystite interstitielle devra aussi être envisagée (voir l'article intitulé « La cystite rebelle », dans ce numéro),

La D^{re} Liliane Delaby, omnipraticienne et professeure chargée d'enseignement clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal, exerce à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Les infections urinaires récidivantes où en sommes-nous ?

par Liliane Delaby

Passez-vous une seule semaine, voire une seule journée sans qu'une patiente vous consulte pour des symptômes d'infection des voies urinaires ? Cela est peu probable en médecine générale.

particulièrement chez les femmes d'âge moyen présentant un tableau d'infection urinaire récidivante réfractaire au traitement antibiotique. Un questionnaire minutieux permettra de faire la distinction entre les symptômes d'une cystite et ceux d'une pyélonéphrite, car le traitement antibiotique de cette dernière est plus long que celui de la cystite.

Traitement de l'infection initiale

De multiples choix thérapeutiques s'offrent à nous. Dans une étude publiée dans *Annals of Internal Medicine* en 1998, on avait présenté un cas clinique à 137 médecins et on leur demandait comment ils aborderaient le problème et le traiteraient. Les résultats ont montré 82 approches différentes, à des coûts variant entre quelques dollars et jusqu'à 250 \$ US² !

Il n'en demeure pas moins qu'on peut prescrire une courte antibiothérapie de trois jours sans exiger de

Tableau I

Critères de classement d'une infection urinaire compliquée

- Sexe masculin
- Personne âgée (en particulier les personnes âgées affaiblies ou vivant dans un établissement)
- Infections nosocomiales
- Grossesse
- Port d'un cathéter (permanent ou intermittent)
- Manipulation urologique récente
- Malformation de l'appareil urinaire
- Enfant
- Antibiothérapie récente
- Symptômes depuis plus de sept jours
- Diabète
- Immunodépression

Il faudrait probablement ajouter à cette liste les troubles de la vidange vésicale et la présence d'un résidu ou d'une cystocèle importante.

Cinquante pour cent des infections urinaires non compliquées guérissent spontanément ou par simple hydratation.

On peut prescrire une courte antibiothérapie de trois jours sans exiger de culture d'urine s'il s'agit d'une première infection.

Repères

culture d'urine s'il s'agit d'une première infection³.

On devrait choisir le traitement le plus efficace contre les germes qui causent la plupart des infections bactériennes en tenant compte des antécédents de la patiente et de ses allergies. On devrait aussi privilégier celui qui a le moins d'effets sur la flore vaginale et fécale et tenir compte des effets secondaires.

De 75 à 90 % des infections sont dues à *E. coli*. Au second rang arrive *Staphylococcus saprophyticus*, cause de 5 à 20 % des infections. Soulignons aussi l'incidence importante d'*Enterobacteriaceae* (*Proteus*, *Klebsiella*), qui peut atteindre jusqu'à 20 % chez les personnes âgées. Les autres infections sont dues principalement à d'autres uropathogènes, non détectables par les milieux de culture usuels. Toutefois, ces agents pathogènes répondent aux médicaments anti-infectieux classiques.

Récidives

Malgré un traitement initial optimal, les infections urinaires ont tendance à récidiver. Une courte étude a montré que 28 % des femmes avaient eu une récurrence après une première infection, et ce, moins de 18 mois après la primo-infection⁴. On a même noté un taux de récurrence de 82,5 % chez des femmes ayant des antécédents d'infection urinaire ! Il est important de différencier l'infection urinaire récidivante, qui se définit classiquement par deux infections ou plus en six mois, de l'infection à un agent pathogène résistant et de l'infection qui persiste après un court traitement (indiquant la probabilité d'une infection ascendante).

Les agents pathogènes qui causent les récurrences sont les mêmes que ceux qui ont provoqué les infections initiales. Les récurrences sont donc probablement davantage liées à des facteurs biologiques. Les femmes atteintes demandent d'ailleurs souvent d'où vient leur susceptibilité à ces récurrences. Même si le réservoir fécal des patientes qui ont des récurrences est identique à celui des autres femmes, il semble qu'une colonisation de la muqueuse urétrale et vaginale précéderait l'épisode clinique. On soupçonne donc que ces femmes ont une biologie locale différente, les anticorps locaux étant possiblement en cause. Certaines hypothèses s'orientent vers le nombre de récepteurs épithéliaux. D'autres facteurs, comme les HLA-A3, prédisposeraient aux infections urinaires récidivantes. Enfin, on doit ajouter les facteurs hormonaux, qui expliquent parfois le succès des traitements œstrogéniques, locaux ou systémiques chez certaines femmes ménopausées.

La prévention se fera en premier lieu par des conseils faciles à suivre pour

Prévention

les patientes. On leur recommandera une bonne hydratation avec des mictions fréquentes et postcoïtales, de réduire la contamination lors des fins de miction, voire d'ajouter du jus de canneberge à leur alimentation⁵. Une étude a aussi fait ressortir qu'il est important de prendre des bains fréquents et de cesser d'utiliser un diaphragme et de la crème spermicide, le cas échéant. On a aussi constaté une augmentation des infections récidivantes chez les patientes qui avaient des relations sexuelles pendant leurs règles et chez celles qui avaient des relations anales.

Il est souvent nécessaire de donner une antibiothérapie prophylactique aux patientes souffrant d'une infection urinaire récidivante. Trois modalités s'offrent à nous :

- Un traitement continu à petites doses pendant une période de six mois. Ce traitement repose sur le raisonnement logique selon lequel les épisodes d'infections urinaires étant regroupés dans le temps, on peut obtenir d'excellents résultats en gardant les voies urinaires « stériles » durant une période prolongée.

- Une antibioprofylaxie postcoïtale, particulièrement indiquée pour les patientes présentant un tableau de « *honeymoon cystitis* ». Avec cette approche, la patiente a moins de comprimés à prendre et le coût du traitement est moindre.

- Enfin, certaines femmes préféreront l'automédication, qui consiste à amorcer un traitement dès l'apparition des symptômes. Cette solution de rechange n'étant évidemment pas préventive, la patiente peut avoir les mêmes douleurs, les mêmes symptômes et même parfois devoir s'absenter du travail. Il faut s'assurer que la patiente est capable de dé-

De 75 à 90 % des infections sont dues à *E. coli*.

Une infection réfractaire à une antibiothérapie appropriée, la présence d'une hématurie persistante après un traitement adéquat, des résultats négatifs de culture d'urine sont autant de motifs justifiant une demande de consultation en urologie pour évaluation et cystoscopie.

Repères

tecter des symptômes inhabituels et de consulter le cas échéant⁶.

Choix des antibiotiques

Les antibiotiques les plus fréquemment utilisés sont le triméthoprime (Proloprim[®]) et le triméthoprime-sulfaméthoxazole (Septra[®]). Ils offrent plusieurs avantages : ils ont un bon spectre d'action, leur coût est faible, ils perturbent peu la flore normale et sont bien tolérés. Leur principal inconvénient tient surtout au fait que beaucoup de gens y sont allergiques.

La nitrofurantoïne (MacroBID[®]) est une solution de rechange, mais elle ne peut être utilisée à long terme à cause des risques de maladie pulmonaire et d'atteinte hématologique.

Les quinolones (Levaquin[®], Cipro[®], Floxin[®], Noroxin[®]) font maintenant partie intégrante de nos armes thérapeutiques contre les infections urinaires. Elles sont très efficaces et offrent un large spectre d'action. Leur coût est malheureusement élevé, et elles ne peuvent pas être prises pendant la grossesse.

La résistance de *E. coli* à l'amoxicilline est de 25 à 35 % pour la population générale. Les pénicillines ne sont donc plus vraiment recommandées à cause du haut taux de résistance d'*E. coli*. De plus, elles perturbent la flore normale.

Le traitement bref d'une infection urinaire récidivante chez une femme enceinte est le même que pour toute infection urinaire. Il faut cependant faire une culture d'urine. En attendant les résultats, on peut prescrire des céphalosporines à faible dose.

Quant au traitement prophylactique, il peut être proposé après trois infections en six mois ou quatre infections en un an³.

Summary

Recurring urinary tract infections: where are we now? The general practitioner is frequently consulted by female patients with symptomatic urinary tract infections. At the first episode one has to determine if the infection is complicated or not and if it is not, prescribe a three-day antibiotic therapy without any further investigation.

Recurrences are however common and prophylaxis may have to be considered. Post intercourse prophylaxis is an effective mean to prevent infection in women whose recurrences are related to sexual activity. In other cases, depending on the frequency of the recurrences, long-term antibioprophyllaxis or self-therapy may be considered.

The antibiotics prescribed for the treatment of urinary tract infection should be effective against the most common pathogens involved (*E. coli*, *Staphylococcus saprophyticus*) and not interfere with the vaginal flora. In case of recurrence, a urine culture becomes mandatory. Referral to an urologist for further investigation is indicated in case of non response to an appropriate antibiotic, persistent hematuria after treatment of the infection, or negative urine culture.

Key words: urinary tract infection, recurrent urinary tract infection.

Investigation

Une culture d'urine doit objectiver une récurrence d'infection urinaire. Une infection réfractaire à une antibiothérapie appropriée, la présence d'une hématurie persistante après un traitement adéquat, des résultats négatifs de culture d'urine sont autant de mo-

tifs justifiant une demande de consultation en urologie pour évaluation et cystoscopie. Un doute clinique quant aux causes réelles des symptômes d'une patiente constituera aussi un motif important de consultation (voir l'article intitulé « La cystite rebelle », dans ce numéro).

Pour les patientes, les infections urinaires récidivantes constituent un problème invalidant. Pour les médecins qui doivent poser le bon diagnostic et prescrire les traitements préventifs appropriés, elles constituent un défi quotidien. □

Date de réception : 12 février 2001.

Date d'acceptation : 13 juin 2001.

Mots clés : infection urinaire, infection urinaire récidivante.

Bibliographie

1. Johnson JR, Stamm WE. Diagnosis and treatment of acute urinary tract infections – I. *Infect Dis Clin North Am* décembre 1987 ; 773-91.
2. Cramer DA. New theories and old remedy. *Ann Inter Med* 1998 ; 128 : 333-4.
3. Hooton JW, Stamm WE. Diagnosis and treatment of acute urinary tract infections – II. *Infect Dis Clin North Am* décembre 1987 ; 551-81.
4. Bacheller CD. Urinary tract infection (review). *Med Clin North Am* mai 1997 ; 719.
5. Lowe FC, Fagelman E. Cranberry juice and urinary tract infection: what is the evidence? *Urology* 2001 ; 57 : 407-13.
6. Stapleton A, Stamm WE. Prevention of urinary tract infection (review). *Inf Dis Clin North Am* 1997 ; 11 : 719.
7. Chen LD, Fihn SD. Recurrent cystitis in non pregnant women. *West J Med* 1999 ; 170 (5) : 274-7.



MedicAlert
Toujours là
www.medicalert.ca
Pour information
1 800 668-6381