

Infections urinaires à répétition - antibiotiques ou pas ?

Alors que ce problème est loin d'être anodin, peu d'études y sont consacrées.

Faire une infection urinaire dans sa vie de femme, c'est fréquent. Le problème, c'est que pour 20 % des femmes environ, l'histoire se répète et, parmi ces dernières, encore 30 % font un autre épisode. C'est trente fois plus que chez les hommes jeunes!

«Paradoxalement, il n'y a qu'à se pencher sur la littérature médicale internationale pour s'apercevoir que ce thème n'intéresse que très peu de spécialistes et c'est bien là le problème! Alors que la prise en charge devrait varier selon que ces femmes ont bien des cystites bactériennes récidivantes ou qu'elles ont des signes de cystites mais sans germe retrouvé ou encore des germes retrouvés à l'examen des urines mais sans symptôme, la plupart d'entre elles se retrouvent à prendre des antibiotiques sans que ce soit forcément nécessaire », regrette le Pr Franck Bruyère, chef du service d'urologie du CHU de Tours et référent national sur la question des cystites récidivantes.

Or la prise d'antibiotiques au long cours n'est pas anodine: «Les antibiotiques souvent prescrits dans ce cadre et notamment les quinolones favorisent la sélection de bactéries multirésistantes contre lesquelles il devient de plus en plus difficile de lutter. Il s'agit donc d'un vrai problème de santé publique », insiste le Pr Lionel Piroth, infectiologue au CHU de Dijon. Enfin, sur le plan individuel, la prise répétée d'antibiotiques favorise les mycoses vaginales et les troubles du transit en perturbant la flore bactérienne protectrice. «C'est d'autant plus inutile que les germes impliqués dans les cystites aiguës bactériennes de la femme ne sont pas les mêmes que ceux responsables des infections du rein (pyélonéphrite) à l'exception des rares cas de reflux d'urine depuis la vessie vers les uretères», rassure le Pr Bruyère.

Traitement substitutif local

La logique voudrait donc de ne traiter par antibiotiques que lorsque c'est vraiment nécessaire. Mais dans les faits, ce n'est pas toujours le cas. «Lorsqu'une femme présente presque tous les symptômes de la cystite - douleurs mictionnelles, envies pressantes, etc. - mais sans germe retrouvé (syndrome de la vessie douloureuse), elle ne relève pas des antibiotiques, mais d'autres traitements comme l'instillation de produits ayant une action sur la douleur vésicale chronique», confirme le Pr Bruyère. «De même, lorsqu'elle ne ressent aucun symptôme mais que des germes sont retrouvés dans ses urines, il faut se garder de traiter par antibiotiques car c'est souvent une simple colonisation», insiste le Pr Piroth.

Parmi les femmes qui font de vraies cystites à répétition, celles qui sont ménopausées (les plus touchées) gagnent à prendre un traitement substitutif local, car la ménopause joue un rôle aggravant en modifiant la trophicité de leur vessie. Elles peuvent aussi rencontrer davantage de difficultés à vider leur vessie, ce qui se rééduque. Et quand bien même les antibiotiques deviennent incontournables, il y a encore moyen de limiter les quantités prescrites, car le choix de traiter au coup par coup ou de proposer un traitement au long cours dépend du nombre de crises annuelles.

Traitement de fond

En dessous de dix crises par an, un traitement ponctuel (à chaque crise) avec des antibiotiques qui sélectionnent très peu de résistances suffit. Cela revient à donner finalement assez peu d'antibiotiques en tout. En revanche, à partir de dix crises et plus de cystites annuelles, un traitement de fond par antibiotique à faible dose est préconisé, mais cela ne doit pas empêcher de tout tenter pour passer en dessous du seuil de ces dix crises par an, en agissant sur les facteurs de risque. Par exemple, «la présence d'une bandelette TVT (Tension Free Vaginal Tape) sous l'urètre, posée pour en finir avec un souci d'incontinence urinaire, peut engendrer un résidu post-mictionnel et favoriser la prolifération de bactéries dans la vessie. Dans ce cas, la prescription d'alphabloquants qui

facilitent la vidange ou l'apprentissage d'autosondages, peuvent résoudre ce problème», note le Pr Bruyère. «Une réflexion pluridisciplinaire impliquant, selon les cas, le médecin traitant, le gynécologue, l'urologue et l'infectiologue est ainsi souhaitable», insiste le Pr Lionel Piroth.

Outre la canneberge, il existe encore d'autres pistes pour tenter d'échapper aux antibiotiques au long cours. C'est le cas de la méatotomie qui consiste à agrandir le méat urinaire ou de la méatoskénéctomie au cours de laquelle les petites glandes de Skene situées dans cette région et supposées servir de réservoir à des bactéries sont retirées simultanément. Mais faute d'études randomisées pour prouver leur efficacité et leur tolérance, les urologues ne peuvent que s'appuyer sur leurs impressions et les femmes, s'en remettre à eux.

«Il y a urgence à “débanaliser” les infections urinaires récidivantes qui altèrent la qualité de vie de nombreuses femmes, avec en plus un enjeu écologique majeur pour elles et pour la collectivité: celui de la résistance bactérienne», conclut le Pr Piroth.

<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/09/22/25430-infections-urinaires-repetition-antibiotiques-pas>