

LES PROBLEMES UROLOGIQUES DE LA FEMME :

- COLONISATION
- CYSTITES et PNA
- CYSTITES A REPETITION
- INCONTINENCE URINAIRE
- PROLAPSUS

FMC DINAN 23 avril 2016

CAS CLINIQUE:

Mme B 57 ans ménopausée depuis 3 ans.

Elle ne prend aucun THM mais fait ses suivis réguliers .

C'est la 3ème fois en 2mois qu' elle revient pour une cystite authentifiée par la BU.

Celle ci montre : GB+++ GR

la dernière cystite survenue 3 semaines auparavant avait été traitée par
FOSFOMYCINE

Quelle est votre prise en charge :

- Quels examens demandez vous ?
- Quelles prescriptions de traitement ?
- Quel suivi ?

Mme B vient vous revoir une semaine plus tard car malgré votre traitement, elle se dit toujours très gênée, avec envies fréquentes d' uriner, urgence et douleurs sus pubiennes ?

qu' en pensez vous ?

INFECTIONS URINAIRES GENERALITES.

- Différencier colonisation et infection , en cas de discordance la clinique prime .
- ECBU
 - Conditions de prélèvement (temps de stase suffisant dans la vessie : 4h)
 - Conditions de transport et conservation:2h à température ambiante, 24h à +4°C, 48h si acide borique
 - Leucocyturie : traduit la réponse inflammatoire à la présence d' une infection du tractus urinaire , peut cependant être absente au cours d' authentiques IU (précoce, neutropénie, lyse si tardif)
 - Non spécifique , attention aux vulvovaginites, posthites
 - Bactériurie sans leucocyturie doit faire évoquer par ordre de fréquence: contamination, colonisation , IU débutante , patient neutropénique
- BU : entérobactéries toutes productrices de nitrate réductase , pas les BGP telles entérocoques et staph. Délai de 4h

COLONISATION URINAIRE.

- DEF :
 - Bactériurie asymptomatique : présence d' un micro- organisme dans les urines sans manifestations cliniques associées
 - Pas de seuil de bactériurie sauf femme enceinte (seuil à 10^5)
 - La leucocyturie n ' intervient pas dans la définition
- PREVALENCE :
 - Augmente avec âge et activité sexuelle. Plus élevée chez diabétiques
 - 1 à 5 % femme jeune ,20 à 50 % après 80 ans
 - Chez homme : rare chez sujet jeune, augmente après 60 ans
 - Patient en institution : 15 à 50 %

COLONISATION URINAIRE.

- Indication de dépistage et traitement :
 - Avant une procédure urologique invasive
 - Grossesse à partir 4 ème mois

CYSTITE AIGUE.

- Signes cliniques isolés ou associés :
 - Brûlures et douleurs à la miction
 - Pollakiurie
 - Mictions impérieuses
 - Hématurie macroscopique dans 30 % , ne constitue pas un facteur de gravité .
 - Présence de SFU, en l' absence de vulvo vaginite fortement évocatrice.
- Rechercher facteur de risque de complication et signes de PNA même fruste
- Seule BU recommandée
- Objectif du traitement= soulager les symptômes

CYSTITE AIGUE – FACTEURS DE RISQUE DE COMPLICATION

- Anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire (résidu , reflux, lithiase , tumeur , acte récent)
- Sexe masculin
- Grossesse
- Immunodépression grave
- Insuffisance rénale chronique sévère ($cl < 30$)
- Sujet âgé de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans avec 3 ou plus critères de fragilité selon Fried (perte de poids involontaire sur 1 an , vitesse marche lente , faible endurance , faiblesse / fatigue, activité physique réduite)

TRAITEMENT DE LA CYSTITE AIGUE SIMPLE.

- 1 ère intention : Fosfomycine -trométamol dose unique
- 2ème intention pivmécillinam 400 mg X 2 par jour , 5jours
- 3 ème intention (derniers recours) : nitrofurantoina 100 mg X3 5 jours (cependant recommandations internationales récentes la place en 1 ère intention) ou fluoroquinolone
- Ne sont pas indiqués dans la cystite simple : amoxicilline , amox + ac clavulanique et les céphalosporines
- Il n' y a plus de place pour les FQ de première génération (pipram). Elles favorisent l' émergence de mutants de premier niveau, capables de faire le lit de résistance aux FQ par mutations supplémentaires

CYSTITE AIGUE. REFLEXIONS

- Le Fosfomycine -trométamol n 'est pas efficace sur staph s
- Effets secondaires de la nitrofurantoinne , efficace sur staph s

CYSTITE AIGUE A RISQUE DE COMPLICATION

- ECBU doit être systématiquement réalisé
- Bilan étiologique au cas par cas , en fonction du facteur de risque de complication .
- Principe fondamental : différer chaque fois que possible le traitement , préférer traitement adapté à l' antibiogramme (risque d' antibiorésistance plus élevé

CYSTITE A RISQUE DE COMPLICATION – TRAITEMENT selon antibiogramme

- Molécule à pression de sélection la plus faible possible .
- 1ère intention : amoxicilline 7 jours
- 2 ème intention pivmécillinam 7 jours
- 3 ème intention nitrofurantoine 7 jours
- 4 ème intention : augmentin 7 jours , cefixime 7 jours , bactrim 5 jours , FQ 5 jours
- 5 ème intention : fosfomycine -trométamol(hors AMM)

CYSTITE A RISQUE DE COMPLICATION – TRAITEMENT PROBABILISTE

- 1ère intention : nitrofurantoïne 7 jours
- 2ème intention : si CI nitrofurantoïne
 - Cefixime 7 jours ou FQ 5 jours
- Réévaluation systématique avec résultats antibiogramme

Cystites récidivantes de la femme.

- Les chiffres :
 - En France , chaque année, près d' une femme sur 10 aura une cystite.
 - 20% d' entre elles présenteront un nouvel épisode .
 - 30% de ces dernières récidiveront encore.
- Définition : on parle de cystite récidivante
 - lorsque le nombre des cystites est supérieur ou égale à 3 par an
 - Ou 2 épisodes dans les derniers 6 mois
 - Ou un dernier épisode à moins de 3 mois du précédent.

Elles peuvent survenir à tout âge de la vie .

- La prise en charge nécessite de trouver la cause , ce qui n' est pas toujours facile .
- 4 anomalies doivent être recherchées :

Cystites récidivantes de la femme.

Anomalies organiques

- Anomalies constitutionnelles :
- Le plus souvent révélées dans l'enfance.
- Par echo, scanner ou cystographie rétrograde

- Anomalies Acquises :
 - Brides hyménéales
 - Sténose du méat
 - Hypotrophie vaginale
 - Troubles de la statique pelvienne
 - Foyer infectieux réensemencant les urines : lithiase, abcès profond , fistule .

Cystites récidivantes de la femme.

Anomalies fonctionnelles = Absence de vidange complète de la vessie .
(mauvaises habitudes mictionnelles ou trouble de la vidange)

- Anomalies comportementales : ce sont de loin les causes les plus fréquentes de cystite récidivante
 - -manoeuvres d' essuyage inadaptée.
 - Hygiène insuffisante ou mal adaptée
 - Troubles du transit
 - Diurèse insuffisante
 - Absence de miction après les rapports
- Anomalies Psychogéniques : la cystite récidivante peut aussi être l' expression d' un mal être ou encore une somatisation .Elle peut être l' expression d' une demande de prise en charge et d' une recherche de bénéfice émotionnel .

Cystites récidivantes de la femme.

Interrogatoire, examen clinique

A l'interrogatoire :

- Historique précis des différents épisodes :
 - Date, typologie clinique et bactériologique, modalités de traitement.
- Recherche d'une cause organique
- Recherche de facteurs déclenchants ou favorisants :
 - Reprise des règles hygiéno-diététiques
 - Evaluation de la vidange vésicale
 - Modification du statut immunitaire
(diabète, insuffisance hépatique, néoplasie, immunodépression)

Cliniquement :

- Examen urogénital

Cystites récidivantes de la femme.

BU ou ECBU.

- BU suffisante dans la cystite simple : pas d' ECBU, pas d' échographie
- en cas de doute diagnostique (BU négative) ou facteur de gravité ou de risque (cs tardive, douleur lombaire , fièvre) ou de récurrence : examens complémentaire et ECBU recommandés.
- Concernant les cystites récidivantes, aucune donnée dans la littérature sur l' intérêt ou la fréquence à réaliser des ECBU.
- L' AFSSAPS recommande un traitement déclenchée par la patiente si BU positive. ECBU au moins une fois par an mais pas à chaque épisode .
- Recommandation : dans la cystite récidivante, chez des patientes sélectionnées et éduquées, la BU peut être utilisée afin de permettre une antibiothérapie autogérée si nécessaire . Réévaluation nécessaire : 1 à 2 x par an. L' ECBU n' est effectué que si traitement probabiliste n 'est pas efficace.
- au cours de la cystite récidivante , le micro organisme est le plus souvent identique lors des récurrences . Mais un minimum d' ECBU serait souhaitable pour surveiller la pleine sensibilité des bactéries isolées aux ATB prescrits.

Cystites récidivantes de la femme.

Examens complémentaires.

- Catalogue mictionnel : seul moyen d'analyse précise et objective des habitudes mictionnelles et de la diurèse
- Débitmétrie et mesure du résidu post mictionnel
- Imagerie : aucun consensus actuel mais attitude majoritaire se dégageant de la littérature récente ;
 - Echographie des voies urinaires suffisante seule
 - En complément selon la clinique
 - Si hématurie : cystoscopie
 - Si suspicion de lithiase calcique : ASP
 - Si suspicion de reflux : UCRM
 - Uroscanner

Bactériologie des infections urinaires

- L' Escherichia Coli reste toujours la bactérie le plus souvent isolée(75 à 90% des cas).
- Sensibilité des E Coli aux ATB :
 - Résistance aux aminopénicillines 40%, augmentin 35%
 - Anciennes Quinolones 10%, FQ 7 à 10%
 - Cotrimoxazole 15 à 35%
- En revanche , la fréquence de résistance est très basse pour la fosfomycine et les C3G injectables (cefotaxime et ceftriaxone)
- Le traitement des cystites doit être suffisamment efficace pour éradiquer les germes , prévenir toute récurrence, en évitant au maximum que se développent des résistances aux ATB . Pas de nouvelle famille d' ATB efficace sur les BGN depuis 25 ans .
- Volonté d' épargne des FQ. Raccourcir les durées de traitement au minimum afin de réduire la sélection des bactéries multirésistantes

Bactériologie des infections urinaires

- L' Escherichia Coli reste toujours la bactérie le plus souvent isolée(75 à 90% des cas).
- Sensibilité des E Coli aux ATB :
 - Résistance aux aminopénicillines 40%, augmentin 35%
 - Anciennes Quinolones 10%, FQ 7 à 10%
 - Cotrimoxazole 15 à 35%
- En revanche , la fréquence de résistance est très basse pour la fosfomycine et les C3G injectables (cefotaxime et ceftriaxone)
- Le traitement des cystites doit être suffisamment efficace pour éradiquer les germes , prévenir toute récurrence, en évitant au maximum que se développent des résistances aux ATB . Pas de nouvelle famille d' ATB efficace sur les BGN depuis 25 ans .
- Volonté d' épargne des FQ. Raccourcir les durées de traitement au minimum afin de réduire la sélection des bactéries multirésistantes

Cystites récidivantes de la femme.

Traitement de l' épisode aigu.

- Traitement recommandée d' une cystite aiguë : molécule à élimination urinaire prolongée, tenant compte de la sensibilité des germes aux ATB
- En première intention : Fosfomycine -trométamol(monuril , uridoz)
- En Deuxième intention : Pivmécillinam 5 jours
- EN 3ème intention :
 - Nitrofurantoine 5 jours à 100mgX 3/j
 - Ofloxacine(monoflocet 400)
 - Ciprofloxacine (uniflox 500)
- Les recommandations européennes considèrent que le traitement de la cystite de la femme ménopausée peut être identique à celui de la femme jeune .
- La validité de la distinction avant et après 65 ans dans le cas des infections urinaires basses et des cystites récidivantes n' est pas établie.

Cystites récidivantes de la femme. Traitement.

- Lorsque l'on compare , pour un même ATB, le traitement monodose est en général moins efficace . La plupart des ATB donnés 3 jours sont aussi efficaces que le même ATB donné plus longtemps.
- Préférer un schéma de traitement long de 5 à 7 jours dans la cystite récidivante.
- Traitement des facteurs déclenchants ou de la cause
- Traitement préventif :
 - Antibio prophylaxie 6 mois (en cas d' épisodes fréquents, au moins 1 par mois)
 - Post coïtal
 - Fosfomycine trometamol 3g tous les 7 jours
 - Bactrim 400mg / jour (1 cp par jour)
 - Nitrofurantoïne 50 mg/ j est désormais CI
 - Canneberge (36 mg de PAC / j (pro anthocyanidine A))
 - Hormonothérapie locale

Cystites récidivantes de la femme.

Ménopause et cystite récidivante

- La fréquence des infections augmente avec la ménopause . En relation avec la diminution voire la disparition de la flore vaginale résidente et à une augmentation du PH vaginal.
- Ces 2 facteurs facilitent une colonisation locale par les entérobactéries
- Atrophie de l' épithélium vaginal, disparition de la flore de doderlein et augmentation du PH local sont liées à la déplétion hormonale , particulièrement oestrogénique
- Réduction de la fréquence des infections urinaires lors de l' administration vaginale d' oestrogène
- Relation peu contestable entre trophicité pelvienne et cystites récidivantes .

PNA simple

- Les signes cliniques : fièvre , frissons , douleur fosse lombaire , signes digestifs parfois , forme fruste
- Examens : BU, ECBU, echo si hyperalgie
 - Si évolution défavorable à 72h , rechercher calcul ou abcès
- Hospitalisation uniquement si hyperalgie ou vomissements
- Traitement probabiliste immédiat , secondairement adapté
 - FQ ou C3G parentérale , aminoside en monothérapie
 - Après ATB gramme : amoxicilline 14j
augmentin14j, cefixime 14j, FQ 7 j , bactrim 14j, C3G parentérale 7j, aminosides 5 ou 7j

PNA à risque de complications

- Examens : BU, ECBU, urée creat , CRP
- Dans les 24H : un uroscanner , echo alternative
- Traitement : FQ ou C3G parentérale à privilégier si hospitalisation
- Durée de traitement 14 jours , pas de prolongation si BLSE

CAS CLINIQUE:

Mme A 48 ans en pré-ménopause(dernières règles il y a 3 mois)
vient pour son bilan gynécologique habituel.

En se rhabillant, elle vous signale avoir des petites fuites surtout si elle rit ou
tousse.

Que lui proposez -vous ?

CAS CLINIQUE:

Mme G, 59 ans ,
ménopausée depuis 10 ans sans THM vient consulter pour fuites urinaires.
« c'est de plus en plus invalidant, Docteur, et maintenant je suis obligée de me
garnir en permanence ».

Quelle prise en charge ?

Synthèse des recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique :

- le diagnostic est clinique :
 - Interrogatoire précisant :
 - circonstances déclenchantes et l'abondance des fuites.
 - Classer le type : IUE, par urgenturie , ou mixte
 - Autres troubles mictionnels associés (dysurie, pollakiurie,douleur) , troubles ano-rectaux.
 - Examen clinique :
 - Examen clinique à vessie pleine et test à la toux pour visualiser la fuite et sa correction par les manœuvres de soutènement du col vésical(Bonney) et de l'urètre moyen(MSU ou ulmsten). Evaluation de la mobilité de la région sous urétrale.
 - Recherche d'un prolapsus associé : manœuvre des valves et évaluation du testing périnéal

Synthèse des recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique :

- Calendrier mictionnel et questionnaire de symptômes ou de qualité de vie :
 - Les 2 sont recommandés.
- Examen urodynamique :
 - N ' est pas utile pour le diagnostic qui demeure un diagnostic clinique . Il permet d' aider à établir un pronostic et informer la malade sur son fonctionnement vésico-sphinctérien
 - Recommandé par contre pour les cas complexes
 - Cas simple , l' évaluation de la vidange est recommandée.(débit max et mesure du résidu)

Synthèse des recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique :

- Imagerie : non recommandée en dehors de l'évaluation échographique du résidu post mictionnel
- Autres :
 - uréthrocystoscopie : dans certaines circonstances
 - ECBU
 - Cytologie urinaire

Prise en charge de l' incontinence urinaire d' effort :

- **Conseils:**
 - perte de poids, arrêt du tabac, traitement de la constipation , attention aux « abdominaux »
- **Rééducation périnéo-sphinctérienne:** elle sera d' autant plus efficace que la patiente a un périnée faible ou une inversion de commande. Elle ne sera pas suffisamment efficace pour les incontinences importantes .
- **Traitement chirurgical :** pose de bandelette sous uretrale :
 - TOT
 - TVT
 - Mini bandelettes

Prise en charge de l' incontinence par impériosités :

- Recherche d' une cause curable:
 - Infection : cystites, urétrites
 - Obstruction : sténose de l' urètre, prolapsus
 - Compression extrinseque : ovaires et utérus
 - Cystopathie post ménopausique :
 - Amélioration des signes vésicaux irritatifs par les oestrogènes (trigger zone du trigone)
- Reprises des règles hygiénodiététiques.
- Les anticholinergiques
- La rééducation périnéale

CAS CLINIQUE:

Mme G 56 ans , agricultrice , ménopausée , vient vous consulter pour une boule qui s' extériorise, constatée surtout le soir et qui la gêne .

Comment la prenez vous en charge ?

Votre prise en charge serait elle modifiée , si elle avait 82 ans et vivait en maison de retraite .

Exploration d' un prolapsus

- Interrogatoire :
 - Evaluation du retentissement sur la qualité de vie
 - Evaluation des facteurs de risque de récurrence après prise en charge (travail , constipation, activités)
 - Evaluation de la sexualité
 - Evaluation des troubles urinaires et digestifs
 - ATCDs de chirurgie ultérieure
- Clinique :
 - Evaluation des 3 étages, stadification du prolapsus
 - Recherche d' une incontinence urinaire masquée
 -

Exploration d' un prolapsus

- Examens complémentaires :(pas de consensus)
 - Bilan urodynamique
 - cystoscopie
 - IRM dynamique
 - Colpopérinéodéfécographie

Prolapsus et fonctionnement vésicosphinctérien.

- Obstruction avec résidu post mictionnel, bas débit mictionnel, troubles de la contractilité vésicale :40% des prolapsus sévères ont un défaut de vidange, celui ci disparaît 3 fois sur 4 après chirurgie .
- Hyperactivité détrusorienne : 20 à 40% des cas , disparaissant 1 fois sur 2 après correction du prolapsus
- Majoration de la pression de clôture : Plus d' 1 patiente sur 2 présentent une IUE après réduction du prolapsus

Traitement du prolapsus

- Traitement en cas d' inconfort altérant la qualité de vie et /ou de rétention urinaire et /ou d' incontinence urinaire d' effort associée .

Donc pour les prolapsus importants anatomiquement sup ou égale à II

- Traitement chirurgical. Le pessaire reste une alternative valable en cas de non éligibilité pour la chirurgie.

Traitement chirurgical du prolapsus

- Promontofixation ou voie basse
- Hystérectomie ou non
- Utilisation de matériaux de renfort
- Traitement combiné prolapsus-IUE ou non