



Symptômes Urinaires bas et bandelette normale : à quoi penser ?



Rev Med Suisse 2012; 8: 1811-5

N. Sabe
I. Kaelin
Gambirasio
A. Caviezel
C. Delémont

What to do with a normal urinary strip in case of lower urinary tract symptoms?

Patients very often consult for lower urinary tract symptoms, that do not necessarily equate to common cystitis. When urinary leucocytes and nitrites are absent, the urinary strip has a very good negative predictive value and makes the diagnosis of a lower urinary tract infection very unlikely. One then has to search for other diagnoses and to clarify the nature of the symptoms, irritating or obstructive ones, their duration and to correlate them to the patient's age and gender. In sexually active young patients, infectious diseases predominate, such as urethritis or vaginitis, while, with age, the prevalence of dysfunction of vesical emptying, benign prostatic hyperplasia or atrophic vaginitis increase.

Les patients consultent très souvent pour des symptômes urinaires bas qui ne signent pas nécessairement une cystite classique. Si les leucocytes et les nitrites urinaires sont négatifs, la bandelette urinaire a une très bonne valeur prédictive négative, rendant le diagnostic d'infection urinaire basse peu probable. Il faut alors rechercher un diagnostic alternatif, en précisant la nature des symptômes, irritatifs ou obstructifs, leur durée et les corréler au sexe et à l'âge du patient. Chez les patients jeunes sexuellement actifs, les causes infectieuses prédominent sous forme d'urétrite et de vaginite, alors qu'avec l'âge, les prévalences des troubles de la vidange vésicale, de l'hypertrophie bénigne de prostate et de la vaginite atrophique augmentent.

INTRODUCTION

Les symptômes urinaires bas sont fréquents, représentant 5 à 15% des consultations chez le médecin de famille.¹ Cette plainte concerne beaucoup plus les femmes (6/1000) que les hommes (1/1000).² Mais la véritable prévalence de cette plainte dépend naturellement de sa définition. Alors que le terme anglais *dysuria*, miction douloureuse, renvoie généralement à une problématique infectieuse, une plainte plus vague, englobant la douleur et la difficulté, ainsi que tout sentiment d'anormalité de la miction, que l'on appelle dysurie (dont le préfixe dys, du grec δυσ-, exprime l'idée d'une difficulté), renvoie à un diagnostic différentiel beaucoup plus large et varié, à plus forte raison lorsque l'examen paraclinique habituellement réalisé en premier, à savoir la bandelette urinaire (BU), s'avère normal. L'objectif de cet article est de traiter de cette situation particulière, en évoquant les différentes causes de dysurie en fonction de l'âge et du sexe.

DYSURIE CHEZ L'HOMME

Vignette n° 1

Homme de 21 ans, sexuellement actif, présentant des brûlures mictionnelles avec pollakiurie sans écoulement urétral. La bandelette urinaire montre 1 + de leucocytes. Vous faites une recherche de gonocoques et *Chlamydia* par PCR (*polymerase chain reaction*) urinaire mais celle-ci est négative, le patient étant toujours symptomatique. Que faire ?

Vignette n° 2

Homme de 62 ans, qui présente depuis quelques mois une pollakiurie avec une difficulté à initier la miction et diminution du jet urinaire. Par ailleurs, il ressent parfois aussi des urgences mictionnelles et perd un peu d'urine. Quel diagnostic retenir ?

Chez l'homme, les symptômes urinaires peuvent être dus à une irritation ou inflammation de tout l'arbre urinaire (vessie, prostate, urètre). Les causes infectieuses

Tableau 1. Symptômes et diagnostics de dysurie chez l'homme et la femme

HBP: hyperplasie bénigne de la prostate.

Symptômes	Diagnostics chez l'homme	Diagnostics chez la femme
Syndrome irritatif		
Pollakiurie, urgence, nycturie, éventuellement incontinence	<ul style="list-style-type: none"> • Infection (urétrite, prostatite, cystite, pyélonéphrite) • Neurogène (sclérose en plaques, diabète) • Lithiase urinaire • Néoplasie (cancer de la vessie) • Composante irritative de HBP: distension trigonale (=irritation de la zone sensorielle de la vessie) • Trouble de vidange vésicale (vessie hyperactive) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infection (urétrite, vaginite, cervicite, cystite, pyélonéphrite) • Neurogène (sclérose en plaques, diabète) • Lithiase urinaire • Néoplasie (cancer de la vessie) • Vaginite non infectieuse (atrophique sur déficit oestrogénique, allergique, chimique sur savons/tampons, traumatique) • Trouble de vidange vésicale (vessie hyperactive) • Cystite interstitielle
Syndrome obstructif		
Jet faible, miction assise, sensation de vidange vésicale incomplète, jet saccadé	<ul style="list-style-type: none"> • Obstruction sous-vésicale: prostate (HBP), sténose urétrale, neurogène (dys-synergie vésico-sphinctérienne) • Trouble de vidange vésicale: vessie neurogène (atone) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumeur pelvienne, sténose urétrale, neurogène (dys-synergie vésico-sphinctérienne) • Prolapsus génital • Trouble de vidange vésicale: vessie neurogène (atone)

ses tiennent un rôle prépondérant, en particulier chez le patient jeune avec présentation aiguë (vignette 1). Si l'infection urinaire basse (IUB) est rare pour des raisons anatomiques, les orchites, épидидymites, prostatites et urétrites sont fréquentes. Avec l'âge, ce sont les pathologies obstructives, notamment l'hypertrophie bénigne de prostate (HBP) et la vessie hyperactive dont la prévalence augmente (vignette 2). Nous passons en revue les étiologies qui sont résumées dans le [tableau 1](#).

Etiologies

Syndrome irritatif

Pollakiurie, urgence, nycturie, éventuellement incontinence

Infections

Lorsque la BU est peu parlante, l'étiologie infectieuse la plus probable est l'urétrite et le **gonocoque**, l'agent pathogène le plus fréquemment retrouvé, en particulier si le patient décrit un écoulement urétral. Les étiologies infectieuses des urétrites non gonococciques (UNG) comprennent *Chlamydia trachomatis*, retrouvé dans 16 à 24% des cas, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, et *Trichomonas vaginalis*.³ La connaissance de l'incidence réelle de ces derniers germes est rendue difficile car leur présence ne signe pas nécessairement leur pathogénicité (porteurs sains). Enfin, on retrouve également des virus à l'origine de l'urétrite dans 3 à 4% des cas, herpès de types 1 et 2 (primo-infection) et adénovirus, ce dernier s'accompagnant dans deux tiers des cas d'une **conjonctivite** concomitante.⁴ Le [tableau 2](#) résume les méthodes diagnostiques.

Urétrite non infectieuse

On retrouve des causes plus rares, comme le syndrome de Reiter, une irritation après un sondage, une cause médicamenteuse (pénicilline G, cyclophosphamide, spermicide) ou encore une consommation importante de caféine ou d'alcool, ou une cause psychogène.

Origine neurogène

La sclérose en plaques ou le diabète peuvent être à l'origine d'un syndrome irritatif de la vessie.

Tableau 2. Méthodes diagnostiques pour une infection urogénitale

Les cultures sont faites sur un frottis urétral ou endocervical.

N. gonorrhoea

- Polymerase chain reaction (PCR) urinaire, urétrale (sensibilité 90-99%) ou endocervicale
- Frottis avec Gram et culture (sensibilité 65-85%, permet antibiogramme)

C. trachomatis

- PCR urinaire, urétrale (sensibilité 90-98%) ou endocervicale
- Culture (sensibilité 60-80%)

T. vaginalis

- Culture (milieu spécial) ou PCR urinaire ou endocervicale
- Examen direct moins sensible

M. genitalium

PCR urinaire, urétrale ou endocervicale, culture

U. urealyticum

Culture

Herpès simplex

PCR ou culture (frottis urétral ou lésions). Immunofluorescence directe (IFD) en dermatologie si lésions

Troubles de la vidange vésicale

Caractérisés par des urgences mictionnelles avec ou sans incontinence et une nycturie, les troubles de la vidange vésicale, communément appelés vessie hyperactive, sont retrouvés chez 3% des hommes de 40 ans et chez 40% des plus de 75 ans.⁵

Autres causes

Des tumeurs du système urinaire, en particulier le cancer de la vessie, ou des calculs urinaires, peuvent également provoquer une dysurie.

Syndrome obstructif

Obstruction sous-vésicale

Les problèmes de vidange vésicale augmentent significativement entre 40 et 60 ans avec la prévalence de l'HBP.² Les symptômes peuvent être en lien avec l'inflammation



de la muqueuse urétrale ou avec une infection vésicale favorisée par la stase urinaire. On peut également retrouver une sténose urétrale ou une dys-synergie vésico-urétrale.

Trouble de la vidange vésicale

On retrouve la vessie neurogène ou atone dans cette catégorie.

Anamnèse

Il faut chercher la présence d'une activité sexuelle (protégée ou non), des symptômes chez le/la partenaire et la notion d'un écoulement urétral, des symptômes irritatifs (urgence, augmentation de la fréquence, nycturie, incontinence de type urge) et obstructifs signant des difficultés de vidange (diminution du débit et du jet, urine par intermittence). Des symptômes plus spécifiques permettent d'orienter le diagnostic: hématurie en lien avec une IUB, un calcul ou une néoplasie de l'arbre urinaire.

Les facteurs de gravité (diabète, immunosuppression) doivent être identifiés, ainsi que les antécédents pertinents (infections ou calculs urinaires, néoplasie) et les symptômes généraux (perte pondérale, baisse de l'état général).

Les médicaments et habitudes devront être relevés (en particulier pénicilline G et cyclophosphamide, consommation d'alcool et de caféine).

Status

A l'examen clinique on évalue les loges rénales, l'abdomen et la prostate par un toucher rectal (TR). On recherche la présence d'un écoulement urétral ou de lésions pénien-nes ainsi qu'une masse ou une douleur à la palpation des testicules et des épидидymes. La **figure 1** détaille la démarche initiale.

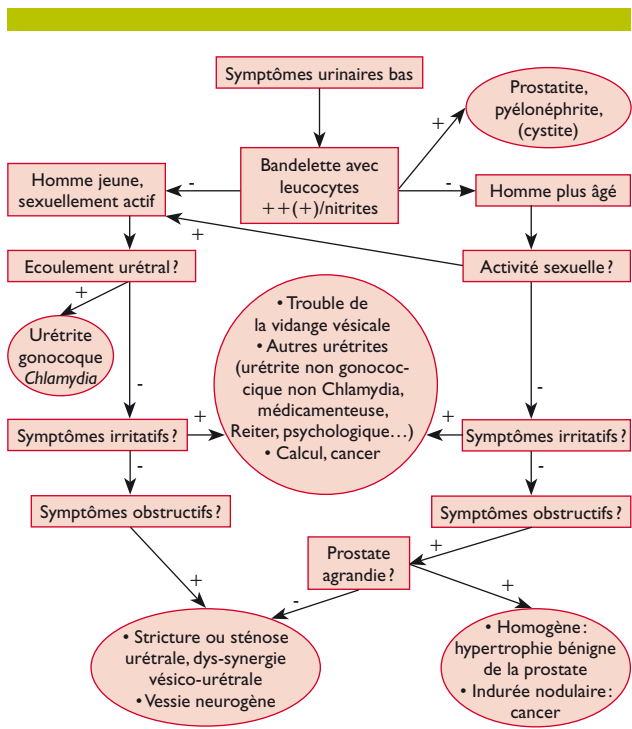


Figure 1. Dysurie: démarche initiale chez l'homme

Discussion et conclusion pour les hommes

Anamnèse, status et BU devraient permettre de suspecter une urétrite infectieuse, et **chez le patient sexuellement actif, *Neisseria gonorrhoea* et *Chlamydia trachomatis* devraient être recherchés, soit par PCR urinaire, soit par culture d'un frottis urétral, ce dernier permettant de réaliser un antibiogramme.** Si ces examens sont négatifs et que la symptomatologie persiste, les autres germes des urétrites devraient être recherchés.

Si l'évaluation initiale oriente plutôt sur un syndrome obstructif chez un patient âgé avec une prostate non suspecte au TR, une HBP est probable.

En cas de doute sur l'origine obstructive ou irritative, un avis urologique est nécessaire. L'évaluation du résidu post-mictionnel, une cystoscopie ou un examen urodynamique permettront d'orienter le diagnostic et la prise en charge.

DYSURIE CHEZ LA FEMME

Vignette n° 3

Patiente de 57 ans en bonne santé habituelle, ménopausée depuis cinq ans, qui présente brûlures urinaires, sentiment d'urgence mictionnelle et pollakiurie. Pas de fièvre ni d'écoulement vaginal. Elle n'a plus de rapport sexuel depuis quelques années, a eu trois enfants par voie basse. La BU est négative pour les leucocytes et les nitrites.

Les femmes consultent très souvent pour des symptômes urinaires bas. Aux Etats-Unis, le risque cumulé sur une vie de développer une IUB est de 60,4% et la moitié des femmes en auront présenté une avant l'âge de 35 ans.⁶ Toutefois, les symptômes urinaires bas ne signent pas nécessairement une IUB et selon certaines études, **seules 39,8% de ces patientes ont une culture urinaire positive.**⁷

Des facteurs prédictifs permettent de renforcer le rapport de vraisemblance pour une IUB (algurie et pollakiurie sans leucorrhée), mais certains éléments anamnestiques et cliniques orientent au contraire sur des diagnostics alternatifs que nous allons détailler. **Si les leucocytes et les nitrites sont négatifs, la BU a une très bonne valeur prédictive négative, rendant le diagnostic d'IUB peu probable.** Il faut alors rechercher un diagnostic alternatif.^{8,9}

Etiologies

Syndrome irritatif

Infections

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) peuvent générer différents tableaux cliniques chez la femme, allant d'une atteinte asymptomatique à la maladie inflammatoire pelvienne, en passant par l'urétrite, la cervicite ou la vaginite. Avec une prévalence variable selon les populations (4,2% dans la population générale féminine), *Chlamydia trachomatis* est le germe le plus fréquemment retrouvé.¹⁰ *Neisseria gonorrhoea* a une prévalence de 1,8% dans la population féminine jeune (16-24 ans).¹¹ La vaginite est bactérienne dans 40 à 50% des cas, à *Candida* dans 20-25% et à *Trichomonas* dans 15-20% des cas. Différencier l'origine de la vaginite sur les éléments cliniques seuls est difficile, même si certains prédicteurs modifient le rapport de vraisemblance.

Tableau 3. Facteurs prédictifs de l'origine de la vaginite

(Tiré de réf.¹²).

	Vaginite bactérienne	Vaginite à <i>Candida</i>
Absence de prurit		-(RV 0,18 [IC 95%: 0,05-0,7]-0,79 [IC 95%: 0,72-0,87])
Absence d'odeur des sécrétions	-(RV 0,07 [IC 95%: 0,01-0,52])	+(RV 2,9 [IC 95%: 2,4-5,0])
Odeur de fromage des sécrétions	+(RV 3,2 [IC 95%: 2,1-4,7])	

L'absence de prurit écarte plutôt la vaginite à *Candida*, l'absence d'odeur des sécrétions écarte l'origine bactérienne et renforce le *Candida*. Une odeur de fromage des sécrétions renforce l'origine bactérienne.
RV: rapport de vraisemblance; IC: intervalle de confiance.

ce (tableau 3).¹² *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* et *Herpes simplex* sont également des pathogènes probables avec des prévalences très variables selon les populations.¹³

Vaginite atrophique

La diminution du taux d'œstrogènes mène à une atrophie vaginale chez 10 à 40% des femmes ménopausées, dans un délai de cinq à dix ans après la ménopause. Elle se manifeste par une sécheresse vaginale, une dyspareunie, une pollakiurie, des infections urinaires à répétition ou une incontinence.¹⁴

Trouble de la vidange vésicale

La vessie hyperactive est retrouvée chez 9% des femmes de 40 à 44 ans et chez 31% des femmes de 75 ans et plus.⁵ La faiblesse du sphincter et le déficit œstrogénique peuvent contribuer aux symptômes de vessie hyperactive.

Cystite interstitielle

La cystite interstitielle, ou syndrome de vessie douloureuse, se définit par des douleurs suppubiennes, une algurie, une pollakiurie, des urgences mictionnelles, une nycturie et parfois des douleurs vaginales ou une incontinence. Ces symptômes se recoupent avec ceux des IUB, mais aucun germe n'est retrouvé à la culture urinaire et les symptômes se chronicisent.¹⁵ La prévalence est difficile à estimer, variant entre 0,5 et 10% selon les critères retenus.¹⁶

Autres causes

Des calculs urétraux, une néoplasie de la vessie ainsi que les causes neurologiques précédemment vues peuvent également provoquer des symptômes irritatifs.

Syndrome obstructif

Chez la femme également, il faut évoquer des tumeurs pelviennes, une sténose urétrale ou une vessie neurogène ainsi que, plus spécifiquement, les prolapsus génitaux.

Anamnèse

On recherche les symptômes généraux, les symptômes irritatifs et obstructifs précédemment décrits et leur durée d'évolution, ainsi que les symptômes plus spécifiques:

dyspareunie, décharge vaginale (aspect, couleur, odeur) et prurit, évoquant une vaginite bactérienne ou mycosique.

Chez la patiente plus âgée, on relève la date de ménopause, un éventuel traitement substitutif et des symptômes de vaginite atrophique.

Status

L'examen de base comprendra une palpation abdominale et des loges rénales à la recherche d'une masse ou d'une douleur. Les organes génitaux externes seront examinés pour rechercher des lésions ulcéreuses, des vésicules ou un écoulement vaginal. En cas de suspicion de vaginite, un examen gynécologique permet d'objectiver un col sensible et de faire les prélèvements bactériologiques nécessaires. Selon son expertise, il sera réalisé par le médecin de premier recours ou par un gynécologue. La figure 2 détaille la démarche initiale.

Discussion et conclusion pour les femmes

En présence de symptômes irritatifs de courte durée, en particulier chez la femme jeune sexuellement active, les causes infectieuses prédominent. La BU sans leucocytes ni nitrites rend l'IUB peu probable. La présence d'un écoulement vaginal oriente vers une vaginite ou une cervicite et l'examen de choix est un frottis des sécrétions permettant d'identifier le germe. En l'absence d'écoulement vaginal, une urétrite doit être évoquée.

Devant des symptômes urinaires bas de type irritatif récidivant avec une BU normale, une culture urinaire et un frottis vaginal ou une recherche par PCR urinaire des germes classiques devraient être faits afin d'écartier totalement une origine infectieuse.

Si les symptômes irritatifs persistent en l'absence de cause infectieuse, une vessie hyperactive devrait être re-

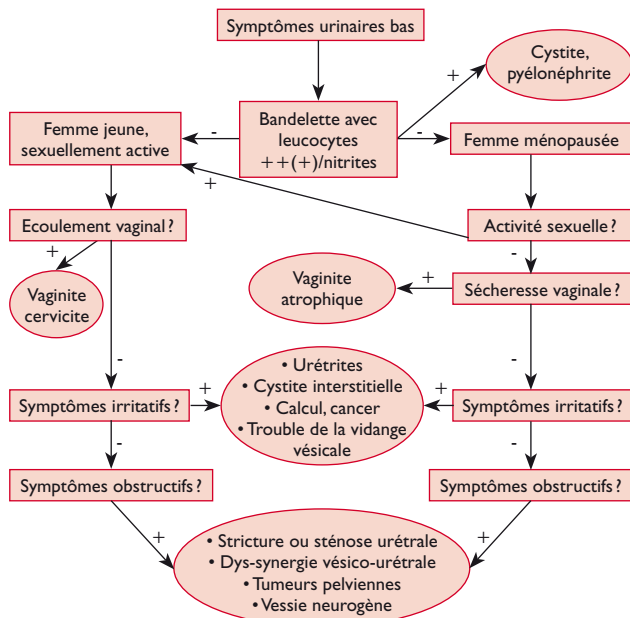


Figure 2. Dysurie: démarche initiale chez la femme



cherchée en se rappelant que sa prévalence augmente avec l'âge.

Chez la femme ménopausée, les symptômes typiques orientent sur une vaginite atrophique qu'un examen gynécologique confirmera. ■

Implications pratiques

- > Lors de symptômes urinaires bas, les causes infectieuses prédominent sous forme de cystite, urétrite et vaginite
- > Une bandelette urinaire sans leucocytes ni nitrites rend peu probable une infection urinaire basse à germes classiques et une autre étiologie doit être recherchée
- > Il existe des porteurs sains de germes causant les urétrites autres que *Chlamydia* et gonocoque, rendant le diagnostic de ces infections parfois difficile, mais il faut les évoquer devant une urétrite inexpliquée
- > Avec l'âge, les prévalences de l'hypertrophie bénigne de la prostate et de la vessie hyperactive à l'origine des symptômes de dysurie augmentent

Adresse

Drs Nauouf Sabeh et Cécile Delémont
Service de médecine de premier recours
Département de médecine communautaire,
de premier recours et des urgences
Dr Isabelle Kaelin Gambirasio
Service de gynécologie
Département de gynécologie et d'obstétrique
Dr Alessandro Caviezel
Service d'urologie
Département de chirurgie
HUG, 1211 Genève 14
naouaf.sabeh@hcuge.ch
cecile.delemont@hcuge.ch
isabelle.kaelin@hcuge.ch
alessandro.caviezel@hcuge.ch

Bibliographie

- 1 Brennor JD, Sadvovsky R. Evaluation of dysuria in adults. *Am Fam Physician* 2002;65:1589-96.
- 2 Roberts RG, Hartlaub PP. Evaluation of dysuria in men. *Am Fam Physician* 1999;60:865-72.
- 3 * Stamm WE, Hicks CB, Martin DH, et al. Azithromycin for empirical treatment of the nongonococcal urethritis syndrome in men. A randomized double-blind study. *JAMA* 1995;274:545.
- 4 * Bradshaw CS, Tabrizi SN, Read TR, et al. Etiologies of nongonococcal urethritis: Bacteria, viruses, and the association with orogenital exposure. *J Infect Dis* 2006;193:336.
- 5 Ouslander JG. Management of overactive bladder. *N Engl J Med* 2004;350:786-99.
- 6 Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: Incidence, morbidity, and economic costs. *Am J Med* 2002;113(Suppl. 1A):5S-13.
- 7 Medina-Bombardo D, Segui-Diaz M, Roca-Fusalba C, et al. What is the predictive value of urinary symptoms for diagnosing urinary tract infection in women? *Fam Pract* 2003;20:103-7.
- 8 St John A, Boyd JC, Lowes AJ, Price CP. The use of urinary dipstick tests to exclude urinary tract infection: A systematic review of the literature. *Am J Clin Pathol* 2006;126:428-36.
- 9 ** Deville WL, Yzermans JC, van Duijn NP, et al. The urine dipstick test useful to rule out infections: A meta-analysis of the accuracy. *BMC Urol* 2004;4:4.
- 10 Miller WC, Ford CA, Morris M, et al. Prevalence of chlamydial and gonococcal infections among young adults in the United States. *JAMA* 2004;291:2229.
- 11 Bradley H, Satterwhite CL. Prevalence of *Neisseria gonorrhoeae* infections among men and women entering the National job training program – United States, 2004-2009. *Sex Transm Dis* 2012;39:49-54.
- 12 Anderson MR, Klink K, Cochrane A. Evaluation of vaginal complaints. *JAMA* 2004;291:1368-79.
- 13 ** Patel MA, Nyirjesy P. Role of *Mycoplasma* and *Ureaplasma* species in female lower genital tract infections. *Curr Infect Dis Rep* 2010;12:417-22.
- 14 Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Villero J, Nohales F, Juliá MD. Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas* 2005;52(Suppl. 1):S46-52.
- 15 Bogart LM, Berry SH, Clemens JQ. Symptoms of interstitial cystitis, painful bladder syndrome and similar diseases in women: A systematic review. *J Urol* 2007;177:450-6.
- 16 Rosenberg MT, Newman DK, Page SA. Interstitial cystitis/painful bladder syndrome: Symptom recognition is key to early identification, treatment. *Cleve Clin J Med* 2007;74(Suppl. 3):S54-62.

* à lire

** à lire absolument