

PARTICULARITÉS DE DÉVELOPPEMENT ET
PROBLÈMES DE PRÉVENTION
INFECTIONS DES VOIES URINAIRES CHEZ LES FEMMES

Barannyk Serhiy

docteur en sciences médicales, professeur au département de chirurgie générale
Académie médicale de Dnipropetrovsk du ministère de la Santé de l'Ukraine
Dnipro, Ukraine

Barannyk Catherine

gynécologue
Hôpital clinique multidisciplinaire de la ville №2
Kryvyi Rih, Ukraine

Chukhrienko Alla

assistant du service de chirurgie générale
Académie médicale de Dnipropetrovsk du ministère de la Santé de l'Ukraine
Dnipro, Ukraine

L'infection ascendante est importante dans le développement de maladies inflammatoires non seulement des voies génitales mais également des voies urinaires chez la femme. Dans l'aspect physiologique, les parties inférieure et supérieure du système génital, ainsi que les voies urinaires inférieures - un système plutôt complexe, multiforme et interconnecté qui combine la généralité des structures anatomiques, de l'apport sanguin, de l'innervation et des caractéristiques de la topographie. Dans un complexe, ces corps exercent simultanément des fonctions de résistance, d'excrétion et de barrière. Les organes génitaux externes agissent comme un puissant facteur biologique de protection contre les processus infectieux invasifs [1].

Les caractéristiques anatomiques des voies urinaires chez la femme sont une construction différente du tissu adipeux surrénalien, ce qui facilite le développement de la néphroptose, ainsi que dans l'emplacement inférieur et presque horizontal de la vessie, dans sa grande capacité physiologique et dans la construction de l'urètre. Les tissus de l'urètre féminin peuvent s'étirer considérablement. Pour cette raison, d'une part, les femmes ont un acte de miction beaucoup plus facile et il y a rarement un retard dans la miction et les maladies connexes. D'autre part, l'urètre féminin court et droit, qui s'ouvre dans la paroi vaginale, peut jouer un rôle de facteur contribuant à l'infection ascendante des voies urinaires, ce qui explique les maladies inflammatoires assez courantes (par rapport aux hommes) de la vessie et des voies urinaires supérieures.

La vessie chez les femmes a une forme ovale. La pression du col de l'utérus modifie souvent la forme de la vessie, crée une dépression dans son contour supérieur et donne à la vessie une forme de selle. De plus, la configuration de la vessie est affectée par les maladies du péritoine et des ovaires. Avec l'âge, à partir de la période

postménopausique, l'élasticité des tissus de la vessie chez la femme diminue, ce qui peut entraîner une augmentation de la miction. Dans d'autres cas, au contraire, une diminution du tonus de la vessie conduit à des mictions plus rares et perturbe sa défécation [2].

Il convient de noter l'importance de l'influence de l'équilibre des hormones sexuelles sur l'état des organes urinaires d'une femme. L'origine embryogénétique des systèmes génital et urinaire détermine l'influence des hormones sexuelles féminines sur diverses parties du système urinaire d'une femme, en maintenant leur tonus, la dynamique de la défécation. Les perturbations de l'équilibre hormonal entraînent des troubles fonctionnels du système urinaire. Dans des conditions de processus pathologiques dans les organes génitaux féminins ou d'opérations gynécologiques, la proximité anatomique et physiologique dense, la connexion génétique, l'innervation générale, la circulation sanguine et lymphatique entre les organes génitaux et les systèmes urinaires peuvent entraîner des troubles dans l'une ou l'autre partie de ce dernier [3, 5].

Les malformations de la région génitale féminine sont souvent associées à des anomalies dans le développement du système urinaire, dues à la connexion entre les canaux paramésonephrique et mésonephrique dans la période embryonnaire.

Ainsi, un certain nombre de facteurs de relations anatomiques et physiologiques des organes génitaux et des voies urinaires chez la femme contribuent à la contamination de ces derniers par des microorganismes de la zone anogénitale et au développement d'un processus inflammatoire ascendant des voies urinaires inférieures et supérieures.

Ces dernières années, le concept d'infection de la vessie chez les femmes par l'urètre en raison de ses caractéristiques anatomiques a gagné de nombreux partisans. Il faut déterminer que la bactériurie (ou infection des voies urinaires), qui est un précurseur, un signe initial et un facteur étiologique des maladies aiguës et chroniques du système urinaire (pyélite, cystite, pyélonéphrite), est présente chez 10% des hommes et femmes «en bonne santé». Lors de l'inspection préventive, la bactériurie subjectivement asymptomatique est définie chez 3-7% des jeunes femmes pratiquement en bonne santé.

Il existe une corrélation entre l'infection des voies urinaires causée par *E. coli* et d'autres bactéries intestinales, ainsi que la colonisation par ces bactéries de la zone anogénitale et autour de l'ouverture externe de l'urètre.

La violation des propriétés de barrière des membranes muqueuses des organes urogénitaux, qui sont provoquées par des raisons quelconques, conduit à la colonisation bactérienne de ces zones et à la création des conditions pour la formation du réservoir de l'infection uniquement à l'ouverture externe de l'urètre, et souvent et dans son service distal. Cependant, l'invasion de bactéries dans la vessie n'est pas la condition principale du développement du processus inflammatoire. La vessie chez les femmes a une résistance significative à l'invasion bactérienne, qui est due à un certain nombre de mécanismes antibactériens qui agissent constamment et efficacement chez les femmes en bonne santé. L'épithélium de la vessie (urothélium) produit et sécrète à la surface une substance mucopolysaccharidique, qui recouvre la surface cellulaire et crée une couche protectrice, qui est un facteur anti-adhésif. La

formation de cette couche mucopolysaccharidique est considérée comme un processus hormono-dépendant: les œstrogènes affectent sa synthèse et la progestérone sur sa sécrétion par les cellules épithéliales. Le dysfonctionnement ovarien survient chez près de 7% des femmes atteintes de cystite chronique. Jusqu'à 15% des femmes souffrent de dysurie pendant la menstruation. Dans l'anamnèse, il y a presque trois fois plus de fausses couches après un stress hormonal.

Dans la genèse de l'inflammation de la paroi de la vessie chez la femme, l'activité sexuelle devient importante. Ainsi, chez la plupart des femmes ayant une infection des voies urinaires, l'apparition de la maladie survient pendant la puberté et la plus grande activité sexuelle. Des variantes de la relation topographique-anatomique de l'ouverture externe de l'urètre, de l'introitus et de la paroi antérieure du vagin créent des conditions pour le transport rétrograde des micro-organismes vers la vessie chez les femmes pendant le coït. Ceci est également facilité par le nombre de partenaires sexuels.

L'infection rétrograde de la vessie est activement favorisée par diverses interventions instrumentales, au cours desquelles la couche de mucopolysaccharide protectrice sur la membrane muqueuse de la vessie peut également être endommagée. La capacité des bactéries à adhérer ces dernières années non seulement aux cellules vivantes mais également à la surface des instruments (cathéters, bouges, endoscopes, etc.) utilisés pour les interventions diagnostiques et thérapeutiques transurétrales est importante pour la voie ascendante de l'infection. Cette propriété favorise l'introduction ascendante de l'infection lors de ces manipulations.

Ces dernières années, il y a eu une augmentation du rôle des mycoplasmes génitaux, y compris *Ureaplasma urealyticum*, dans le développement de maladies inflammatoires du système génito-urinaire. En outre, il convient de noter la prévalence des mycoplasmes génitaux chez l'homme. Selon les chercheurs, chez les femmes, qui représentaient 2/3 du nombre de patients atteints de dysurie et d'écoulement urétral, *U. urealyticum* était de 45%.

Déterminer des tactiques adéquates pour le traitement des femmes atteintes de maladies inflammatoires urogénitales est toujours un problème difficile. Le choix du médicament antibactérien doit être basé sur les résultats d'un examen clinique et microbiologique complet et les résultats de l'étude de la sensibilité aux antibiotiques aux agents pathogènes opportunistes et à *U. urealyticum*. En cas de signes cliniques et microbiologiques de trichomonose urogénitale concomitante, de candidose ou d'une autre infection, le traitement doit être prescrit conformément aux lignes directrices et aux normes de traitement. Les patients atteints de cystite doivent également se voir prescrire un traitement pathogène et symptomatique, ainsi que des médicaments antibactériens en fonction de la sensibilité des agents pathogènes opportunistes isolés [4].

La prévention des maladies inflammatoires urogénitales consiste à prendre les mesures nécessaires d'hygiène génitale et d'hygiène sexuelle, qui découlent de certains facteurs de risque d'infection ascendante des voies urinaires. Ils doivent être éliminés tout au long de la vie (certains d'entre eux - dès la petite enfance, la mère de l'enfant, puis - en transition - sous la surveillance de la mère, de la fille adulte et de la femme - seuls).

Les mesures de prévention hygiénique visent à éliminer de manière hygiénique les agents infectieux de la zone anogénitale, tandis que le but de la prévention clinique est le traitement et les mesures de prévention pour éliminer les maladies inflammatoires qui précèdent les infections des voies urinaires.

La prévention médicale au stade clinique, c'est-à-dire au stade de maladies inflammatoires graves déjà développées du système génito-urinaire, nécessite une consultation rapide avec un médecin et un traitement précoce de la cystite aiguë.

Les femmes qui ont souffert de cystite aiguë, en raison du risque ultérieur élevé de pyélonéphrite aiguë doivent être sous la surveillance d'un urologue, elles doivent subir des examens de suivi réguliers, à savoir pour déterminer la bactériurie résiduelle.

Le problème de la détection active de la bactériurie asymptomatique chez la femme est tout à fait pertinent, y compris pour la prévention de la pyélonéphrite aiguë, en particulier dans les groupes à haut risque: filles d'âge préscolaire et scolaire, femmes enceintes, patients gynécologiques. La prévention de la récurrence de la pyélonéphrite aiguë est importante. Les personnes ayant des antécédents de pyélonéphrite aiguë doivent être surveillées par un dispensaire et administrer ultérieurement un traitement antimicrobien et pathogénique avant une rémission prolongée.

Les mesures importantes pour la prévention des infections des voies urinaires et de la pyélonéphrite urinaire aiguë chez les femmes comprennent en premier lieu le diagnostic précoce et le traitement adéquat des maladies inflammatoires du système génital, y compris celles associées aux agents infectieux bactériens sexuellement transmissibles.

Liste de références:

1. Возіанов О.Ф., Пасечніков С.П., Руденко А.В. Гострий пієлонефрит у жінок репродуктивного віку. Чинники запального процесу нирок й фактори, що сприяють його розвитку. *Матеріали з їзду Асоціації урологів України, м. Одеса, 16-18 вересня 2010 р.: Урологія. 2010. Т. 14, Додаток. С. 97-102.*

2. Кисина В.И., Забирова К.И. Урогенитальные инфекции у женщин: Клиника, диагностика, лечение / Под. ред. В.И. Ксиной, К.И. Забирова. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. 280 с.

3. Пасечников С.П., Митченко Н.В., Самчук П.А. Влияние менструального цикла и инфекционно-воспалительных процессов гениталий на частоту возникновения острого неосложненного пиелонефрита у женщин репродуктивного возраста. *Урология. 2015. Т. 19. № 2. С. 108.*

4. Пасечніков С.П., Сайдакова Н.О., Гродзінський В.І., Самчук П.О. Фактори ризику розвитку несприятливого перебігу гострого необструктивного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку. *Урологія. 2016. Т. 20, №1. С. 17-22.*

5. Пасечніков С.П., Сайдакова Н.О., Гродзінський В.І., Самчук П.О. Менструальний цикл, як фактор оцінки важкості перебігу гострого необструктивного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку. *Урологія. 2016. Т. 20, №2(77). С. 94-95.*