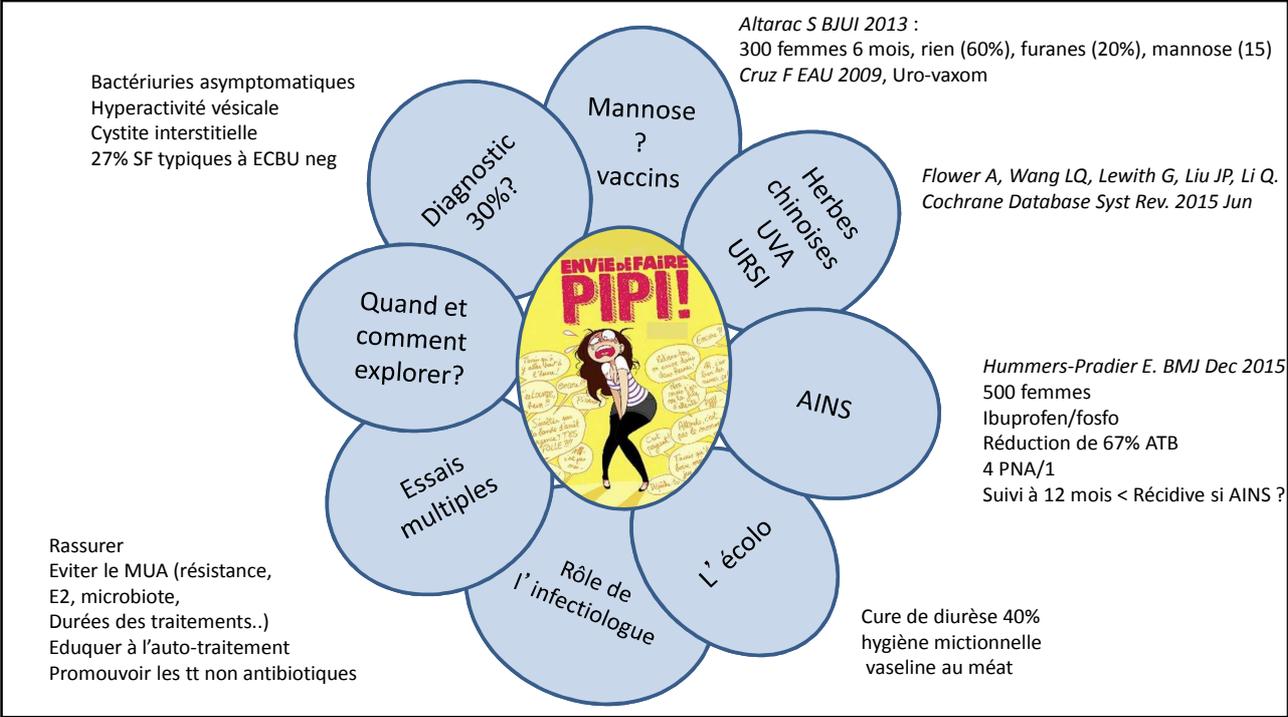
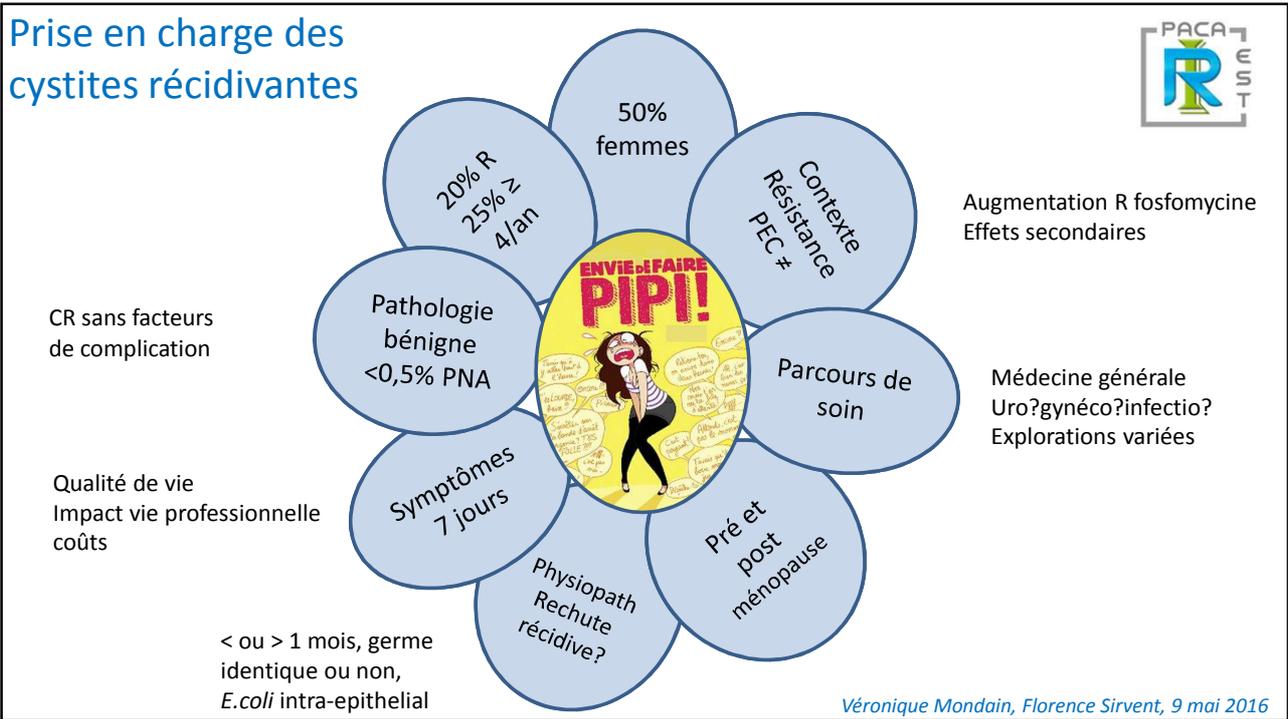
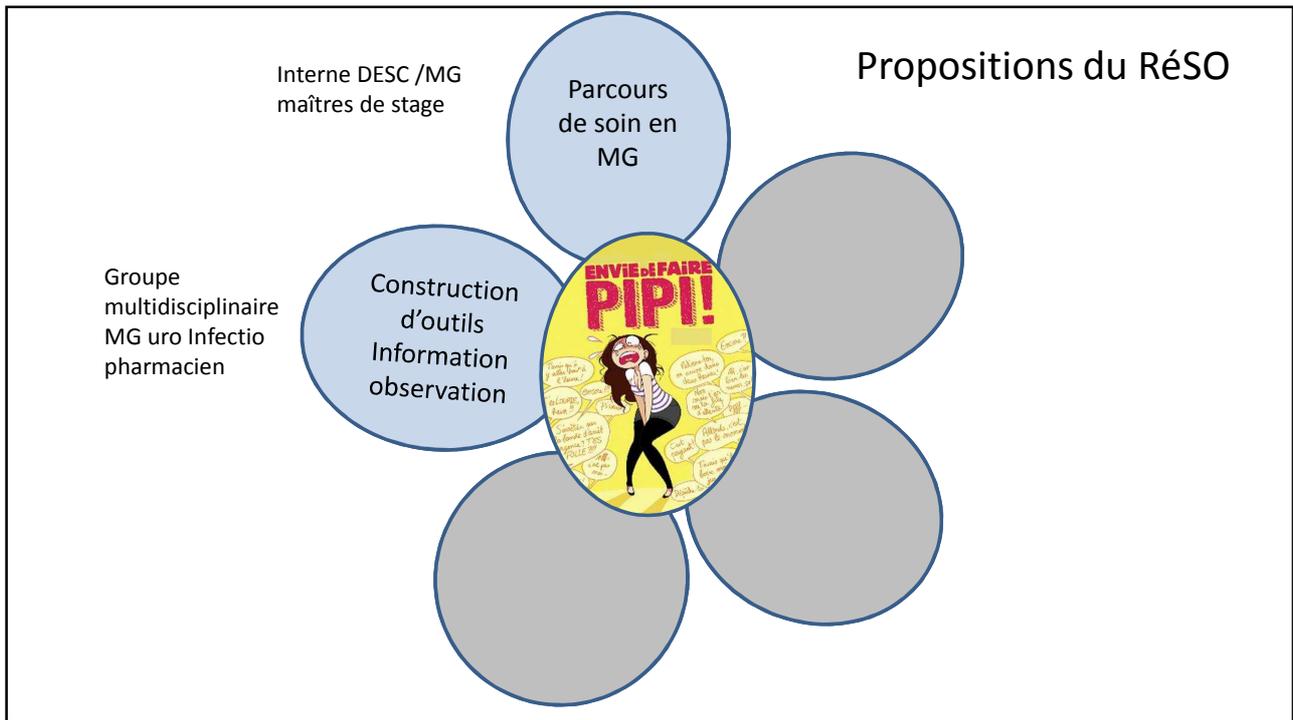


# Prise en charge des cystites récidivantes





### Cystites récidivantes : Informations

**Un peu d'anatomie...**

Les bactéries viennent du périnée (tube digestif, flore vaginale) et remontent le long de l'urètre (germes volontiers différents). Certains pourraient être adhérents à la paroi vésicale (E.coli).

**Quelques recommandations d'hygiène de vie**

- Boire : 1,5l/j
- Uriner idéalement toutes les 2/3h sauf la nuit. Ne pas se retenir, ni uriner en suspension
- Toilette au savon 1 fois/j, savon neutre, pas de toilette intra-vaginale
- Si sécheresse vaginale : colpostrobinol crème 1/j
- uriner après un rapport sexuel
- Transit à régulariser, essuyage d'avant en arrière
- Alimentation équilibrée limitant les sucres, les aliments responsables de colopathie.
- Vaseline au méat après chaque miction ou avant activité favorisant

**Traitement non antibiotiques**

- Phytostérol :
  - o Canneberge : si B.Couli, et si PH > 6, à 6 mois, 36mg) de **pasantocaprolol**
  - o Bussacole (Cl femme enceinte et allaitante, exclure acide) ou UVA LUREI (sucre)
- Mannose : antagoniste de l'adhésion des pils, si B.Couli 2g/j (Urbact forte, Intemel)
- Aromathérapie (Cl femme enceinte ou allaitante)
  - o Huiles essentielles de thym, carade, tea tree, cardade
- Vaccins (subvaccins) : 1cp) à 6 mois, usuels : 1suabo vaginal (semaine non disponible à ce jour sauf en suisse ou en Belgique)
- Techniques de relaxation et de gestion des pathologies chroniques ou douloureuses : Biothérapie, yoga, Reiki ; Hypnose

**Calendrier mictionnel**  
Application smartphone : *mictionary*

### Traitement

- > Cure de diurèse sur 3 jours en l'absence de CI (résolution dans 40%-50% des cas)
- > Traitement non antibiotique de la crise :
  - o antispasmodiques : **phloroglucinol** bucc, antalgiques,
  - o AINS : **ibuprofen** 400mg x 3/j à 3jges, efficace seul dans 67% des cas
- > Traitement antibiotique
  - o principe : **utiliser les antibiotiques qui modifient le moins le microbiote**
  - o **Eviter les quinolones et les céphalosporines (utiles pour le traitement des pyélonéphrites)**
    - CR simple
- > Auto traitement après réalisation d'une BU, basé sur une ECBU
- > **Fosfomycine-triméthoprim** 1 sachet OU 2h en dehors repas, ou **nitrofurantoin** 2cp matin et soir, 5 jours
- > Après 4 à 6 épisodes, refaire ECBU (recherche résistances)
  - CR avec facteur de complication
- > ECBU et essayer d'attendre le résultat de l'antibiogramme
- > Si impossibilité de différer le traitement : **nitrofurantoin** 2gélules trois fois par jour, 7 jours
  - CR post-coïtales
- > **Triméthoprim** 100mg 2h avant/après, max 1/j...
- > **Fosfomycine-triméthoprim** 3g DU à jeun
- > **Cotrimoxazole** 1cp à 400mg après le rapport
  - CR très fréquentes et invalidantes, non post-coïtales

Antibioprophylaxie par **Fosfomycine-triméthoprim** 1 sachet par semaine ou **Triméthoprim** 100mg 1/j pour 3 à 6 mois.

### Cystites récidivantes : recueil de données

**L'histoire**

début	Evolution	Complication (PNA)
Fréquence/an	Facteur déclenchant	Efficacité des ATB sur la crise

**Les symptômes**

brutal	Pollakiurie diurne	P nocturne	Brûlures mictionnelles
incontinence	urgences	hématurie	U malodorantes
dysurie	DL sus pubienne	Urines troubles	

**Les Facteurs favorisants, Les facteurs de complication, les ATCD**

hydratation	Mictions retenues/suspendues	Toilettes/essuyage
colopathie	diarrhée	constipation
Sécheresse vaginale/ Dyspareunie	Trouble statique pelvienne	Rapports sexuels type
ATCD familiaux	tabac	sport

Anomalie anatomique/lithase	Anomalie fonctionnelle	intoxique	insuffisance rénale	Traitements favorisants
Chirurgie urologique	Chirurgie gynécologique	allergies	violences	Grossesses. Nbe, VB, César

**Prise en charge**

ECBU	contrôle ECBU	ATB prophylaxie
ATB thérapie : molécules	Commentaires dose	Commentaire durée

**Les ECBU**

germes	leucocytes	hématurie	Autre, PH

**L'examen clinique**

Age	IMC	OGE	DL abdo	DL pelv.	autre
-----	-----	-----	---------	----------	-------

**Explorations** (RSP 2014 : pas d'exploration si femme non ménopausée, sans ATCD, examen clinique normal, pas de doute diagnostique.)  
Les explorations de la première ligne seront envisagées en cas de CR à risque de complication, les explorations de 2<sup>ème</sup> ligne au cas par cas)

Echo AP	RPM	Avis uro*	Ex. urolog/TU
(Uro)TDM/IRM pelvienne	BUD	Calendrier mictionnel	cystoscopie

**Traitements associés**

cannberge	probiotiques	diététique	autre
-----------	--------------	------------	-------

**Au total**

CR simples	CR avec FC	colonisation	Autre pathologie
Traitement non ATB ou Auto traitement ou prophylaxie	Explorations traitées au cas par cas ou Auto Traitement	Information	A adresser

\*Si Hématurie, lithase, dysurie, RPM : répondre des questions et retour du courrier

