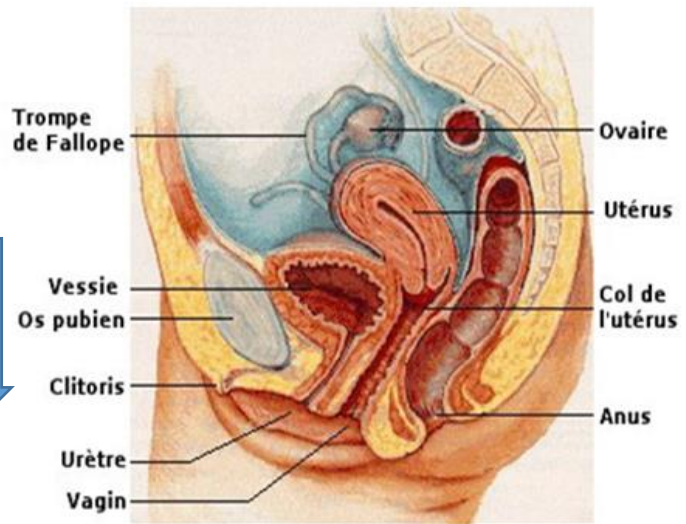
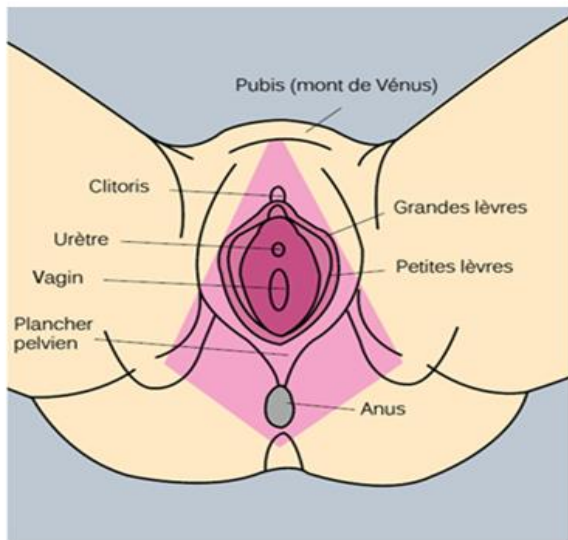


Cystites Récidivantes : Information



Les bactéries viennent du périnée (tube digestif, flore vaginale) et remontent le long de l'urètre (germes variés). *Escherichia.coli* peut s'internaliser dans la muqueuse vésicale (biofilm). En cas d'isolement permanent de la même bactérie, un facteur de complication peut être évoqué.

Recommandations d'hygiène de vie

Boire $\geq 1,5$ L d'eau, éviter les irritants vésicaux (tabac, café, thé, alcool...)

Uriner idéalement toutes les 3 heures (sauf la nuit), ne pas se retenir ni uriner en suspension

Toilette au savon doux, Ph neutre 1 fois/j, pas de toilette intra-vaginale

Si sécheresse vaginale, crèmes/ovules/anneaux à l'oestriol, ou acide hyaluronique, lubrifiants à l'eau

Uriner après un rapport sexuel

Transit à régulariser, essuyage d'avant en arrière

Alimentation équilibrée, protection du microbiote, éviter sucres, AUT, aliments pro-inflammatoires

Vaseline au méat urinaire avant activité favorisante ou si facteur digestif

Traitements non antibiotiques

Phytothérapie :

- o Canneberge : plutôt si *E.coli*, 3 à 6 mois, ≥ 36 mg/j de proanthocyanidine, cures, (synergie propolis)
- o *Busserole* (*Cl femme enceinte et allaitante, exclure acidité*), *bruyère*, *hibiscus*..(infusions, gélules)

D-Mannose : antagoniste de l'adhésion des adhésines des pilis, plutôt si *E.coli* 2g/j

Probiotiques : Sans hormone : PO ou **voie locale** (*L crispatus* ou *rhamnosus*)

Avec hormones : E3 et progestérone

Aromathérapie (*Cl femme enceinte ou allaitante*): Huiles essentielles de *thym*, *cannelle*, *tea tree*, *sarriette*, *origan*

Vaccins

Techniques Psycho-corporelles du terrain anxieux et/ou de la douleur : yoga, sophrologie, hypnose, acupuncture....



Pili 1 mannose S 80%

Pili F proantho S 20%

NB les propositions en italique ne sont pas encore validées par des études scientifiques type EBM

Calendrier mictionnel Application smartphone : mictionary

Traitement

- Cure de diurèse 3l/j sur 3 jours en l'absence de contre-indication (résolution dans 40% des cas)
- Traitement non antibiotique de la crise :
 - Antispasmodiques (phloroglucinol **lyoc**), antalgiques
 - Anti-Inflammatoires non stéroïdiens : ibuprofen 400mg x 3/j 3 jours,
en l'absence de contre-indication médicale et de facteur de complication
- Traitement antibiotique :
 - **Principe : utiliser les antibiotiques qui modifient le moins le microbiote** : fosfomycine, mecillinam, nitrofurantoïne, amoxicilline (en fonction de l'antibiogramme)
 - **Eviter les quinolones** (ofloxacin, ciprofloxacine...) **et les céphalosporines** (cefixime) **qui favorisent l'émergence des résistances bactériennes**
 - **Cystites Récidivantes (CR) simples**
- Auto-traitement après réalisation d'une Bandelette Urinaire, et basé sur une ECBU <1 an
- Fosfomycine 1 sachet en dehors repas, ou mecillinam 2cp matin et soir, 5 jours
- Après 4 à 6 épisodes, refaire ECBU (recherche résistance)
 - **CR avec facteur de complication**
- ECBU et essayer d'attendre le résultat de l'antibiogramme, choisir l'ATB au spectre le plus étroit
- Si impossibilité de différer le traitement : fosfomycine 1 sachet J1 J3 J5 ou nitrofurantoïne 2 gélules trois fois par jour, 7 jours
 - **CR post-coïtales : prophylaxie**
- Fosfomycine 1 sachet DU à jeun 2h avant/après le rapport, 1/semaine
- Triméthoprime 150mg (delprim^o) 2h avant/après.. max 1/J (hors AMM : faire demande d'entente préalable auprès de la CPAM sur formulaire dédié pour remboursement ; si pas de réponse en 15j vaut accord) pour 3 à 6 mois puis réévaluer
 - **CR très fréquentes et invalidantes, "chroniques" : prophylaxie**
- Fosfomycine 1 sachet par semaine, le soir au coucher à jeun
- Triméthoprime 150mg 1/J (hors AMM : faire demande d'entente préalable auprès de la CPAM sur formulaire dédié pour remboursement ; si pas de réponse en 15j vaut accord)
- Prophylaxie cyclique, notamment sur vessie neurologique : alternance hebdomadaire ATB A ou B choisis selon les résultats du patient,
pour 3 à 6 mois puis réévaluer