



Cystites communautaires

La cystite aiguë de la femme est une inflammation d'origine infectieuse de la vessie et de l'urètre.

Épidémiologie, statistiques :

- 3 millions de consultations par an en France.
- 10 à 20% des femmes françaises sont atteintes, chaque année, d'une cystite.
- 40 à 50% des femmes françaises contracteront une cystite au cours de leur vie.
- 10% des femmes françaises atteintes de cystites peuvent souffrir de cystites à répétition.

Physiopathologie :

- **Escherichia coli** (70 à 95% des cas)
- Klebsiella sp (15 à 25% des cas)
- Staphylococcus saprophyticus (1 à 4% des cas)
- Corynébactérium urealyticum (rare)
- Pseudomonas aeruginosa (rare)

Conseils au comptoir (liste non exhaustive) :

- Automédication et conseil :

- o Si douleurs et/ou fièvre : Spasfon®, paracétamol
- o Consulter un médecin

- Aromathérapie :

- o **HE Tea Tree**, diluée à 5% dans HV Amande douce, massage sur le bas-ventre, 5 à 6 fois par jour.
- o **HE Cajeput** : par voie interne, déconseillée chez la femme enceinte et personnes sujettes à l'asthme

- Phytothérapie :

- o Jus/complément de **canneberge (cranberry)**

- Homéopathie :

- o **Cantharis 9CH**, 3 granules toutes les demi-heures, si brûlures mictionnelles.

- Conseils hygiéno-diététiques :

- o **Apports hydriques réguliers et suffisants** (diurèse >2L par jour possède un effet antalgique)
- o **Les mictions ne doivent pas être retenues**

Cystites communautaires :

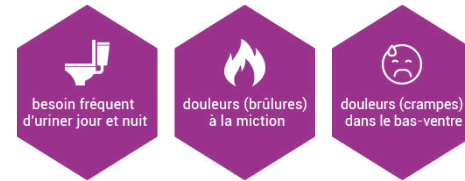
Cyctite aiguë simple :

Tableau clinique brutal (signes seuls ou associés)

- Dysurie
- Pollakiurie
- Brûlures et douleurs mictionnelles
- Hématurie dans 30% des cas
- Urine trouble et nauséabonde

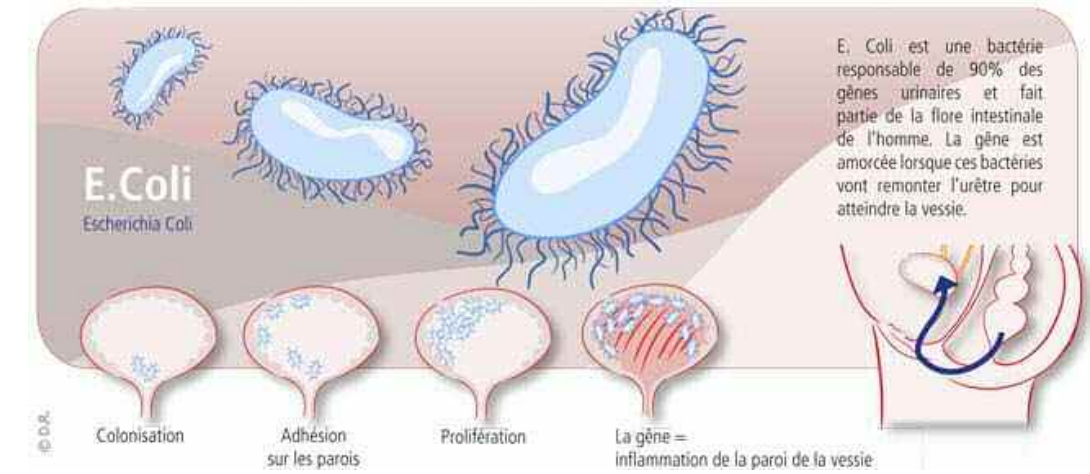
Diagnostic :

- **Bandelette urinaire (BU)** (leucocytes → pyurie ; nitrites → bactériurie)
- ECBU (**Examen cyto bactériologique des urines**) (non nécessaire sauf si bandelette douteuse, négative, persistance des symptômes après traitement...)



Traitements (cités dans les références)

	Antibiotique	Posologie recommandée	Administration	Femme enceinte
1^{ère} intention	Fosfomycine-trométamol (MONURIL®)	Voie orale 1 sachet de 3g en dose unique	À distance des repas. Conseil : le soir au coucher	Traitement monodose non adapté, mais envisageable
2^{ème} intention	Pivmécillinam (SELEXID®)	Voie orale 400mg 2x/j pendant 5j	Aux repas, avec un grand verre d'eau. Ne pas se coucher dans les 30min suivant la prise.	Envisageable
3^{ème} intention	Ciprofloxacine (CIFLOX®)	Voie orale En dose unique ou 250 mg 2x/j pendant 3j	Interaction avec les produits laitiers et les produits minéralisés.	À éviter
	Ofloxacine (MONOFLOCET®)	Voie orale 2x 200mg en une prise	Administrer le matin de préférence	Contre-Indiqué
	Nitrofurantoïne (FURANDATINE®)	150 à 300 mg /j en 3 prises pendant 5 à 7 j	De préférence au cours des repas.	À éviter



Cyctite aiguë à risque de complication :

Facteurs de risque de complication (au moins 1 présent) :

- Anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte récent, etc.)
- Situation particulière (immunodépression, insuffisance rénale, etc.)
- Terrain particulier : sujet âgé avec comorbidité, grossesse (voir cas particulier de la femme enceinte), actes chirurgicaux et/ou exploratoires récentes.

Prise en charge thérapeutique (par ordre de préférence) :

- Si le traitement **peut être différé** (attente antibiogramme) : amoxicilline, pivmécillinam, nitrofurantoïne, triméthoprime, amoxicilline-acide clavulanique ou céfixime ou fluoroquinolone (ciprofloxacine ou ofloxacine) ou triméthoprime-sulfaméthoxazole.
- **Probabiliste** : nitrofurantoïne, céfixime et fluoroquinolones.

Diagnostic :

ECBU systématique si **BU** positive.

Cyctite aiguë récidivante :

- ⇒ **≥4 épisodes sur 12 mois**, sans facteurs de risque de complication.
- ⇒ Tableau clinique, diagnostic et prise en charge thérapeutique **similaires à la cystite aiguë simple**.
- ⇒ Le diagnostic de la cystite à l'aide d'une **BU** par la patiente elle-même après réapparition des symptômes est possible et recommandé.
- ⇒ **Attention : un bilan** est nécessaire en cas de **multirécidives**.

Traitements prophylactiques non antibiotiques :

- **Apports hydriques réguliers et suffisants**
- **Mictions non retenues**
- Régularisation du **transit intestinal**
- **Arrêt des spermicides** s'il y a lieu.
- Des **œstrogènes** à appliquer localement peuvent être proposés, après avis gynécologique, à une **femme ménopausée**.
- La **canneberge** peut être proposée en prévention des cystites récidivantes à *E. coli* à la dose de **36 mg/jour** de **proanthocyanidine**.

Antibioprophylaxie avec échec des autres mesures (≥1 épisode par mois) :

- Traitement pour **6 mois**, réévaluation **2x/an**.
- La **nitrofurantoïne** est **CI**, **fluoroquinolones** et **béta-lactamines** à éviter.
- **Remarque** : cystite post-coïtale → prise du traitement **dans les 2 heures** précédant ou suivant le rapport sexuel.



	Antibiotique	Posologie recommandée	Administration	Femme enceinte
1^{ère} intention	Triméthoprime-sulfaméthoxazole 80/400mg (BACTRIM®)	Voie orale 1 prise/j (Hors AMM)	Au cours du repas de préférence	Aux 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestres, l'utilisation peut être envisagée si besoin.
2^{ème} intention	Fosfomycine-trométamol (MONURIL®)	Voie orale 3g tous les 7j (Hors AMM)	À distance des repas	Traitement monodose non adaptée, mais envisageable