

VIII. INFECTIONS URINAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE

1. Colonisation urinaire gravidique (= bactériurie asymptomatique)

Une colonisation urinaire est définie par la présence, sur 2 cultures consécutives (réalisées à 1 ou 2 semaines d'intervalle), de la même bactérie à un seuil $\geq 10^5$ UFC/ml (II-B). Pour des raisons de faisabilité, un seul prélèvement est accepté.

Afin de bien distinguer chez ces patientes asymptomatiques les colonisations vraies des contaminations dues à un prélèvement de mauvaise qualité, le seuil retenu est volontairement plus élevé que celui définissant l'IU chez les patientes symptomatiques (seuil qui varie entre 10^3 et 10^4 UFC/ml selon la bactérie en cause).

1.1. Dépistage

1.1.1. Population générale

Le dépistage d'une colonisation urinaire par bandelette urinaire (BU) est recommandé chez toutes les femmes enceintes aux consultations des 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} mois. Si celle-ci est positive (leucocytes ou nitrites positifs) un ECBU doit être réalisé (II-B).

1.1.2. Femmes enceintes à risque d'infection urinaire

En cas d'antécédents d'IU, de diabète ou d'uropathie sous-jacente, un ECBU est recommandé à la première consultation de début de grossesse, ainsi qu'aux consultations des 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} mois (II-B).

1.2. Traitement antibiotique

Le traitement antibiotique des colonisations gravidiques est recommandé, y compris pour le streptocoque B, car il évite l'évolution vers une PNA, (I-A).

La présence d'un streptocoque B sur un ECBU lors de la grossesse (quel que soit le titre d'UFC/ml) est associée à une colonisation vaginale, et requiert, outre le traitement en cours de grossesse, un traitement en per-partum.

Le traitement doit être débuté dès que possible après la réception des résultats de l'ECBU en raison du risque potentiel d'évolution vers une PNA gravidique. Il est d'emblée adapté à l'antibiogramme (Accord professionnel).

Il privilégie les molécules ayant le spectre le plus étroit, le moindre impact sur le microbiote et la meilleure tolérance materno-fœtale (Accord professionnel).

1ère intention : amoxicilline (II-B)

2ème intention: pivmécillinam (II-B)

3ème intention: fosfomycine-trométamol (II-B)

4^{ème} intention : triméthoprime (à éviter les deux premiers mois de la grossesse) (IV-C)

5^{ème} intention (hiérarchie selon l'impact écologique, l'efficacité étant comparable) :

- Nitrofurantoïne (traitements itératifs contre-indiqués) (II-B)
- SMX-TMP (à éviter les deux premiers mois de la grossesse) (IV-C)
- Amoxicilline-acide clavulanique (II-B)
- Céfixime (II-B) ou ciprofloxacine (IV-C)

La durée de traitement est de 7 jours, à l'exception de la fosfomycine-trométamol en prise unique (II-B).

1.3. Suivi après traitement

Un ECBU 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement est recommandé, suivi d'un ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement (Accord professionnel).

Ce qui est nouveau dans le traitement de la colonisation gravidique :

- hiérarchie des choix antibiotiques privilégiant les molécules ayant le spectre le plus étroit, le moindre impact sur le microbiote intestinal et la meilleure tolérance materno-fœtale (amoxicilline, pivmécillinam et fosfomycine-trométamol)
- place de la fosfomycine-trométamol dans cette indication

2. Cystite gravidique

2.1. Diagnostic

Le seuil de leucocyturie considéré comme significatif est $\geq 10^4$ /mL

Le seuil de bactériurie considéré comme significatif est

- pour *E. coli* et *Staphylococcus saprophyticus* $\geq 10^3$ UFC/ml
- pour les autres entérobactéries, les entérocoques, *Corynebacterium urealyticum*, *P. aeruginosa* et *S. aureus* $\geq 10^4$ UFC/ml

2.2. Traitement antibiotique

Un traitement antibiotique probabiliste doit être débuté sans attendre les résultats de l'antibiogramme (IV-B). Les choix sont hiérarchisés en fonction de critères de tolérance incluant l'impact sur le microbiote intestinal.

L'amoxicilline, l'amoxicilline + acide clavulanique, le TMP et le SMX-TMP ne sont pas recommandés en traitement probabiliste en raison des niveaux de résistance acquise de *E. coli* vis-à-vis de ces molécules.

Traitement probabiliste

1ère intention: fosfomycine-trométamol (II-B)

2ème intention: pivmécillinam (II-B)

3ème intention: nitrofurantoïne (IV-C)

4^{ème} intention: céfixime (II-B) ou ciprofloxacine (IV-C)

Ce qui est nouveau dans le traitement probabiliste de la cystite gravidique :

- la place de la fosfomycine-trométamol et du pivmécillinam respectivement en première et deuxième intention
- l'utilisation possible de la ciprofloxacine en quatrième intention

Traitement de relais après antibiogramme

L'antibiothérapie doit être adaptée à 48h, en fonction des résultats de l'antibiogramme.

1ère intention: amoxicilline

2ème intention: fosfomycine-trométamol ou pivmécillinam

3ème intention: triméthoprime (à éviter les deux premiers mois de la grossesse)

4^{ème} intention (hiérarchie selon impact écologique)

- Nitrofurantoïne (traitements itératifs contre-indiqués)
- SMX-TMP (à éviter les deux premiers mois de la grossesse)
- Amoxicilline-acide clavulanique
- Céfixime ou ciprofloxacine

2.3. Suivi après traitement

Un traitement de 7 jours est recommandé, sauf pour la fosfomycine-trométamol (monodose) (II-B).
Un ECBU 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement est recommandé, suivi d'un ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement (*Accord professionnel*).

3. Pyélonéphrite aiguë gravidique

3.1. Examens complémentaires

Un ECBU doit être effectué en urgence.

Le principal intérêt des hémocultures est d'éliminer une bactériémie d'autre origine devant un tableau atypique (fièvre nue avec BU positive par exemple).

En cas de PNA grave, les hémocultures sont indiquées, comme dans toute infection bactérienne grave.

Un bilan sanguin comportant NFS, créatininémie et CRP est recommandé.

Une échographie des voies urinaires est recommandée. Elle doit être réalisée dans les 24 heures en cas de signe de gravité ou de PNA hyperalgique. En cas de doute sur un obstacle, un avis urologique est recommandé pour poser l'indication de drainage chirurgical ou interventionnel en urgence.

Un avis obstétrical doit être systématique, quel que soit le terme de la grossesse.

3.2. Traitement hospitalier ou ambulatoire ?

L'hospitalisation initiale est le plus souvent recommandée (*Accord professionnel*).

Un traitement ambulatoire pourrait être envisageable après une évaluation en milieu hospitalier si toutes les conditions suivantes sont réunies (*Accord professionnel*) :

- bonne tolérance clinique
- PNA non-hyper-algique
- absence de vomissement
- examen obstétrical normal
- contexte se prêtant à une surveillance à domicile par des proches
- absence d'immunodépression, de contexte d'IU récidivante, de malformation urologique connue

En cas d'hospitalisation initiale, le retour à domicile est le plus souvent possible après 48-72 heures de surveillance dans les PNA sans signe de gravité, sous réserve de disposer du résultat de l'ECBU, et d'une évolution favorable (*Accord professionnel*).

3.3. Traitement antibiotique

3.3.1. Antibiothérapie probabiliste

Le traitement doit être débuté en urgence sans attendre les résultats de l'antibiogramme (IV-B).

Le choix de l'antibiothérapie probabiliste dépend de la présence ou non de signes de gravité, et dans le cas des PNA graves, de la présence de facteurs de risque d'EBLSE.

En l'absence de signe de gravité

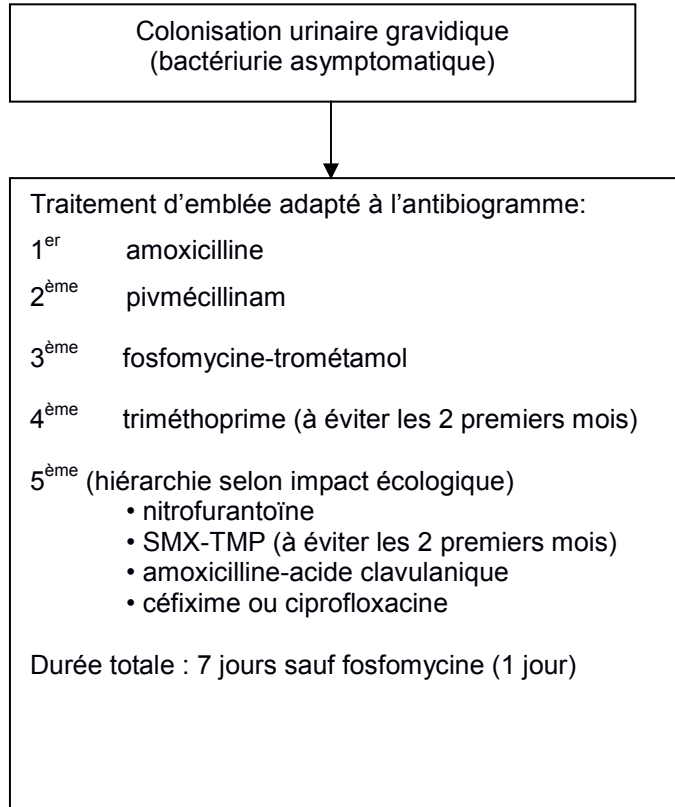
1ère intention

Céphalosporine de 3ème génération (C3G) par voie injectable (céfotaxime, ceftriaxone)(IV-C).

Si allergie aux C3G

4. Algorithmes

Algorithme 1: Colonisation urinaire gravidique



Algorithme 2: Cystite gravidique

