

ITEM 27 : INFECTION URINAIRE AU COURS DE LA GROSSESSE

- Infection **la plus fréquente** au cours de la grossesse = **10%** des femmes enceintes, possiblement grave
- Dépistage d'une colonisation systématique à chaque consultation prénatale ou en cas de signes fonctionnels urinaires
- **Germes** : BGN (*E.coli* 75%, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Serratia* ou *Enterobacter*) ; CGP (*SGB*, *entérocoque*, *staphylocoque doré*)
- NB : **résistance naturelle** à *E. Coli* de l'amoxicilline et du Bactrim chez la jeune femme de 25 à 45% et dans environ 5% des cas, **résistance aux C3G et FQ**

Facteurs favorisants	<ul style="list-style-type: none">- Facteur mécanique = compression par l'utérus gravide :<ul style="list-style-type: none">. De la vessie : mauvaise vidange, résidu post-mictionnel. Des uretères (surtout droite par dextrorotation utérine) : stase urinaire ± reflux vésico-urétéral- Facteurs hormonaux :<ul style="list-style-type: none">. Progestérone : diminution du péristaltisme urétéral, hypotonie des voies urinaires. Œstrogènes : congestion/hyperhémie vésicale favorisant l'adhérence des germes- Physiologie de la grossesse : glycosurie physiologique par diminution du seuil rénal de résorption du glucose, alcalinisation des urines, pullulation microbienne vulvo-périnéale et brièveté de l'urètre féminin- FdR : diabète (gestationnel ou préexistant à la grossesse), infection cervico-vaginale, malformation urinaire, niveau socio-économique bas, troubles mictionnels, antécédents de cystites aiguës récidivantes <p>NB : ECBU mensuel systématique en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none">. Diabète « sucré » (DT1, DT2, DG),. Cystite récidivante. Uropathie sous-jacente organique ou fonctionnelle. Infection urinaire ou colonisation urinaire	
	Diagnostic	<p>= Patiente asymptomatique avec bactériurie $\geq 10^5$ UFC/mL : fréquente (2 à 10 % des grossesses), la leucocyturie n'intervient pas dans la définition</p> <ul style="list-style-type: none">- Dépistage par BU mensuelle systématique ± ECBU si positive- Si haut risque d'infection urinaire (uropathie, cystite récidivante, diabète) : ECBU mensuel
<p>Bactériurie asymptomatique</p> <p>TTT</p> <ul style="list-style-type: none">- Antibiothérapie orale adaptée en général 7 jours +++ :<ul style="list-style-type: none">. 1^{ère} intention : amoxicilline 1 g 3 fois par jour pendant 7 jours (à retenir +++). 2^e intention : pivmécillinam 400 mg matin et soir pendant 7 jours. 3^e intention : fosfomycine 3 g, 1 sachet en prise en unique. 4^e intention : triméthoprim seul PO (Attention CI au 1^{er} trimestre !), posologie optimale non établie.... 5^e intention : plusieurs options :<ul style="list-style-type: none">- Cotrimoxazole 800 mg/160 mg (Attention CI au 1^{er} trimestre !) matin et soir pdt 7 jrs- OU nitrofurantoïne 100 mg matin, midi et soir pendant 7 jours- OU Augmentin 1 g matin, midi et soir pendant 7 jours- OU céfixime 200 mg matin et soir pendant 7 jours- RHD : boissons abondantes (non sucrées, intérêt des jus à base de canneberge discutés sans efficacité réellement démontrée), mictions fréquentes, hygiène périnéale simple au savon doux (type Saforelle), rappel essuyage « d'avant en arrière », si très récidivantes enquête sur les pratiques sexuelles (pas en 1^{ère} intention !)- Surveillance par ECBU 8 à 10 jours après la fin du traitement puis ECBU mensuel- Si SGB : ATB du per-partum systématique et obligatoire même si PV négatif		
	<p>Cystite aiguë gravidique</p> <ul style="list-style-type: none">- Clinique : SFU, hématurie ± contractions utérines- Forme atténuée (fréquente) : fuite urinaire, brûlure mictionnelle, pyurie ou pollakiurie fugace- Absence de signes de pyélonéphrite : pas de fièvre ni de frisson, absence de douleur lombaire spontanée ou à la palpation ou anomalie biologique (NFS, CRP, bilan vasculo-rénal)- Diagnostic biologique = ECBU (avec antibiogramme +++):- Seuil de leucocyturie $\geq 10^4$/mL- Seuil de bactériurie :<ul style="list-style-type: none">- $\geq 10^3$ UFC/mL pour <i>E. coli</i> et <i>Staphylococcus saprophyticus</i>- $\geq 10^4$ pour autres bactéries	
	<p>TTT</p> <ul style="list-style-type: none">- Antibiothérapie probabiliste initiale :<ul style="list-style-type: none">. 1^{ère} intention : fosfomycine-trométamol 3 g dose unique. 2^{nde} intention : pivmécillinam 400 mg matin et soir jusqu'à obtention antibiogramme. Rarement en 3^e intention :<ul style="list-style-type: none">- Nitrofurantoïne 10 mg matin, midi et soir jusqu'à obtention de l'antibiogramme- OU céfixime 200 mg matin et soir jusqu'à l'obtention de l'antibiogramme- OU ciprofloxacine 500 mg matin et soir jusqu'à l'obtention de l'antibiogramme- Adaptation systématique à l'antibiogramme (identique colonisation urinaire cf. supra)- Surveillance par ECBU 8 à 10 jours après la fin du traitement puis ECBU mensuel	

	Pyélonéphrite aiguë gravidique	= Atteinte infectieuse du parenchyme rénal, complique 0,5 à 1% des grossesses - Clinique : . Symptomatologie la plus souvent bruyante : fièvre, frissons, SFU, douleur lombaire (le plus souvent à droite, dextrorotation utérine physiologique) . Parfois début progressif sur plusieurs jours avec des signes moins intenses dont fièvre isolée et intermittente, hématurie fébrile, aspects pseudo-appendiculaires ou pseudo-colitiques nécessitant la recherche de signes de gravité (PNA, sepsis, choc septique...) - Bilan sanguin maternel : NFS, plaquette, CRP, Ionogramme sanguin, fonction rénale, glycémie - Echographie rénale et des voies urinaires systématique : recherche de complications (dilatation massive des cavités pyélocalicielles témoignant d'un obstacle), abcès rénal,... - Examens bactériologiques : ECBU + hémocultures systématiques (3 paires + recherche de <i>Listéria</i> si BU faiblement positive (« toute fièvre chez la femme enceinte est une Listériose JPDC »)) ; NB : noter sur le bon la recherche de <i>Listéria</i> , germe très fragile en culture - Un TDM peut être envisagé de manière exceptionnelle en cas de complications	
		TTT	- Hospitalisation systématique en service de grossesse pathologique +++ - Antibiothérapie probabiliste IV : - PNA non grave: . 1 ^{ère} intention : C3G IV : céfotaxime (1 à 2g/8h) ou ceftriaxone (1g/24h) . Si allergie aux C3G : aztréonam (1 g/12h) + ciprofloxacine 500 mg matin et soir - PNA grave: . 1 ^{ère} intention : céfotaxime (1 à 2 g/8h) ou ceftriaxone (1 g/24h) + amikacine 15 mg/kg/24h . Si allergie aux C3G : aztréonam (2g/8h) + amikacine 15 mg/kg/24h . Si risque EBLSE : imipénème 500 mg/h + amikacine 15 mg/kg/24h - Antipyrétique systématique : paracétamol /6h - Hydratation maternelle, minimum 2 L/24h en l'absence d'obstacle - ECBU de contrôle à 8-10 jours puis surveillance par ECBU mensuel - Tocolyse pendant 48h + corticothérapie anténatale si risque d'accouchement prématuré - Surveillance obstétricale : RCF ++ (surtout si terme > 26 SA), échographie LF du col utérin, élimination d'une RPM,... - Prévention des risques thromboemboliques : Bas de contention classe 2, RHD - Retour rapide en ambulatoire (à 48h) si apyrexie, voie orale possible, sans comorbidité et sans signe de gravité, poursuite des ATB pendant 14 jours maximum en ciblant le germe avec une antibiothérapie adaptée à spectre le plus étroit possible : . 1 ^{ère} intention : amoxicilline . 2 ^e intention (équivalents si efficaces) : Augmentin ou céfixime ou ciprofloxacine ou sulfaméthoxazole-triméthoprim (à éviter les 2 premiers mois)
Evolution	Complications maternelles	- Bactériurie asymptomatique et cystite aiguë : risque d'évolution vers une pyélonéphrite ou de déclenchement d'une MAP , d'un accouchement prématuré ou d'un avortement tardif , d'un MFIU si non traité, risque de récidive (fréquente malgré traitement) - PNA : récidive, abcès rénal, bactériémie, choc septique, néphrite interstitielle chronique	
	Complications fœtales	- Prématurité spontanée, MAP, MFIU,... - Hypotrophie fœtale (si infection chronique asymptomatique) - Infection néonatale : in utéro par voie hématogène ou lors de l'accouchement par contage direct - ATTENTION Mortalité périnatale : par infection et prématurité	