

# TRAITEMENT DES INFECTIONS URINAIRES DE LA FEMME ENCEINTE

## GÉNÉRALITÉS

Trois tableaux peuvent être individualisés pendant la grossesse : bactériurie asymptomatique, cystite aiguë, pyélonéphrite aiguë.

Les facteurs de risque d'infection urinaire gravidique sont divers : uropathie sous-jacente organique ou fonctionnelle, antécédents de cystite aiguë récidivante, troubles mictionnels (mictions insuffisantes, ...) diabète, infection vaginale.

### Précautions :

- Éviter le sulfaméthoxazole-triméthoprimine par prudence au 1er trimestre de la grossesse
- Éviter l'amoxicilline-acide clavulanique si risque d'accouchement imminent
- Les traitements de 3 jours et les traitements en dose unique ne sont pas recommandés

## BACTÉRIURIE ASYMPTOMATIQUE

### Définition :

Patiente asymptomatique + 2 ECBU avec la **même bactérie** (seuil de bactériurie > 10<sup>5</sup> UFC/ml, la leucocyturie n'intervenant pas dans la définition).

### Diagnostic :

BU dépistant les nitrites et les leucocytes obligatoirement suivi d'un ECBU en cas de positivité

- ↳ Dépistage mensuel recommandé à partir du 4ème mois
- ↳ Dépistage mensuel dès le début de la grossesse chez les femmes à haut risque d'infections urinaires gravidiques (uropathies sous-jacentes ...)

**Le traitement systématique des bactériuries asymptomatiques est recommandé chez toutes les femmes enceintes afin d'éviter le risque d'évolution vers une pyélonéphrite.**

### Protocole : en fonction des résultats de l'antibiogramme

Utilisation possible pendant toute la durée de la grossesse

1 <sup>ère</sup> intention	amoxicilline	1 g PO x 3/ jour	7 jours
2 <sup>ème</sup> intention	pivmecillinam	400 mg PO x 2/ jour	
3 <sup>ème</sup> intention	fosfomycine-trométamol	3 g PO dose unique	1 jour
4 <sup>ème</sup> intention	triméthoprimine ( <i>à partir 2<sup>ème</sup> trimestre</i> )	300 mg PO x 1/ jour	7 jours
5 <sup>ème</sup> intention (selon impact écologique)	nitrofurantoïne	100 mg PO x 3/ jour	
	ou céfixime ou amoxicilline + acide clavulanique	200 mg PO x 2/ jour 1 g PO x 3/jour	

Les traitements courts (<7 jours) ne sont pas recommandés à l'exception de la fosfomycine-trométamol (dose unique)

### Suivi :

- ECBU de surveillance 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement,
- ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement conseillé

## CYSTITE AIGUË GRAVIDIQUE

### Diagnostic :

Le diagnostic de cystite aiguë repose sur les symptômes et la réalisation d'un ECBU avec antibiogramme.

### Protocole : Monothérapie

#### • Traitement initial probabiliste sans attendre

1 <sup>ère</sup> intention	fosfomycine-trométamol	3 g PO <b>dose unique</b>
2 <sup>ème</sup> intention	pivmecillinam	400 mg PO x 2/ jour
3 <sup>ème</sup> intention	nitrofurantoïne	100 mg PO x 3/ jour
4 <sup>ème</sup> intention	céfixime	200 mg PO x 2/ jour
	ou ciprofloxacine	500 mg PO x 2/ jour ou 400 mg IV x 2/ jour

**NB :** L'amoxicilline, l'amoxicilline-acide clavulanique, le triméthoprimine et le sulfaméthoxazole-triméthoprimine ne sont plus recommandés en traitement probabiliste, en raison du niveau de résistance élevé de *E. coli* vis-à-vis de ces molécules.

- **Traitement relai** : réévaluation à 48h et adapté à l'antibiogramme initial (*hiérarchie identique à la bactériurie asymptomatique*)

En cas d'allergie ou de bactérie multi-résistante, demander un avis spécialisé

**Durée totale de traitement** : 7 jours sauf fosfomycine-trométamol (1 jour)

Les traitements courts (<7 jours) ne sont pas recommandés à l'exception de la fosfomycine-trométamol (dose unique)

**Suivi** :  
ECBU avec antibiogramme 8 à 10 jours **après arrêt du traitement** suivi au minimum d'un **ECBU mensuel** jusqu'à l'accouchement

## PYÉLONÉPHRITE AIGUË GRAVIDIQUE

- Pathologie grave, pronostic maternel et fœtal engagé → **hospitalisation initiale recommandée**
- Chez certaines patientes essentiellement au 1<sup>er</sup> ou en début du 2<sup>ème</sup> trimestre : traitement ambulatoire possible, le plus souvent après 48-72 heures de surveillance
- **Hospitalisation courte** avec poursuite du traitement à domicile si : bonne tolérance clinique, PNA non hyper algique, absence de vomissement, examen obstétrical normal, contexte se prêtant à une surveillance à domicile, absence de risque de complications

### Diagnostic :

- ECBU **EN URGENCE** avec antibiogramme
- Bilan sanguin (NFS, créatininémie, CRP) et hémocultures
- Echographie des voies urinaires et bilan du retentissement fœtal, en urgence

### Protocole :

Traitement initial probabiliste URGENT, sans attendre les résultats de l'antibiogramme : <b>monothérapie</b>		Si forme sévère (pyélonéphrite sur obstacle, sepsis grave, choc septique, ...) : <b>bithérapie</b>		Traitement relai par voie orale après réévaluation à 48 h et obtention de l'antibiogramme :
<b>C3G</b> : ceftriaxone Ou cefotaxime	1 à 2 g / j (IV) 1 à 2 g 3/ jour (IM ou IV)	<b>C3G</b> : ceftriaxone Ou cefotaxime	1 à 2 g / j (IV) 1 à 2 g 3/ jour (IM ou IV)	Amoxicilline / amoxicilline + acide clavulanique / céfixime / ciprofloxacine / sulfaméthoxazole-triméthoprim (à éviter par prudence au 1 <sup>er</sup> trimestre de la grossesse).
<i>En cas d'allergie ou d'intolérance</i> : aztréonam ou ciprofloxacine		+ amikacine	15 mg/kg/ j en 1 fois (IV ou IM)	
<b>Si antécédent de BLSE ou choc septique ET présence d'au moins un facteur de risque d'EBLSE</b> : imipénème + amikacine <i>(en cas d'allergie aux carbapénèmes : aztréonam + amikacine)</i> <b>Relai PO</b> : en fonction de l'antibiogramme, privilégier les alternatives aux carbapénèmes				

**Durée totale de traitement** : 10 jours

**Suivi** :  
ECBU de contrôle à 48 h de traitement, 8 à 10 jours après arrêt du traitement puis mensuel jusqu'à l'accouchement. Suivi clinique maternel et fœtal. Si évolution défavorable (obstacle), suivi urologique par drainage.

## SOURCES DOCUMENTAIRES

<sup>1</sup>Recommandations de la SPILF sur <http://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html> (Décembre 2015)