

INFECTION URINAIRE ET GROSSESSE

NOVEMBRE 2016

HAS 2016

SPILF 2015

Dr ASMA CHEBIL
Gynécologue – Obstétricien
Centre hospitalier de Mayotte

INTRODUCTION

- * L'infection urinaire (IU) peut avoir des conséquences néfastes pour la mère et pour le fœtus.
- * Chez la femme enceinte, toute IU est par définition à risque de complication
- * 3 tableaux peuvent se présenter

Epidémiologie

- * Bien connaître l'épidémiologie microbienne permet d'instaurer un traitement probabiliste adapté
- * E.Coli +++++
- * entérobactéries (Klebsiella sp, Proteus mirabilis, Enterobacter sp)
- * Staphylococcus saprophyticus

Facteurs de risques

- * Modifications anatomiques
- * Modifications hormonales
- * Modifications des propriétés physico chimiques des urines
- * Une immunodépression physiologique

Complications

* SEPCIS

* MAP

* PREMATURITE

Tableaux cliniques

- * Bactériurie asymptomatique
- * Cystite
- * Pyélonéphrite aiguë

Bactériurie asymptomatique

(HAS 2016)

- * Prévalence de 2 à 10% chez la femme enceinte
- * **Définition:** présence sur deux ECBU distincts de la même bactérie à une concentration de 10^5 CFU/ ml
- * La leucocyturie n'intervient pas dans la définition

Bactériurie asymptomatique

* Dépistage HAS 2016:

- chez les femmes sans risque particulier d'infection urinaire :
 - BU mensuelle à partir du 4e mois de grossesse.
 - Si BU positive (leucocytes ou nitrites positifs), un ECBU doit être réalisé
- chez les femmes à risque d'infection urinaire
 - (uropathie sous-jacente organique ou fonctionnelle, diabète, antécédents de cystite aiguë récidivante)
 - un ECBU est réalisé (bactériurie $\geq 10^5$ UFC/ml quel que soit le germe)
 - à la première consultation de suivi de grossesse, puis tous les mois à partir du 4e mois

Bactériurie asymptomatique

TRAITEMENT:

- * 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
- * Doit être adapté aux résultats de l'antibiogramme, pas de traitement probabiliste

> Les traitements recommandés sont :

1 ^{re} intention	amoxicilline, 1g x 3/j, pendant 7 jours
2 ^e intention	pivmécillinam, 400 mg x 2/j, pendant 7 jours
3 ^e intention	fosfomycine trométamol, 3 g en prise unique
4 ^e intention	triméthoprim, 300 mg/j pendant 7 jours, à éviter pendant les 2 premiers mois de la grossesse
5 ^e intention	- nitrofurantoïne, 100 mg x 3/j, pendant 7 jours, traitements itératifs contre-indiqués (contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale avec clairance de la créatinine < 40 ml/min, si prise > 10 jours risque d'effets secondaires rares mais graves, notamment pulmonaires et hépatiques) - cotrimoxazole, 1 cp x 2/j, pendant 7 jours - amoxicilline + acide clavulanique, 1 g x 3/j, pendant 7 jours - céfixime, 200 x 2/j ou ciprofloxacine, 500 mg x 2/j, pendant 7 jours

> ECBU de contrôle 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement, puis ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement.

Bactériurie asymptomatique

Cas particulier du strepto B:

- * Les colonisations urinaires à SGB $\geq 10^5$ UFC/mL doivent être traitées VU que la présence de cette colonisation est associée à des complications obstétricales, et est probablement à l'origine de PNA.
- * ces patientes doivent bénéficier de la prévention per-partum de l'infection maternofoetale à streptocoque B puisque c'est systématiquement associé à un portage vaginal

Cystite aiguë gravidique

(HAS 2016)

- * Incidence: 1 à 2% (comme chez femme non enceinte)
- * Irritation vésicale: douleur pelvienne, dysurie, pollakiurie+/- hématurie
- * Absence de fièvre
- * **ECBU**: le diagnostic est posé si
 - leucocyturie $\geq 10^4$ /ml et bactériurie $\geq 10^3$ UFC/ml pour *E.coli* ou *Staphylococcus saprophyticus*
 - leucocyturie $\geq 10^4$ /ml et bactériurie $\geq 10^4$ UFC/ml pour les autres entérobactéries, entérocoques, *Corynebacterium urealyticum*, *Pseudomonas aeruginosa* et *S. aureus*.

Cystite aigue gravidique

- * Traitement urgent et probabiliste
- * Eviter amoxicilline, amox/ac. clavulanique et SMX-TMP (**trimethoprim/sulfamethoxazole**) en **tt probabiliste** du fait résistance élevée à E.Coli, et d'une mauvaise diffusion urinaire pour les pénicillines
- * La durée est fixée à 7 jours
- * L'antibiotique de relais sera adapté en fonction de l'antibiogramme

Cystite aigue gravidique

Traitement :

* Il faut commencer par un traitement probabiliste

➤ Traitement probabiliste, à débiter sans attendre le résultat de l'antibiogramme*.

1 ^{re} intention	fosfomycine trométamol, 3 g en prise unique
2 ^e intention	pivmécillinam, 400 mg x 2/j, pendant 7 jours
3 ^e intention	nitrofurantoïne, 100 mg x 3/j, pendant 7 jours, traitements itératifs contre-indiqués (contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale avec clairance de la créatinine < 40 ml/min, si prise > 10 jours risque d'effets secondaires rares mais graves, notamment pulmonaires et hépatiques)

Cystite aiguë gravidique

* Puis :

➤ Traitement de relais à 48 heures, après réception de l'antibiogramme.

<i>1^{re} intention</i>	amoxicilline 1g x 3/j, pendant 7 jours
<i>2^e intention</i>	fosfomycine trométamol, 3 g en prise unique, ou pivmécillinam, 400 mg x 2/j, pendant 7 jours
<i>3^e intention</i>	triméthoprim, 300 mg/j, pendant 7 jours, à éviter pendant les 2 premiers mois de la grossesse
<i>4^e intention</i>	<ul style="list-style-type: none">- nitrofurantoïne, 100 mg x 3/j, pendant 7 jours, traitements itératifs contre-indiqués (contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale avec clairance de la créatinine < 40 ml/min, si prise > 10 jours risque d'effets secondaires rares mais graves, notamment pulmonaires et hépatiques)- cotrimoxazole, 1 cp x 2/j, pendant 7 jours- amoxicilline + acide clavulanique, 1 g x 3/j, pendant 7 jours- céfixime, 200 x 2/j, ou ciprofloxacine, 500 mg x 2/j, pendant 7 jours

➤ ECBU de contrôle 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement, puis ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement.

Pyélonéphrite aiguë gravidique

- * 0,5 à 1 % des grossesses
- * 1 ère cause de fièvre (bactérienne) chez la femme enceinte
- * Urgence diagnostique et thérapeutique: peut mettre en jeu le pronostic materno-fœtal: accouchement prématuré et septicémie
- * Siège plus souvent à droite (dextrorotation)

Pyélonéphrite aiguë gravidique

* Clinique :

- Associe de façon inconstante des signes de cystite, fièvre, frissons, douleurs de la fosse lombaire, typiquement unilatérales, à irradiation descendante vers les organes génitaux, spontanées ou provoquées. Des signes digestifs peuvent être parfois au premier plan
- Existence de formes frustes avec simple fébricule et lombalgie uniquement provoquée, d'où l'importance de rechercher ces symptômes chez une femme consultant pour cystite.

Pyélonéphrite aiguë gravidique

- * Les signes de gravité :
 - sepsis grave
 - choc septique
 - indication de drainage chirurgical ou interventionnel (risque d'aggravation du sepsis en périopératoire)
- * ECBU en urgence (même critères diagnostiques que la cystite)
- * Il est recommandé d'effectuer un bilan sanguin comportant NFS, créat et CRP.
- * L'échographie des voies urinaires est recommandée. Elle doit être réalisée dans les 24 heures en cas de signe de gravité ou 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.

Pyélonéphrite aiguë gravidique

Traitement:

- * Le traitement de la PNA gravidique doit être débuté en urgence sans attendre les résultats de l'antibiogramme
- * Une évaluation hospitalière initiale est conseillée, après laquelle un traitement ambulatoire est envisageable chez certaines patientes sélectionnées:

(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 possible après 48-72 heures, sous réserve de disposer des résultats de l'ECBU, et d'une évolution favorable.
- * Dans tous les cas l'antibiothérapie doit être adaptée selon l'antibiogramme

Pyélonéphrite aiguë gravidique

* PNA SANS SIGNES DE GRAVITE

- 1ère intention Céphalosporine de 3ème génération (C3G) par voie injectable: céfotaxime 1 à 2g *3/j, ou ceftriaxone 1 à 2 g/j pendant 7 jours
- Si allergie: Aztréonam (en hospitalisation) ou ciprofloxacine (en l'absence de traitement par quinolones dans les 6 derniers mois) pendant 10 jours
-

Pyélonéphrite aiguë gravidique

* PNA AVEC SIGNES DE GRAVITÉ

* L'hospitalisation est systématique.

* Le traitement comporte une antibiothérapie, initialement probabiliste, et un drainage chirurgical ou interventionnel en urgence en cas d'obstacle.

* 1 ère intention

C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone) + amikacine
(la bi thérapie est fortement conseillée)

Pyélonéphrite aiguë gravidique

- * En cas d'allergie

Aztréonam + amikacine

- * En cas d'antécédent de colonisation urinaire ou IU à EBLSE < 6 mois

Imipénème + amikacine

- * En cas de choc septique, avec au moins un facteur de risque d'IU à EBLSE

Imipénème + amikacine

Pyélonéphrite aiguë gravidique

- * Durée du traitement : 10 à 14 jours (1 à 3 jours pour les aminosides)
- * Un ECBU de contrôle est recommandé 8 à 10 jours après la fin du traitement
- * ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement

CONCLUSION

- * L'infection urinaire est une pathologie potentiellement grave de la grossesse
- * Il est essentiel de savoir la dépister, la diagnostiquer et la traiter
- * Il faut bien connaître l'épidémiologie microbienne et les traitements probabilistes afin d'éviter l'émergence de nouvelles résistances aux médicaments.