

INFECTIONS URINAIRES GRAVIDIQUES

Définitions

L'infection urinaire (IU) peut avoir des conséquences néfastes pour la mère et pour le fœtus. Elle peut se manifester sous trois formes: colonisation urinaire gravidique (aussi appelée bactériurie asymptomatique), cystite aiguë gravidique et pyélonéphrite aiguë (PNA) gravidique. Chez la femme enceinte, toute IU est par définition à risque de complication.

Colonisation urinaire gravidique (= bactériurie asymptomatique)

Diagnostic sur positivité ECBU, avec une culture mono microbienne, à un titre $\geq 10^5$ UFC/ml (afin de bien distinguer chez ces patientes asymptomatiques les colonisations des contaminations dues à un prélèvement de mauvaise qualité le seuil retenu est volontairement plus élevé que celui définissant les IU).

Idéalement, deux ECBU positifs à la même souche à au moins une semaine d'intervalle sont requis pour le diagnostic, mais pour des raisons pratiques, il est admis qu'un seul ECBU suffise.

Dépistage mensuel systématique recommandé chez toutes les femmes enceintes à partir du 4e mois de grossesse car risque de pyélonéphrite de 20–40 % en cas de colonisation urinaire gravidique. Ce dépistage peut reposer sur une BU, hormis chez les patientes à haut risque d'IU gravidique (uropathie connue, diabète, antécédent de cystite récidivante) pour lesquelles un ECBU sera d'emblée demandé.

Traitement

Il doit être systématique, car permettant de réduire notablement le risque d'IU symptomatique et son retentissement materno-foetal.

Traitement adapté aux résultats d'un antibiogramme.

Il convient de privilégier les molécules ayant le spectre le plus étroit possible, le moindre impact sur le microbiote intestinal et la meilleure tolérance materno-foetale, soit en :

- **1re intention** : amoxicilline 1 g PO x 3/jour 7 jours,
- **2e intention** : pivmécillinam (SELEXID® 200 mg Cpr) 400 mg PO x 2 /jour pendant 7 jours,
- **3e intention** : fosfomycine trométamol 3 g en dose unique,
- **4e intention** : Triméthoprim TMP (DELPRIM® cp 300 mg) 7 jours,
- **5e intention** : (par hiérarchie selon l'impact sur le microbiote) nitrofurantoïne, cotrimoxazole (SMX-TMP), amoxicilline-acide clavulanique ou céfixime avec une durée de traitement de 7 jours.

Le TMP et le cotrimoxazole (SMX-TMP) doivent être évités les deux premiers mois de la grossesse.

ECBU 8 à 10 j après l'arrêt du traitement est recommandé, suivi d'un ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement.

La découverte d'une colonisation urinaire à streptocoque B implique, même pour un titre « non significatif », de réaliser une prévention de l'infection néo-natale en per partum (la colonisation urinaire allant fréquemment de pair avec une colonisation vaginale à risque de persistance ou de rechute; de surcroît un titre significatif $\geq 10^5$ UFC/ml implique un traitement de la colonisation gravidique comme indiqué supra.

Cystite gravidique

Un ECBU est ici systématiquement indiqué, avec les mêmes seuils d'interprétation que pour les IU non gravidiques.

Taiteement antibiotique probabiliste débuté sans attendre les résultats de l'antibiogramme au regard du risque évolutif vers une Pyélonéphrite Aiguë (PNA).

Antibiothérapie probabiliste :

- **1er intention** : fosfomycine-trométamol 3 g en dose unique
- **2ème intention**: Pivmécillinam (SELEXID® 200 mg Cpr) 400 mg PO x 2 /jour pendant 7 jours.
- **3ème intention: (éventualité très rare)** peuvent se discuter nitrofurantoïne, céfixime ou ciprofloxacine ((seule fluoroquinolone indiquée au cours de la grossesse du fait d'une pharmacovigilance mieux connue et rassurante) durant 7 jours.

L'antibiothérapie doit être réévaluée dès que possible selon le résultat de l'antibiogramme et l'évolution clinique. Avec un choix de 1re intention par fosfomycine trométamol à monodose, l'éventualité de la nécessité d'un changement thérapeutique est faible au regard de l'écologie actuelle.

Lorsqu'un changement est nécessaire, la hiérarchie est la même que pour la colonisation gravidique :

- **1re intention** : amoxicilline 1 g PO x 3/jour 7 jours,
- **2ème intention** : fosfomycine trométamol 3 g en dose unique, ou pivmécillinam (SELEXID® 200 mg Cpr) 400 mg PO x 2 /jour pendant 7 jours.
- **3ème intention** : Triméthoprim TMP (DELPRIM® cp 300 mg) pendant 7 jours (à éviter les deux premiers mois de grossesse).
- **4e intention** : (par hiérarchie selon l'impact sur le microbiote)
 - nitrofurantoïne (pharmacovigilance très rassurante pour le risque foetal, mais rares effets secondaires graves pour la mère comme en population générale) 7 jours,
 - cotrimoxazole (SMX-TMP) 7 jours,
 - amoxicilline-acide clavulanique, céfixime, ciprofloxacine (accord professionnel).ou céfixime avec une durée de traitement de 7 jours.

ECBU 8 à 10 j après l'arrêt du traitement est recommandé, suivi d'un ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement. la découverte d'une colonisation devant conduire à un traitement.

Pyélonéphrite gravidique

La stratégie rejoint globalement celle des PNA avec facteurs de risque de complications observée en population générale, avec quelques spécificités.

L'ECBU est systématique.

Les hémocultures sont indispensables en cas de forme sévère ou de doute diagnostique (fièvre dans un contexte de colonisation urinaire par exemple).

Une échographie des voies urinaires est recommandée, en urgence pour les formes sévères ou hyperalgiques.

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

L'hospitalisation initiale est usuelle.

Traitement ambulatoire envisageable avec évaluation initiale hospitalière si toutes les conditions suivantes sont réunies : bonne tolérance clinique, forme non hyperalgique, absence de vomissement, examen obstétrical normal, contexte se prêtant à une surveillance à domicile par des proches, absence d'immunodépression, d'IU récidivantes ou d'uropathie.

Traitement des pyélonéphrites gravidiques sans signe de gravité :

Le traitement probabiliste recommandé est :

Céphalosporine de 3ème génération par voie parentérale :

• **Céfotaxime** Voie injectable (IM ou IV) : 1 g x 3/jour, voire 2 g x 3/jour.

• **Ceftriaxone** Voie injectable (IM ou IV ou SC) : 1 g x1/jour, voire 2 g x1/jour.

Alternative en cas d'allergie aux bêta-lactamines: Ciprofloxacine 500 à 750 mg PO x 2/jour, si IV : 400 mg x 2 à 3/jour.

Stratégie de relais cherchant ici à éviter, pour les deux premiers mois de grossesse, le cotrimoxazole (SMX-TMP)

Durée de traitement

7 j si β -lactamine parentérale OU fluoro-quinolone

10 j dans les autres cas.

Surveillance : une surveillance clinique maternelle et fœtale est indispensable, en particulier à 48–72 h de traitement.

Un ECBU 8 à 10 j après l'arrêt du traitement est recommandée, suivi d'un ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement..

Surveillance : une surveillance clinique maternelle et fœtale est indispensable, en particulier à 48–72 h de traitement.
Un ECBU 8 à 10 j après l'arrêt du traitement est recommandée, suivi d'un ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement.

Traitement des pyélonéphrites gravidiques avec signe de gravité ou documentée à E-BLSE:

Le traitement probabiliste recommandé est :

• **Pas de choc septique :**

→ **Bithérapie β lactamine + aminoside**

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine (seule l'amikacine est désormais ici préconisée afin de mieux couvrir l'éventualité d'une E-BLSE)

→ Si allergie : **Aztréonam + amikacine** ⇒ Aztréonam Voie injectable (IV ou IM) : 1 g x 2/jour, voire 1 g x 3/jour.

→ **Si antécédents d'IU/colonisation urinaire à EBLSE < 6 mois, choix selon la documentation microbiologique antérieure :**

- **pipéracilline-tazobactam** en cas d'antécédent de E-BLSE documentée comme sensible à cet antibiotique).

- À défaut, le choix probabiliste reposera sur un carbapénème (**imipénème ou méropénème**) **associé à l'amikacine** ; les carbapénèmes restent le traitement de référence des infections les plus graves à E-BLSE.

• **Présence choc septique**

→ **Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine**

→ Si allergie : **aztréonam + amikacine**

→ **Si antécédents d'IU ou une colonisation urinaire à E-BLSE au cours des 6 mois précédents, mais également la prise d'amoxicilline-acide clavulanique, de C2G, de C3G ou de fluoroquinolone dans les 6 mois, ainsi qu'un voyage en zone d'endémie d'E-BLSE ou hébergement en long séjour** doivent faire modifier le schéma d'antibiothérapie probabiliste pour une association **carbapénème + amikacine** Au regard de l'extrême gravité du choc septique, il est recommandé ici d'avoir recours aux carbapénèmes.

Pyélonéphrite gravidique avec signe de gravité =

Éléments de gravité :

- sepsis sévère (Quick SOFA \geq 2)
- choc septique
- geste urologique (hors sondage simple)

En cas de critère de gravité, il convient enfin de déterminer s'il existe ou non un risque identifié d'IU à entérobactéries productrices de β -lactamases à spectre élargi (E-BLSE), du fait de l'impact important sur le choix de l'antibiothérapie probabiliste.