

Infections urinaires au cours de la grossesse

(item N° 17A Fièvre et grossesse et N° 93 - Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte. Leucocyturie).

Objectifs :

Diagnostiquer une infection urinaire.

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Introduction

Fréquente, 10 % des femmes enceintes.

Risques maternels et foetaux : essentiellement accouchement prématuré.

I. Quels sont les principaux facteurs pathogéniques des infections urinaires ?

1. Facteur mécanique :

- compression par l'utérus gravide surtout à droite par dextrorotation de l'utérus,
- reflux vésico-urétéral favorisé par l'étirement des uretères.

2. La progestérone :

- inhibe le péristaltisme des voies urinaires,
- diminue le tonus sphinctérien uréthro-vésical :
 - * favorise le reflux,
 - * favorise la stagnation des urines.

3. Les oestrogènes :

- hyperhémie du trigone => adhérence des germes sur l'urothélium.

4. Facteur chimiques :

- alcalinisation des urines gravidiques,
- glycosurie physiologique.

5. Autres :

- augmentation de la pullulation microbienne vulvo-périnéale gravidique,
- facteurs non spécifiques :
 - * brièveté de l'urètre,
 - * malformation des voies urinaires,
 - * diabète maternel,
 - * antécédents d'infection urinaire ; infections cervico-vaginales,
 - * drépanocytose.

II. Quels sont les principaux tableaux cliniques des infections urinaires ?

1. Bactériurie asymptomatique :

- Complique 5 à 10 % des grossesses, forme la plus fréquente.
- Définition : bactériurie $> 10^5$ germes/ml.

- Fréquente dès le 2e mois.
- Diagnostic grâce à l'ECBU systématique, ou demandé si facteurs favorisants, MAP ou protéinurie/nitrite à la bandelette.
- Evolution vers une pyélonéphrite dans 10% des cas.

2. Cystite :

- N'exclut pas une atteinte haute associée.
- Apyrexie.
- Pollakiurie (moins significative pendant la grossesse), brûlures mictionnelles.
- Urines troubles \pm contractions utérines \pm pesanteur pelvienne.
- Formes atténuées fréquentes.

3. Pyélonéphrite aiguë :

- Complique 1 à 2% des grossesses.
- Cause la plus fréquente de fièvre au cours de la grossesse +++.
- Le tableau clinique :

Typiquement :

Début brutal.

Fièvre élevée à 38,5 oscillante, altération de l'état général.

Douleur lombaire, le plus souvent droite, à irradiation descendante.

Pollakiurie, brûlures urinaires, douleur provoquée à la palpation de la fosse lombaire.

=> Contractions utérines avec modifications cervicales.

Toucher vaginal : possible douleur au point urétéral inférieur (dans le cul de sac antérolatéral).

NB : toujours penser à la listériose en cas de fièvre chez une femme enceinte.

Autres formes cliniques :

Début progressif.

Signes peu intenses.

Fièvre modérée, isolée (souvent intermittente).

Signes digestifs d'accompagnement.

Hématurie, pyurie isolée => fausse protéinurie (< 1 g/l).

=> / ECBU devant toute douleur abdominale.

III. Quels examens complémentaires sont pratiqués en cas de suspicion de pyélonéphrite ?

1. Biologie

- Groupe rhésus, RAI, NFS-plaquettes, fibrine (VS sans intérêt pendant la grossesse).
- Ionogramme sanguin, uricémie, urée, Glycémie +++.

2. Bactériologie

- ECBU avec antibiogramme (urines du matin, toilette vulvaire soigneuse, recueil du deuxième jet, conservation à 4° C) :

Bactériurie > 10^5 /ml, leucocyturie > 10^4 /ml,

Une leucocyturie modérée est fréquente en cours de grossesse; une bactériurie entre 10^4 /ml et 10^5 /ml nécessite un contrôle,

La présence d'une leucocyturie sans germes (10^4 /ml) doit faire évoquer : un mauvais prélèvement, un traitement antibiotique récent, une urétrite ou une cervico-vaginite, une lithiase ou plus rarement une tuberculose,

Le plus souvent Gram - : Escherichia coli, plus rarement Protéus mirabilis (=> rechercher une lithiase

phospho-amoniaco-magnésienne => échographie UIV), Klebsielles, Serratia ou Entérobacter,
Gram + possible : Entérocoque, Streptocoque B, Staphylocoque.

- Hémocultures, Si $T^{\circ} C > 38,5^{\circ}$ ou si $< 36,5^{\circ}$ ou en cas si frissons, (ne pas oublier de préciser recherche de Listéria).

- Prélèvements vaginaux.

3. Echographie rénale

- Elle montre une dilatation physiologique des voies urinaires.

- Indications :

Suspicion d'un obstacle sur les voies excrétrices,

Absence de régression franche et rapide d'une IU haute malgré antibiothérapie adaptée,

Antécédents de lésions urologiques.

- Elle recherche une dilatation anormale évoquant un obstacle du haut appareil, la présence d'un foyer parenchymateux.

4. Pour le retentissement foetal

- Echographie obstétricale : croissance foetale, bien être foetal, insertion placentaire.

- Rythme cardiaque foetal et appréciation de l'activité contractile par tocographie externe.

5. Urographie intraveineuse

- Indications :

- persistance de la fièvre ou de la douleur sous traitement, pour rechercher un obstacle et permettre le drainage,

- rechute rapide de pyélonéphrite sous traitement bien conduit,

- malformation connue ou antécédent de chirurgie urologique,

- tableau septicémique.

- 3 clichés sont réalisés.

IV. Quel est le mode évolutif des infections urinaires ?

1. Cystite

- Il existe un risque de diffusion au haut appareil.

- Il faudra l'évoquer surtout en cas d'apparition d'une fièvre ou de douleurs lombaires.

2. Pyélonéphrite

- Sous traitement :

Disparition de la fièvre et des douleurs,

Stérilisation des urines en 24 h, si plus tardif => rechercher une anomalie des voies urinaires et une association de germes.

Mais complications toujours possibles.

- En cas de doute sur un obstacle : UIV possible pendant la grossesse (3 clichés) et drainage des voies urinaires.

V. Quelles sont les principales complications ?

1. Maternelles

A- Septicémie

- La plus fréquente des complications infectieuses.

- Favorisée par l'existence d'un obstacle.
- Risque de choc toxique ou septique si bacille Gam négatif.

B - Pyélonéphrite gravido-toxique

- Exceptionnelle.
- Altération de l'état général grave + collapsus oligo-anurique + ictère.
- Pronostic sévère.
- (Le risque de toxémie serait augmenté => surveillance de la fonction rénale).

C - Récidives

- En fin de grossesse, suites de couches ou ultérieurement.
- Rechute (germe identique => rechercher un foyer parenchymateux ou un obstacle).
- Réinfection (autre germe).

D - Néphrite interstitielle chronique

- Avec apparition progressive d'une insuffisance rénale chronique et d'une hypertension artérielle.

E - Autres

- Phlegmon périnéphrétique.
- Pyonéphrose.
- Nécrose papillaire (+++ si diabète).
- Maladie thromboembolique.
- Insuffisance rénale transitoire.

2 – Foetal

A - Accouchement prématuré (20 %)

- Surtout si fièvre.
- Même en cas d'infection urinaire asymptomatique.

B - Mort périnatale

- Par l'infection, la fièvre et la prématurité.
- Surtout si forme haute non ou tardivement traitée.

C - Infection néonatale

- Possible in utero par voie hématogène ou au cours de l'accouchement par contact direct.

D - Hypotrophie

- Surtout si infection chronique asymptomatique.
- NB : L'infection urinaire augmente le risque de toxémie gravidique.

VI. Traitement

1 - Cystite ou bactériurie asymptomatique

A - Conseils hygiéno-diététiques :

- Boissons abondantes, mictions fréquentes.
- Traitement d'une éventuelle constipation associée; bonne hygiène périnéale.

B - Antibactériens urinaires

- Avant le résultat de l'antibiogramme, démarrer l'antibiothérapie par Amoxicilline Nitrofurantoïnes ou antibiotiques (Augmentin ou Oroken en l'absence d'allergie).
- Puis à adapter en fonction de l'antibiogramme.
- Et à poursuivre pendant 3 ou 10 jours.

C - ECBU

- 48 h après la fin du traitement.
- Puis tous les mois jusqu'à la fin de grossesse +++.

2 – Pyélonéphrite

Urgence, hospitalisation en maternité (grossesse pathologique) :

A - Repos strict au lit en décubitus latéral gauche.

B - Antibiothérapie adaptée parentérale (après prélèvements bactériologiques):

- Monoantibiotérapie par céphalosporine de 3^e génération en première intention type Rocéphine 1g/j avec un relais par une molécule per os selon l'antibiogramme après 48H d'apyrexie puis à poursuivre 3 semaines.
- Dans les formes graves, bithérapie avec un aminoside.
- Contrôle de l'ECBU 48H après puis surveillance mensuelle après.
- Traitement à adapter aux résultats de l'antibiogramme.

C - Antalgique, antipyrétique

D - Boisson abondante 2l/j 5

E - En cas de contractions importantes, Tocolyse si le rythme cardiaque foetal est normal.

Surveillance

a) Maternelle

En hospitalisation :

- Pouls, tension artérielle, température.
- Diurèse des 24 h.
- Tamisage des urines.
- Contractions utérines, métrorragies.
- ECBU 48 h après le début du traitement.
- Ionogramme, créatininémie, NFS, CRP.

Puis secondairement :

- ECBU après l'arrêt des antibiotiques, puis ECBU mensuel.

b) Foetale

- Mouvements actifs.
- Rythme cardiaque foetal 2 x/j.
- Echographie rénale (mouvements actifs, biométrie, ...).

A l'accouchement

- Prélèvements bactériologiques périphériques du nouveau-né et du placenta si l'accouchement survient immédiatement au décours.

A 3 mois

Bilan néphrologique en cas de récurrences survenues au cours de la grossesse.

Points essentiels

Elles sont fréquentes : 10 % des femmes enceintes.

Il peut s'agir de bactériurie asymptomatique, de cystites ou de pyélonéphrites.

Le principal risque est celui d'accouchement prématuré (20%) surtout en cas de pyélonéphrites.

Les principaux germes sont des germes Gram - Eschérichia. Coli et plus rarement Proteus mirabilis (=> rechercher une lithiase phospho-amoniaco-magnésienne).

Le traitement comporte une antibiothérapie par voie IV puis après 48 h a pyrexie durable, un relais per os pendant 2 à 4 semaines.

En l'absence d'amélioration (douleurs, hyperthermie persistante) en dépit d'une antibiothérapie adaptée, il faudra envisager le drainage d'un obstacle