

**OBSERVATOIRE DES MÉDICAMENTS, DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DES INNOVATIONS  
THÉRAPEUTIQUES – RÉGION CENTRE  
- OMÉDIT -**

<b>COMMISSION ANTI-INFECTIEUX</b>	<b>FICHE BONNE PRATIQUE</b>  <b>Traitement des infections urinaires de la FEMME ENCEINTE</b>	Date de rédaction octobre 2008  Date de validation au Comité stratégique : 09 juin 2009
---------------------------------------	--	--

### 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 fluoroquinolones ne sont pas recommandées chez la femme enceinte
- 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 4<sup>ème</sup> mois.
- ☞ Dépistage mensuel dès le début de la grossesse chez les femmes à haut risque d'infections urinaires gravidiques dès le début de la grossesse (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**

NITROFURADANTINE	100 mg x 3 / jour
ou AMOXICILLINE	1 g PO x 3 / jour
ou CÉFIXIME	200 mg PO x 2 / jour
ou PIVMECILLINAM	400 mg PO x 2 / jour

**DURÉE TOTALE DE TRAITEMENT : 5 jours à 7 jours** pour la nitrofuradantine

**NON RECOMMANDÉS:** Les traitements en monodose et ou de 3 jours, les fluoroquinolones

**SUIVI :**

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

### Bibliographie

- Recommandations bonne pratique AFSSAPS : diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte – juin 2008

## 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**  
CÉFIXIME 200 mg PO x 2 / jour  
ou NITROFURADANTINE 100 mg x 3 / jour

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

- **TRAITEMENT RELAIS** : adapté à l'antibiogramme initial

**DURÉE TOTALE DE TRAITEMENT** : au moins 5 jours à 7 jours pour la nitrofuradantine

**CONTRE-INDIQUÉS** : Les traitements en monodose et **NON RECOMMANDÉS** : les traitements courts

### SUIVI :

ECBU avec antibiogramme 8 à 10 jours après arrêt du traitement suivi au minimum d'un ECBU mensuel

## PYELONEPHRITE AIGUE GRAVIDIQUE

Pathologie grave, pronostic maternel et fœtal engagés ➡ HOSPITALISATION INITIALE recommandée.  
Chez certaines patientes, essentiellement au 1<sup>er</sup> ou en début du 2<sup>ème</sup> trimestre, le traitement ambulatoire est possible, le plus souvent après 24 - 48 heures de surveillance

HOSPITALISATION COURTE si : grossesse de moins de 24 semaines, tolérance d'un traitement par voie orale (absence de nausées ou vomissements), absence de comorbidité associée, absence de signes de gravité, hyperthermie modérée (inférieure à 38° 5), examen obstétrical normal, conditions socio-économiques favorables pour un traitement ambulatoire.

### DIAGNOSTIC

- ECBU avec antibiogramme, bilan sanguin et hémoculture
- Echographie des voies urinaires et bilan du retentissement fœtal, en urgence.
- Bilan sanguin

### PROTOCOLE

**TRAITEMENT INITIAL PROBABILISTE URGENT: MONOTHÉRAPIE**

CEFTRIAZONE IV 1 g à 2g /j

*en cas d'allergie ou d'intolérance avis spécialisé*

**Si forme sévère** (pyélonéphrite sur obstacle, sepsis grave, choc septique, ...) : **Bithérapie**

+ GENTAMICINE IV 3 mg/kg/j en 1 fois ≤ 3 jours

**TRAITEMENT RELAIS PAR VOIE ORALE après obtention de l'antibiogramme :**

- amoxicilline,
- ou céfixime,
- ou sulfaméthoxazole-triméthoprime (*à éviter par prudence au 1er trimestre de la grossesse*).

**DURÉE TOTALE DE TRAITEMENT** : 2 à 3 semaines .

### SUIVI

ECBU de contrôle à 48 h puis 8 à 10 jours après arrêt du traitement puis mensuel jusqu'à l'accouchement. Suivi clinique maternel et fœtal. Si évolution défavorable et suspicion d'obstacle, la patiente doit être prise en charge en milieu urologique pour un éventuel drainage du haut appareil urinaire.