



Infections urinaires gravidiques

Mise au point- Recommandations

2° Journée d'Infectiologie Angevine

Marie Chauveau – CHU de Nantes





DOCUMENTS

- > [Recommandations](#)
- > Diaporamas des recommandations
- > Autres documents

RÉUNIONS

ANTIBIOTIQUES

- > Ressources sur les antibiotiques
- > Enquêtes SPA
- > ATB juste ce qu'il faut
- > Info-Antibio

SOCIÉTÉS PARTENAIRES

- > GPR-ICAR
- > Mesvaccins.net
- > GFTF

ACTUALITÉS

- > Offres d'emploi
- > Actualités
- > Alertes

Documents

 ▾

Recommandations

[Diaporamas des recommandations](#)[Autres documents](#)

Réunions

 >

Antibiotiques

 >

Sociétés partenaires

 >

RECOMMANDATIONS

Cette page liste les conférences de consensus, conférences d'experts et recommandations sur l'utilisation des anti-infectieux issues de sociétés savantes et d'agences de l'état.

- Seule la version la plus à jour des documents est présentées.
 - ➤ Les recommandations issues de sources autres que la SPILF, mais encore non validées par celle ci, sont à utiliser avec précautions jusqu'au positionnement du groupe référentiel de la SPILF"
- Les versions antérieures des documents coordonnés par la SPILF doivent être considérées comme obsolètes et ne sont maintenues, qu'à titre d'archivage scientifique, en [bas de page](#).
- Le groupe recommandations de la SPILF réalise des diaporamas synthétiques sur de nombreuses recommandations. Ils sont consultables ci dessous, et sont rassemblés sur www.infectiologie.com/site/dia_consensus.php.

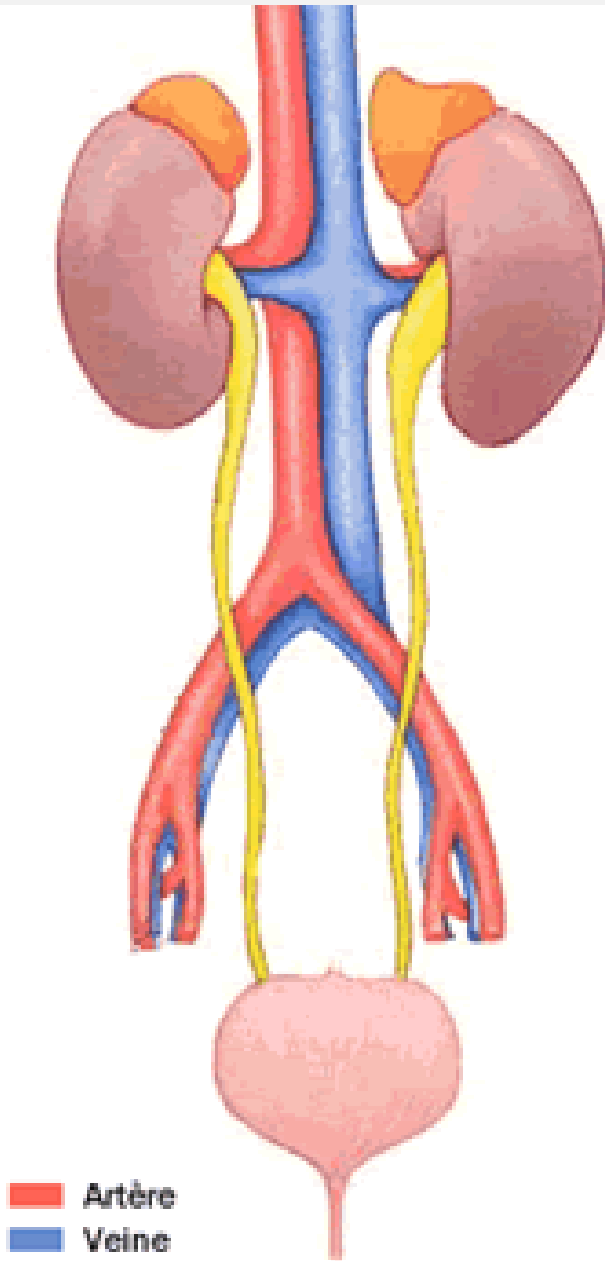


Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte

Actualisation 2017 des recommandations de 2014

Jeu de diapositives réalisé par le comité des référentiels de
la SPILF
07 février 2018

Synthèse réalisée par la SPILF



Modifications hormonales
myorelaxation < progestérone

Modifications anatomiques
Compression uretères par l'utérus gravidique
Dilatation physiologique des CPC
Déformation vésicale
Etirement des uretères (RVU)

Modification des propriétés physico-chimiques de l'urine
Dilution des urines
Augmentation du PH

Immunodépression physiologique

3 situations cliniques

Bactériurie asymptomatique

2-10% femmes enceintes

3 situations cliniques

Bactériurie asymptomatique

Cystite gravidique

1-2% femmes enceintes

3 situations cliniques

Bactériurie asymptomatique

Cystite gravidique

Pyélonéphrite gravidique

3 situations cliniques

Bactériurie asymptomatique

Cystite gravidique

Pyélonéphrite gravidique

Risques

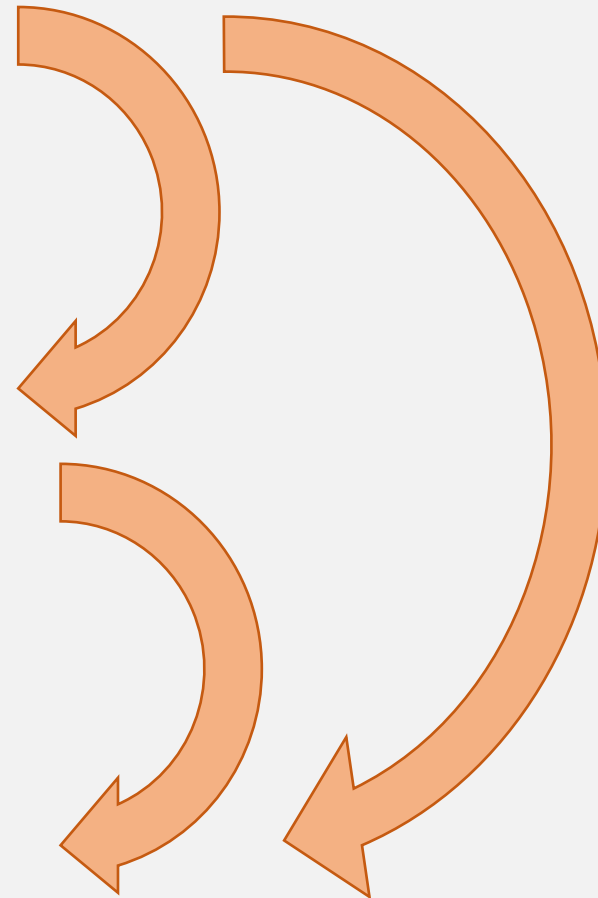
- Pour la mère : sepsis
- Prématuration, petits poids

3 situations cliniques

Bactériurie asymptomatique

Cystite gravidique

Pyélonéphrite gravidique



20-30% si cystite ou
bactériurie

1-4% si traitement

1^{er} message

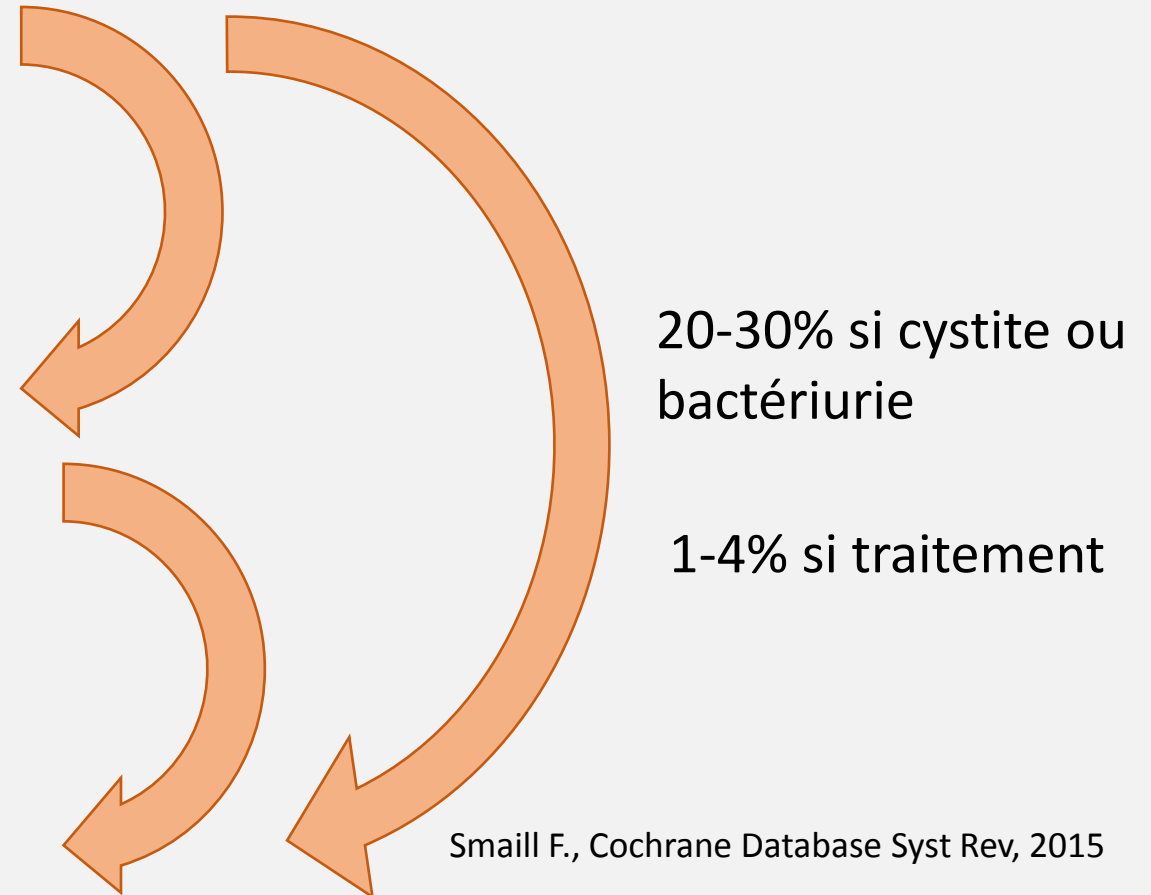
Au cours de la grossesse,
toute bactériurie asymptomatique doit être
traitée

3 situations cliniques

Bactériurie asymptomatique

Cystite gravidique

Pyélonéphrite gravidique



Etudes datant des années 60 à 70 !

Un peu de nuance ?

Maternal and neonatal consequences of treated and untreated asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a prospective cohort study with an embedded randomised controlled trial
Lancet Inf Dis, 2015

Brenda M Kazemier, Fiona N Koningstein, Caroline Schneeberger, Alewijn Ott, Patrick M Bossuyt, Esteriek de Miranda, Tjandra E Vogelvang, Corine J M Verhoeven, Josje Langenveld, Mallory Woiski, Martijn A Oudijk, Jeanine E M van der Ven, Manita T W Vlegels, Petra N Kuiper, Nicolette Feiertag, Eva Pajkrt, Christianne J M de Groot, Ben W J Mol, Suzanne E Geerlings

Entre 2011 et 2013, Pays-Bas

4283 femmes enceintes

248 bactériuries asymptomatiques

40 traitées (nitrofurantoïne)

45 placebo

163 non traitées (pas de randomisation)

CJP : PNA et/ou prématurité < 34SA

Maternal and neonatal consequences of treated and untreated asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a prospective cohort study with an embedded randomised controlled trial

CJP : pas de différence significative entre patientes non traitées/traitées par placebo et patientes sans bactériurie

pas de différence non plus entre patientes traitées par nitrofurantoïne et patientes non traitées/traitées par placebo

Prématurité < 34 SA : pas de différence

PNA : + fréquentes si bactériurie asymptomatique non traitée/traitée par placebo que si pas de bactériurie asymptomatique

différence non significative si traitement vs absence de Tt/placebo

Limites : patientes sélectionnées : 16-22SA, sans FDR complication (ID, IR<30, anomalie arbre urinaire)

NB : 2,4% PNA si bactériurie asymptomatique non traitée dans cette étude

Un peu de nuance ?

Peut être à l'avenir, (ou ailleurs)

mais pas encore en France

Bactériurie asymptomatique

- Patiente asymptomatique
- Bactériurie monomicrobienne $\geq 10^5$ UFC/mL
- Traitement d'emblée adapté

- 1^{er} choix : amoxicilline
- 2^{ème} choix : pivmécillinam
- 3^{ème} choix : fosfomycine-trométamol
- 4^{ème} choix : Triméthoprim (à éviter les 2 premiers mois)
- 5^{ème} choix (hiérarchie selon impact écologique) :
 - nitrofurantoïne
 - cotrimoxazole (SMX-TMP, à éviter les 2 premiers mois)
 - amoxicilline-acide clavulanique
 - cefixime

Bactériurie asymptomatique

- Traitement d'emblée adapté
- Durée : 7 jours (Dose unique si Fosfomycine-trométamol)
- Suivi : ECBU à 8-10 jours de la fin du Tt
- Puis ECBU mensuel

2^{ème} message

Au cours de la grossesse, l'ECBU doit être contrôlé 8 à 10 jours après le traitement d'une infection urinaire ou d'une bactériurie asymptomatique

Cystite gravidique

- ECBU systématique :
 - leucocyturie $\geq 10^4$ UFC/mL
 - Bactériurie : $\geq 10^3$ UFC/mL si *E. coli* ou *S. saprophyticus*
 $\geq 10^4$ UFC/mL si autres bactéries
- Traitement probabiliste

1^{ère} choix : fosfomycine-trométamol
2^{ème} choix : pivmécillinam



En cas d'échec ou de résistance :

- 1^{er} choix : amoxicilline
- 2^{ème} choix : TMP (à éviter les 2 premiers mois)
- 3^{ème} (hiérarchie selon impact écologique) :
 - nitrofurantoïne
 - cotrimoxazole (SMX-TMP, à éviter les 2 premiers mois)
 - amoxicilline-acide clavulanique
 - céfixime ou ciprofloxacine

Cystite gravidique

- Traitement probabiliste +/- secondairement adapté
- Durée : 7 jours (Dose unique si Fosfomycine-trométamol)
- Suivi : ECBU à 8-10 jours de la fin du Tt
- Puis ECBU mensuel

Pyélonéphrite gravidique

- ECBU systématique
 - Evaluation obstétricale systématique
 - Echographie rénale
 - Antibiothérapie probabiliste :
 - C3G injectable
 - Si allergie : Aztreonam, Ciprofloxacin
 - Relais : idem PNA non gravidique
 - Réévaluation materno-fœtale
- H48-72
- Durée 10-14 jours



Evaluation hospitalière
initiale

Selon la sensibilité :

- Amoxicilline, à privilégier
- Amoxicilline - acide clavulanique
- Ciprofloxacin ou lévofloxacin
- Céfixime
- Cotrimoxazole (TMP-SMX) : éviter M1-M2

3^{ème} message

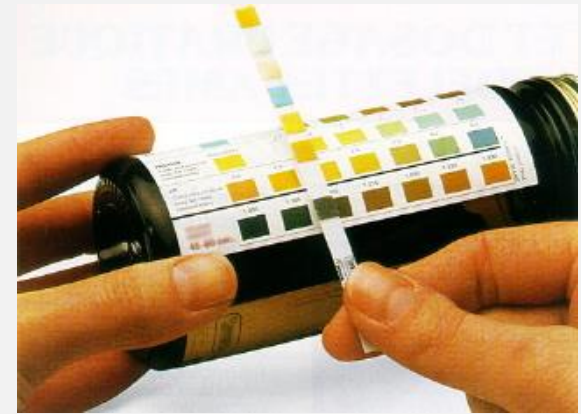
Au cours de la grossesse, toute PNA doit avoir une évaluation obstétricale, avec prise en charge initiale en milieu hospitalier

Prévention et dépistage

- BU mensuelle à partir du 4^e mois

Si uropathie, diabète, ATCD cystites récidivantes : ECBU d'emblée

- ECBU de contrôle 8-10 jours après tout traitement
- ECBU mensuel après tout épisode de :
 - Bactériurie asymptomatique
 - Cystite gravidique
 - Pyélonéphrite gravidique



4^{ème} message

Au cours de la grossesse, il convient de dépister les bactériuries asymptomatiques à compter du 4^o mois

L'essentiel

- Dépistage mensuel à partir de M4 (BU ; ECBU si ATCD ou FDR)
- On traite les bactériuries asymptomatiques
- On traite sans attendre (probabiliste) les cystites
- On contrôle l'ECBU après la fin du traitement



Un référentiel : <http://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>