

Mots clés :

Infection urinaire
Grossesse
[Acute; Bacteriuria;
Pregnancy;
Urinary tract
infections]

Infections urinaires durant la grossesse

Les infections urinaires (IU) de la grossesse sont courantes du simple fait de l'âge (une femme sur 3 en âge de procréer a une IU) et des changements physiologiques de la grossesse (qui favorisent particulièrement ces infections). Non traitées, elles peuvent avoir des conséquences materno-fœtales dramatiques. Le diagnostic et le traitement efficace des infections symptomatiques sont donc particulièrement justifiés, mais aussi, bien que faisant toujours débat, le repérage et le traitement des bactériuries asymptomatiques (BA). Une récente synthèse canadienne¹, des recommandations américaines² et françaises³ proposent des arguments pour la décision.

Pathologie fréquente

Les caractéristiques physiologiques, mécaniques et hormonales de la grossesse favorisent la stase urinaire, la contamination de l'urètre par des bactéries gastro-intestinales et périnéales. Les germes en cause sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse, mais en général plus variés et plus résistants au traitement : *Escherichia coli* (85% des infections hors hôpital), *Staphylococcus saprophyticus* (5 à 15%), *Gardnerella*, *Chlamydia*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Enterococcus* (5 à 10%), parfois *Ureaplasma* et *Lactobacillus*, à la signification incertaine. Quelle qu'en soit la forme, avec ou sans lésion de l'appareil urinaire, l'IU pendant la grossesse (environ 1 femme enceinte sur 5) est par définition « compliquée »¹⁻³ : 2 à 10% de BA (dont 20 à 40% deviendront ultérieurement symptomatiques), 1 à 4% de cystites aiguës, 0,5 à 2% de pyélonéphrites aiguës (PNA). La prévalence est étroitement liée aux facteurs socio-économiques, augmente avec l'âge maternel (mais aussi chez les adolescentes), la multiparité, des comportements à risque (drogue et sexe), des antécédents d'infections urinaires, certaines pathologies préexistantes (diabète, chlamydias, drépanocytose, anomalies des voies urinaires, maladies psychiatriques...).

Conséquences pour la mère et l'enfant

Il est admis que 20 à 40% des BA de la grossesse se compliqueront d'une cystite ou d'une PNA; inversement, 70 à 80 % de ces PNA pourraient être évitées en dépistant et traitant les BA. Leur rôle dans le retard de croissance et la prématurité, généralement admis, est encore controversé¹⁻³. Le vrai danger est celui de PNA, surtout durant le 2nd semestre de grossesse : 30% des IU non traitées ont pour conséquence une PNA vs 1,8% des IU traitéesⁱⁿ¹, avec environ 1 fois sur 5 des risques pour le

foetus (prématurité, faible poids de naissance, mort fœtale), et pour la mère (pré-éclampsie, hypertension, insuffisance rénale aiguë).

Éléments décisionnels

Les mêmes règles générales concernent les BA (qu'il faut dépister) et les IU symptomatiques.

L'ECBU est le *gold standard* pour le diagnostic ou pour préciser les résultats d'une bandelette (Bibliomed 665). En dehors des BA ou l'on peut attendre les résultats de l'antibiogramme, le traitement probabiliste doit être commencé sans attendre.

L'échographie est l'examen complémentaire de choix s'il y a doute sur d'éventuels facteurs de gravité (lithiase, dilatation pathologique des cavités rénales...)

Les études sur les antibiotiques utilisables sont anciennes et de qualité discutable³. L'amoxicilline (en évitant l'association avec l'acide clavulanique s'il y a risque d'accouchement imminent), le céfixime (C3G), le pivmecillinam (peu prescrit en France) et la nitrofurantoïne (avec des risques sévères bien que très rares) sont utilisables pendant toute la grossesse. Le triméthopime-sulfaméthoxazole est à éviter au 1^{er} trimestre, les quinolones non recommandées en routine. Le choix est guidé par l'ECBU. La durée du traitement ne fait pas consensus pour les BA (traitement court ?) et les infections basses (de 7 à 10j ?). Pour les PNA, l'hospitalisation est recommandée. Le traitement peut être poursuivi en ambulatoire les 1^{ers} mois de la grossesse dans les cas favorables (sans comorbidité ou signes de gravité, environnement favorable), rarement au-delà de la 24^{ème} semaine de grossesse.

Le suivi doit être régulier : pour toutes les formes, un ECBU est recommandé 8 à 10 j après traitement et mensuel tout au long de la grossesse³.

Que conclure pour notre pratique ?

Les IU, symptomatiques ou non, sont une des pathologies médicales les plus fréquentes au cours de la grossesse. Les germes en cause sont souvent plus variés et multirésistants qu'en dehors de la grossesse. La prévalence accrue selon l'âge et la grossesse est fortement liée aux conditions socio-économiques.

Les IU de la femme enceinte doivent être toutes traitées et suivies jusqu'à la fin de la grossesse en raison du danger materno-fœtal qu'elles comportent. Le dépistage des BA vers le 4^{ème} mois de grossesse a prouvé son efficacité (grade A)¹⁻³. La PNA est une complication grave, parfois récidivante, qui nécessite une hospitalisation au moins initiale (généralement prolongée après 24 semaines de grossesse) puis un suivi mensuel tout au long de la grossesse^{1,3}.

Références

1- Bérard A et al. Urinary Tract Infections During Pregnancy.

<http://cdn.intechweb.org/pdfs/20569.pdf>

2- Lin K et al. Screening for Asymptomatic Bacteriuria in Adults: Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2008;149:W-20-W-24.

3- Afssaps. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte. Juin 2008.

