

INFECTIONS DES VOIES URINAIRES CHEZ LA PATIENTE ENCEINTE

• Aspects cliniques et commentaires

- Pathologies.
 - Bactériurie asymptomatique.
 - La grossesse est une indication de screening. La fréquence optimale de ce screening est inconnue.
 - ▲ Au moins 1 fois précocement dans la grossesse (12 à 16 semaines) ou à la première consultation prénatale (si plus tard).
 - ▲ De préférence aussi durant le troisième trimestre.
 - ▲ Après un premier épisode de bactériurie asymptomatique, screening mensuel jusqu'à l'accouchement.
 - Le diagnostic est basé sur la présence de:
 - ▲ $\geq 10^5$ CFU/ml de la même souche bactérienne dans 2 échantillons urinaires consécutifs.
 - ▲ $\geq 10^2$ CFU/ml dans 1 seul échantillon urinaire prélevé par sondage.
 - Cystite aigüe.
 - Pyélonéphrite aigüe.
- Facteurs de risque pour infections à pathogènes résistants.
 - Hospitalisation récente.
 - Antécédents urologiques connus (suivi régulier en clinique d'urologie).
 - Multiples prises en charge en polyclinique.
 - Exposition à des antibiotiques pendant les 6 mois précédant la symptomatologie actuelle.
- Les femmes enceintes présentant une culture urinaire négative après 12 à 16 semaines de grossesse (screening unique) courent un risque de 1 à 2% de développer une pyélonéphrite plus tard dans la grossesse.
- Une imagerie urgente est nécessaire chez les patientes présentant une tension artérielle (trop) basse.
- Les patients doivent être afebriles après 72 heures de traitement approprié. Dans le cas contraire, une obstruction et la présence d'un abcès rénal ou périrénal doivent être exclues (échographie ou CT scan).

• Pathogènes impliqués

- Bacilles à Gram négatif (surtout *Escherichia coli*).
- Coques à Gram positif (surtout staphylocoques).

• Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
 - Bactériurie asymptomatique: aucun (traitement documenté) et cystite communautaire aigüe.
 - Premier trimestre de la grossesse.
 - ▲ Amoxicilline-clavulanate.
 - ▲ Céfuroxime axétil.
 - ▲ Nifurtoïinol.
 - ▲ Nitrofurantoïne macrocristalline.
 - Deuxième trimestre et début du troisième trimestre de la grossesse.
 - ▲ Amoxicilline-clavulanate.
 - ▲ Céfuroxime axétil.
 - ▲ Nifurtoïinol.
 - ▲ Nitrofurantoïne macrocristalline.
 - ▲ TMP-SMX.
 - Période périnatale (à partir de 8 semaines avant le terme).
 - ▲ Amoxicilline-clavulanate.
 - ▲ Céfuroxime axétil.
 - Pyélonéphrite aigüe communautaire.
 - Patientes sans sepsis sévère, sans choc septique.
 - ▲ Patientes sans facteurs de risque d'infections à pathogènes résistants.
 - △ Ceftriaxone.
 - △ Témocilline.
 - ▲ Patientes avec facteurs de risque d'infections à pathogènes résistants.
 - △ Céfépime.
 - △ Ceftazidime.
 - △ Méropénem.
 - △ Pipéracilline-tazobactam.
 - Patientes avec sepsis sévère ou choc septique.
 - ▲ Patientes sans facteurs de risque d'infections à pathogènes résistants.
 - △ Ceftriaxone + amikacine.

- △ Témocilline + amikacine.
 - ▲ Patientes avec facteurs de risque d'infections à pathogènes résistants.
 - △ Céfépime + amikacine.
 - △ Ceftazidime + amikacine.
 - △ Méropénem + amikacine.
 - △ Pipéracilline-tazobactam + amikacine.
 - Posologies standard.
 - Amikacine: dose unique de 25 à 30 mg/kg.
 - Amoxicilline-clavulanate: (875 mg amoxicilline + 125 mg clavulanate) po q8h.
 - Aztréonam: 2 g iv q8h.
 - Ceftriaxone: 2 g iv q24h.
 - Céfuroxime axétil: 500 mg po q8h.
 - Méropénem: 1 à 2 g iv q8h.
 - Nifurtoïinol: 100 mg po q8-12h.
 - Nitrofurantoïne macrocristalline: 100 mg po q8-12h.
 - Pipéracilline-tazobactam: (4 g pipéracilline + 500 mg tazobactam) iv q6h.
 - Témocilline: 2 g iv q12h.
 - TMP-SMX: (160 mg TMP + 800 mg SMX) po q12h.
 - Durée totale du traitement anti-infectieux approprié (empirique + documenté).
 - Amikacine: dose unique.
 - Amoxicilline-clavulanate, céfuroxime axétil, aztréonam, nitrofurantoïne macrocristalline, nifurtoïinol: 7 jours.
 - Autres antibiotiques: 14 jours (jusque 28 jours chez les patients avec des collections incomplètement drainées).