



Les échos du labo

Infections uro-génitales chez la femme enceinte

Dr «NOM» «PRENOM»

«EMPLOI REEL»

«CENTRE»

Ces derniers temps, les infections urogénitales prennent une place prépondérante dans la pathologie féminine, en particulier chez la femme jeune. La grossesse est donc naturellement un problème qui peut se surajouter à la prise en charge de ces pathologies. Une antibiothérapie doit permettre un traitement optimal de la pathologie maternelle, tout en tenant compte de l'exposition du fœtus. Le choix d'une antibiothérapie dans ce contexte doit considérer le rapport bénéfice risque pour la mère et l'enfant, tout en respectant les recommandations de bonne pratique, afin de limiter l'apparition de résistances.

Colonisation urinaire :

- Dépistage :**
 - femmes sans risque particulier d'infection urinaire (IU) : bandelette urinaire (BU) mensuelle à partir du 4ème mois de grossesse, si positive (leucocytes et/ou nitrites positifs), un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) doit être réalisé.
 - femmes à risque d'IU (uropathie sous-jacente, diabète, antécédent de cystite récidivante) : un ECBU est réalisé à la 1ère consultation de grossesse, puis tous les mois à partir du 4ème.

- Traitement :** adapté aux résultats de l'antibiogramme, à commencer dès réception des résultats

1ère intention	Amoxicilline, 1 g x 3/j, pendant 7 jours
2ème intention	Pivmécillinam, 400 mg x 2/j, pendant 7 jours
3ème intention	Fosfomycine trométamol (monuril), 3 g en prise unique

- Suivi :** ECBU de contrôle 10 jours après l'arrêt du traitement, puis ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement.

Cystite aiguë :

- Clinique :** brûlures et douleurs mictionnelles, mictions impérieuses, pollakiurie +/- hématurie.
- ECBU :**
 - leucocyturie $\geq 10^4$ /ml
 - bactériurie $\geq 10^3$ UFC/ml pour *E. coli* ou *S. saprophyticus*
 $\geq 10^4$ UFC/ml pour les autres entérobactéries, entérocoques, *Corynebacterium urealyticum*, *P. aeruginosa* et *S. aureus*.

- Traitement :**

	Probabiliste, sans attendre l'antibiogramme	Relais à 48h en fonction de l'antibiogramme
1ère intention	Fosfomycine trométamol (monuril), 3g en prise unique	Amoxicilline, 1 g x 3/j, pendant 7 jours
2ème intention	Pivmécillinam, 400 mg x 2/j, pendant 7 jours	Fosfomycine trométamol (monuril), 3 g en prise unique, ou Pivmécillinam, 400 mg x 2/j, pendant 7 jours
3ème intention	Nitrofurantoïne, 100 mg x 3/j, pendant 7 jours	Triméthoprime, 300 mg/j, pendant 7 jours, à éviter pendant les 2 premiers mois de grossesse

- Suivi :** ECBU de contrôle 10 jours après l'arrêt du traitement, puis ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement.

Infections cervico-vaginales :

- Dépistage par prélèvement vaginal:
 - si antécédent d'accouchement prématuré, systématiquement en début de grossesse pour rechercher une vaginose bactérienne
 - systématiquement entre 35 et 38 semaines d'aménorrhée pour rechercher le portage de streptocoque B
 - présence de signes cliniques de vulvovaginite (prurit vulvaire, brûlures cervico-vaginales, leucorrhées colorées ou nauséabondes) ou cervicite (écoulement séro-purulent, col inflammatoire ou saignant au contact)
 - menace d'accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes ou suspicion chorioamniotite
 - signes d'infection urinaire ou leucocyturie à ECBU négatif
 - patientes atteintes de maladies sexuellement transmissibles ou dont le partenaire est porteur
- Traitement :

Infections	Traitement	Mesures adjuvantes
<u>Chlamydia trachomatis</u>	Azithromycine 1g per os (PO) en dose unique surtout si risque de mauvaise observance Erythromycine 500mg PO x 4/j pendant 7 jours, effets indésirables gastrointestinaux	Contre-indications quinolones et cyclines Dépistage et traitement du partenaire Prélèvement de contrôle 1 mois après le traitement, rapports protégés pendant cette durée
<u>Neisseria gonorrhoeae</u>	Cefixime 400mg PO en dose unique Ceftriaxone 250mg intra-musculaire (IM) en dose unique	Dépistage et traitement du partenaire Prélèvement de contrôle 1 mois après le traitement, rapports protégés pendant cette durée
<u>Syphilis</u>	Pénicilline G benzathine 2.4 millions d'unités (IM) 1 injection si précoce, 3 injections à 1 semaine d'intervalle si tardive	Si allergie à la pénicilline, le traitement doit être effectué après une désensibilisation à la pénicilline Surveillance par échographie fœtale
<u>Trichomonase</u>	Métronidazole 2g PO en dose unique ou 500mg PO x 2/j pendant 7 jours	Dépistage et traitement du partenaire Rapports protégés pendant le traitement Prélèvement de contrôle uniquement si persistance de symptômes
<u>Vaginose</u>	Métronidazole 500mg PO x 2/j pendant 7 jours	
<u>Candidose</u>	Traitement local par des azolés, exemple : Miconazole 5g de crème à 2% par voie intravaginale chaque jour pendant 7 jours Ou un suppositoire vaginal de 10mg pendant 7 jours	Pas d'administration d'azolé PO
<u>Herpes génital</u>	Acyclovir 200mg PO x 5/j pendant 7 jours si infection primaire	Accouchement par césarienne si accouchement imminent
<u>Mycoplasmes urogénitaux</u>	Azithromycine PO : 500mg J1 puis 250 mg/j pendant 4 jours	Rôle pathogène controversé, absence de recommandation consensuelle

Liens et références

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, agence de la santé publique du Canada, www.santepublique.gc.ca
 Femme enceinte : colonisation urinaire et cystite, fiche Mémo, Haute Autorité de Santé (HAS)
 Antibiothérapie chez la femme enceinte et allaitante, P. Jeanmougin, EMC, 2013
 Prévention des risques fœtaux—infections bactériennes, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), 2011