

Rédaction : Dr Eric Farfour<sup>1</sup>

Comité scientifique : Prof Jean-Marc Ayoubi<sup>1</sup>, Prof Aurélien Dinh<sup>2</sup>, Dr Thomas Rodari<sup>3</sup>, Dr Adrien Vidart<sup>1</sup>, Dr Sarah Vanlieferinghen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Foch, <sup>2</sup>GHU Abroise Paré – Raymond Poincaré, <sup>3</sup>Institut Médico-Chirurgical Montsouris

## 1. Agents pathogènes

- *Escherichia coli* > 80%
- Autres Enterobacterales (*Klebsiella* spp., *Proteus mirabilis*, *Citrobacter* spp.)
- *Staphylococcus saprophyticus*
- Enterocoques

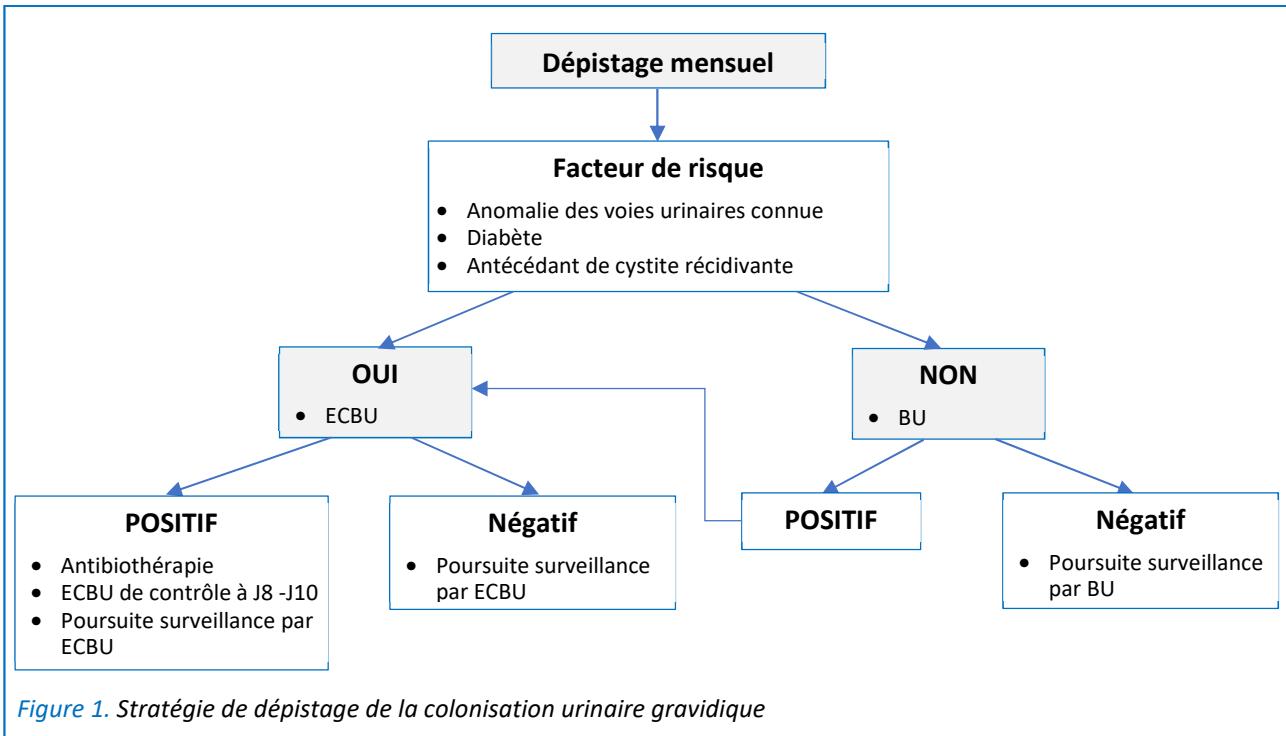
## 2. Epidémiologie

- La colonisation urinaire gravidique concerne 2 % à 10 % des femmes enceintes
- Le risque d'évolution vers la pyélonéphrite est élevé (20 % à 40 %)

## 3. Dépistage de la colonisation urinaire gravidique

- Un **dépistage mensuel** de la colonisation urinaire gravidique est recommandé chez toutes les femmes enceintes à **partir du 4<sup>e</sup> mois de grossesse et jusqu'à l'accouchement**
- Il repose sur la réalisation d'une bandelette urinaire (BU) ou d'un ECBU en fonction de la présence ou non de facteur de risque d'infection urinaire. La stratégie est définie en [figure 1](#).
- La colonisation se traduit par :
  - Une bactériurie  $\geq 10^5$  UFC/mL
  - Quelques soit la leucocyturie

Remarque. L'identification d'un Streptocoque du groupe B, même à titre non significatif, implique de réaliser une prévention de l'infection néonatale en per partum.



#### **4. Antibiothérapie de la colonisation urinaire gravidique**

- Le traitement d'une colonisation urinaire est **systématique**.
- Il est **adapté** aux résultats de l'antibiogramme
- Les molécules recommandées sont présentées par ordre de priorité dans le *tableau 1*.

Tableau 1. Antibiothérapie adaptée des colonisations urinaires gravidique

<b>1<sup>re</sup> intention</b>	Amoxicilline 1g x3 → 7 jours
<b>2<sup>e</sup> intention</b>	Pivmecillinam 400mg x2 /jour → 7 jours
<b>3<sup>e</sup> intention</b>	Fosfomycine trométamol 3g → dose unique
<b>4<sup>e</sup> intention</b>	Triméthoprime <sup>a</sup> 300mg x1 /jour → 7 jours
<b>5<sup>e</sup> intention</b>	Nitrofurantoïne <sup>b</sup> 100mg x3 /jour → 7 jours Ou [Sulfaméthoxazole 800mg – Triméthoprime 160mg] <sup>a</sup> 1 cp x1 /jour → 7 jours OU Amoxicilline + acide clavulanique : 1 g x3 /jour → 7 jours

<sup>a</sup> Triméthoprime et [Sulfaméthoxazole 800mg - triméthoprime 160mg] doivent être évité au 1<sup>er</sup> trimestre, le sulfaméthoxazole au 3<sup>e</sup> trimestre

<sup>b</sup> Nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min, ou de traitements itératifs  
Certains antibiotiques nécessitent des adaptations notamment à la fonction rénale, au poids, aux éventuelles comorbidités...

#### **5. Suivi de la colonisation urinaire gravidique**

- Un **ECBU de contrôle** doit **systématiquement** être effectué **entre 8 et 10 jours** après la fin du traitement antibiotique.
- La **surveillance mensuelle** est poursuivie par **ECBU**