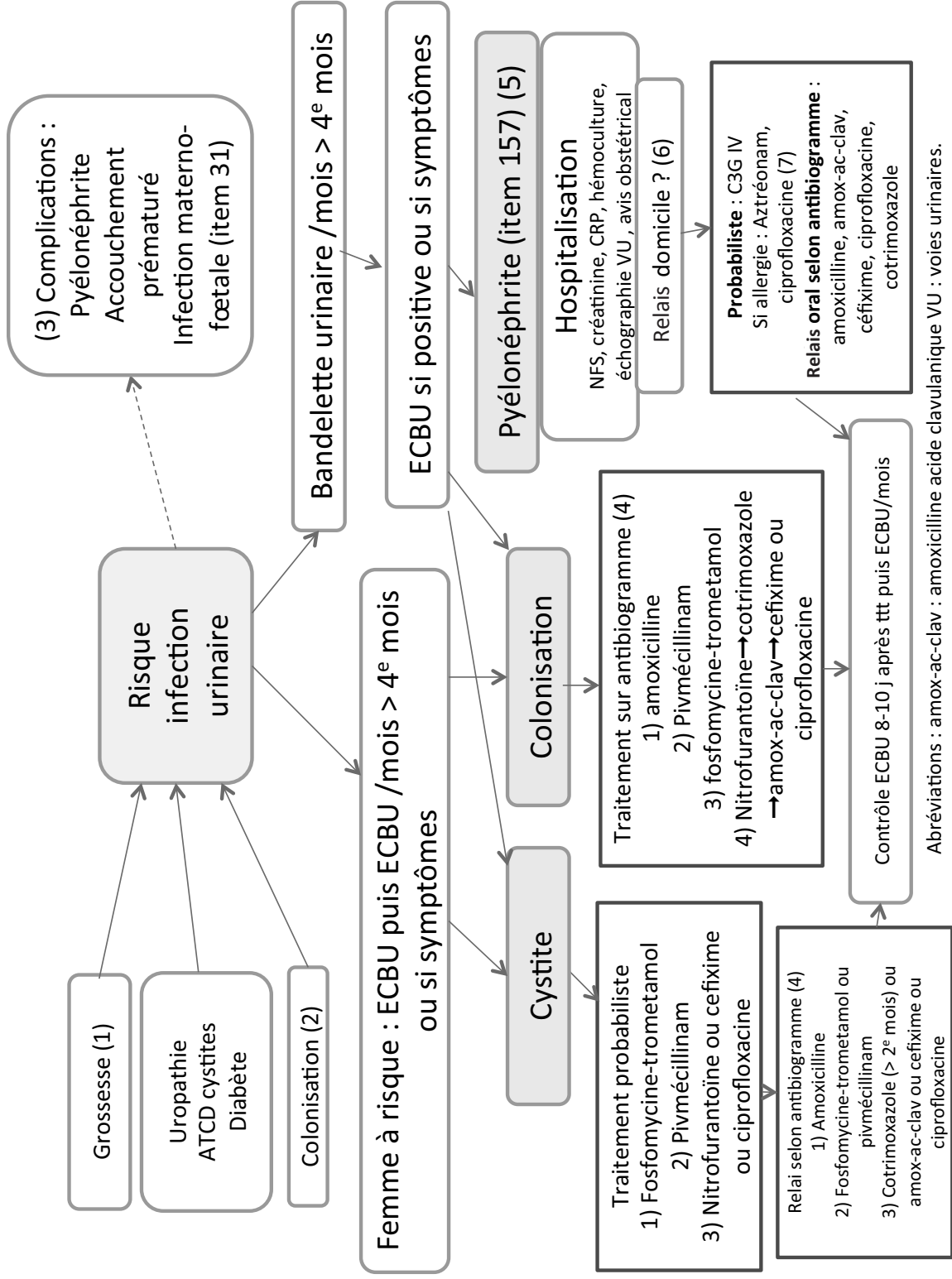


Infection urinaire au cours de la grossesse



Infection urinaire au cours de la grossesse

↳ **Items en lien** : **22** : grossesse normale, **23** : complications de la grossesse, **25** douleurs abdominales et grossesse, **26** : risques foetaux, **31** : infection du premier mois, **157** : infection urinaire de l'adulte, **173- 326** : anti-infectieux.

(1) L'infection urinaire est la plus fréquente des infections bactériennes lors d'une grossesse. Par ailleurs, la prévalence d'une colonisation urinaire au cours de la grossesse est de 2 à 10 %.

(2) Une colonisation bactérienne des urines va persister toute la grossesse avec un risque de 20 à 40 % de pyélonéphrite.

(3) Une infection urinaire pendant la grossesse fait courir des risques à la mère et au fœtus. La présence de streptocoque B implique une contamination vaginale et un traitement prophylactique en per-partum.

(4) Les antibiotiques sont classés en fonction de leur impact sur l'écologie bactérienne et sur la grossesse. Le cotrimoxazole est à éviter les 2 premiers mois de grossesse. La nitrofurantoiné en traitements répétés est contre-indiquée. Le traitement des cystites et colonisations est de 7 jours, sauf pour fosfomycine-trométamol : dose unique.

(5) La pyélonéphrite nécessite une hospitalisation au moins initiale. La stratégie présentée concerne les pyélonéphrites sans signes de gravité. La prise en charge d'une pyélonéphrite gravidique grave se rapproche de celle de la pyélonéphrite grave hors grossesse, en privilégiant certains antibiotiques

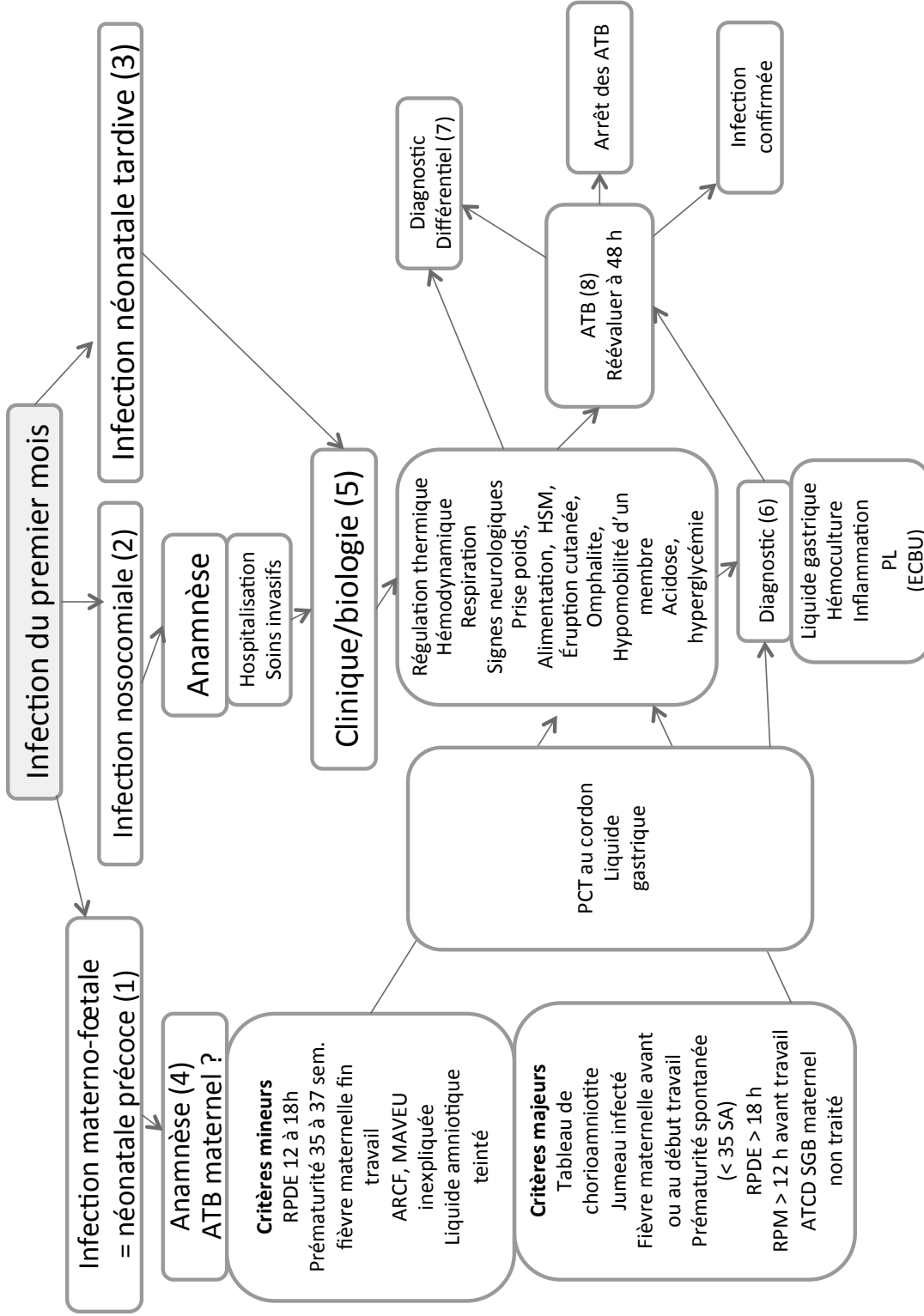
selon les données de tolérance (ciprofloxacine parmi les fluoroquinolones, impénème parmi les carbapénèmes).

(6) Un traitement ambulatoire de relais est envisageable si toutes les conditions suivantes sont réunies : bonne tolérance clinique, absence de douleurs, de vomissements, examen obstétrical normal, surveillance assurée à domicile par des proches, absence d'immunodépression ou d'uropathie.

(7) La ciprofloxacine est un recours si les quinolones n'ont pas été utilisées dans les 6 mois précédents.

Référence

- Collège des enseignants d'infectiologie, Pilly 2018 : CMIT Alinea plus, Paris, 2017. www.infectiologie.com



Abréviations : RPDE : rupture poche des eaux, RPM : rupture prématurée des membranes, SGB : streptocoque groupe B, MAVEU : mauvaise adaptation à la vie extra-utérine, PCT : procalcitonine, ARCF : anomalie du rythme cardiaque foetal

Infection du premier mois

- *Évaluation et soins du nouveau-né à terme : reconnaître et diagnostiquer une infection pendant le premier mois de vie.*

↳ **Éléments en lien** : 4 : infections nosocomiales, 114 : fièvre aiguë de l'enfant, 154 : septicémie, bactériémie, fongémie, 157 : infection urinaire, 158 : IST, 148 : méningites, méningo-encéphalites, 164 : herpès.

Le nouveau-né (et à plus forte raison le prématuré) est particulièrement vulnérable aux infections sévères, qu'elles soient transmises par la mère (infection materno-fœtale), ou issue du milieu extérieur (infection nosocomiale ou infection post-natale tardive), qu'elles soient virales ou bactériennes.

Les signes cliniques sont peu spécifiques, et l'évolution peut être très rapide, mettant en jeu en quelques heures le pronostic vital et/ou fonctionnel (méningite, abcès cérébraux).

Deux éléments majeurs : identifier les situations à risque pour adapter la surveillance et un éventuel traitement préventif, connaître les signes très divers pouvant évoquer une infection chez un nouveau-né, qu'il soit ou non à risque.

(1) Les infections materno-fœtales surviennent en général dans les 72 premières heures de vie et jusqu'au 15^e jour, suite à une contamination ante ou perinatale, par voie transmembranaire, par voie ascendante, plus rarement par voie hématogène.

(2) Les infections nosocomiales sont secondaires à l'hospitalisation, éventuellement à des gestes invasifs. Des germes hospitaliers sont alors souvent en cause. Les symptômes sont identiques.

(3) Les infections néonatales tardives surviennent de 15 à 28 jours, à partir de germes maternels (*strepto, coli, chlamydia*, mycoplasme) ou « externes » : *hæmophilus*, pneumocoque, VRS, rotavirus, entérovirus).

(4) L'anamnèse de la fin de la grossesse et de l'accouchement ainsi que les antécédents maternels donnent des indications. Les facteurs de risque d'IMF sont classés en majeurs et mineurs. Parmi les critères majeurs, la notion de prélèvements positifs à SGB chez la mère pendant la grossesse (urines, vagin) ou d'ATCD d'IMF lors d'une grossesse précédente ont pu faire prescrire une antibioprofylaxie chez la mère, qui annule ces facteurs de risque. À l'inverse la prise d'antibiotique par la mère peut faussement négativer les prélèvements biologiques initiaux en cas de suspicion d'IMF.

La présence de facteurs de risque impose une surveillance clinique rapprochée des 24 premières heures de vie (toutes les 4 h), des prélèvements voire un bilan biologique sanguin (dont CRP à h12).

Un herpes génital fait courir le risque d'herpès néonatal en cas de primo-infection de moins de 1 mois ou de récurrence moins d'une semaine avant l'accouchement. L'infection n'est cependant parfois pas connue chez la mère.

Une varicelle survenant entre 5 jours avant et 3 jours après l'accouchement fait courir le risque de varicelle grave chez l'enfant, qui doit être isolé et traité.

(5) La clinique n'est pas spécifique : la fièvre est rare, l'hypothermie possible. Les troubles hémodynamiques sont évocateurs : augmentation du temps de recoloration, tachycardie, hypotension, pâleur, teint gris, marbrures. Signes respiratoires : apnées, cyanose, tachypnée, geignement, signes de lutte. Signes neurologiques : hypoéactivité, somnolence anormale, convulsions, troubles du tonus, bombement de la fontanelle. Enfin les difficultés alimentaires, la mauvaise prise de poids, l'hépatosplénomégalie, le ballonnement, les éruptions de tous types, l'ictère précoce ou prolongé, la diminution de mobilité d'un membre, une porte d'entrée (omphalite) sont également parfois présents.

(6) Les prélèvements sont faits avant toute antibiothérapie. Les prélèvements périphériques (oreilles, anus...) ne sont plus systématiques. Le prélèvement gastrique néonatal peut apporter des arguments forts en cas de bactérie pathogène et de contexte clinico-biologique compatible avec une infection. Son intérêt est cependant remis en question. L'hémoculture a une sensibilité faible, mais un intérêt majeur lorsqu'elle est positive (intérêt de culture plus de 48 heures, de sérotypage streptocoque et colibacille). La CRP à peu d'intérêt à la naissance du fait de son ascension retardée, qui peut être mise en évidence par des prélèvements ultérieurs. La NFS est également altérée de façon retardée (myélocytose, leucopénie, hyperleucocytose, thrombopénie). La procalcitonine au sang du cordon serait un marqueur précoce prometteur restant à valider. La PL est faite en cas de signes de sepsis, de signes neurologiques, d'hémoculture positive. Elle est immédiate ou différée selon l'état clinique de l'enfant. L'ECBU ne se justifie qu'en cas d'infection tardive.

Les bactéries les plus impliquées sont le streptocoque de groupe B (SGB), le colibacille dont le sérotype K1 peut entraîner des méningites et septicémies, les autres streptocoques dont l'entérocoque, les bacilles gram négatif sont moins impliqués, les infections à *Listeria* sont rares.

(7) Diagnostics différentiels : très nombreux selon les signes. Par argument de fréquence et d'urgence un traitement antibiotique est souvent instauré en cas de doute, avant explorations complémentaires et suivi de l'évolution.

Cardiopathies, détresses respiratoires, entérocolite, convulsions néonatales, troubles neurologiques, ou apnées d'autres origines, déshydratation, maladies métaboliques, hypoglycémie, éruptions mycotiques ou virales, ictère physiologique ou cholestase d'autre origine, fracture de clavicule...

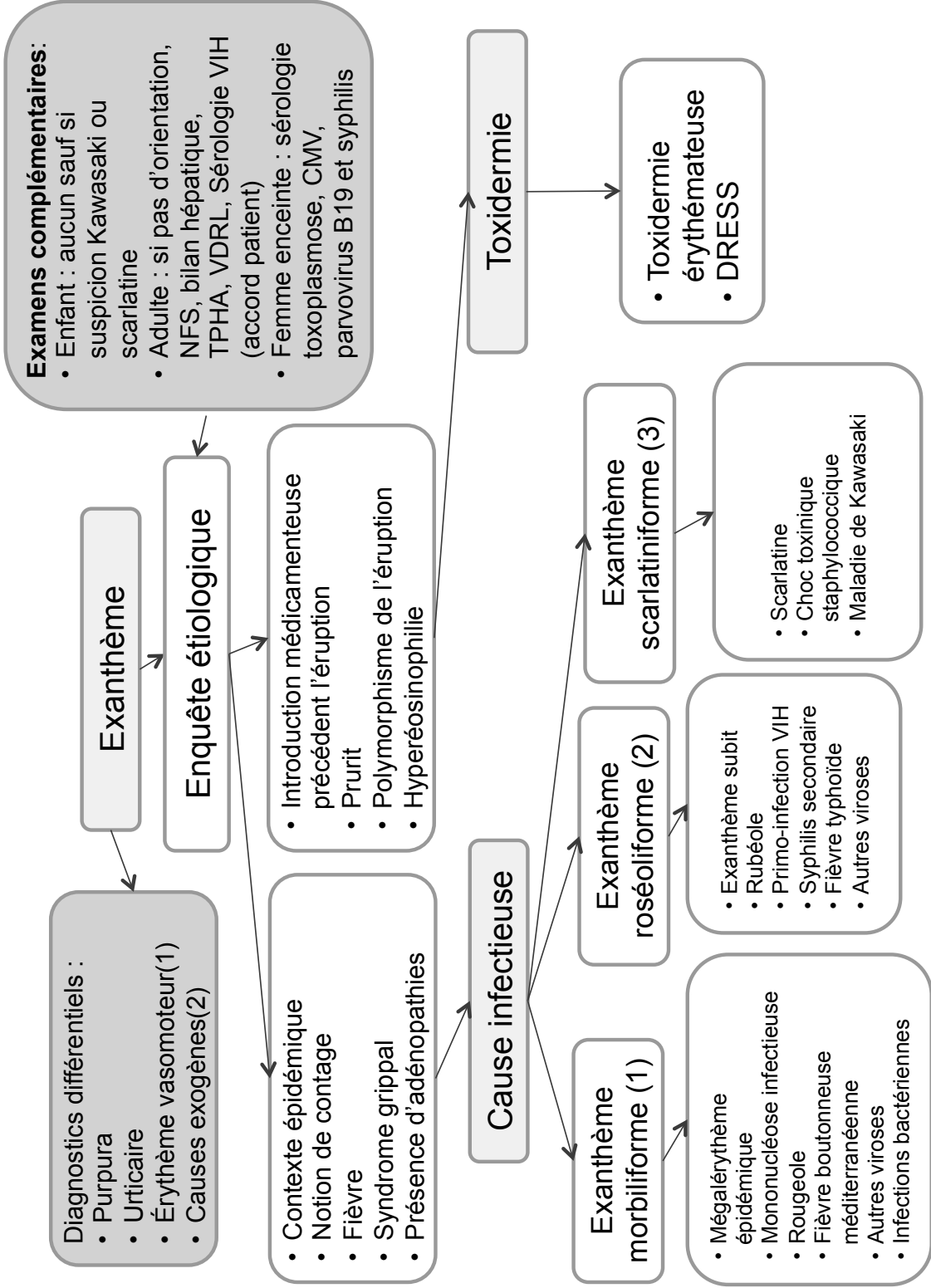
(8) Un nouveau-né symptomatique est traité par antibiothérapie à large spectre (bêta-lactamine, aminoside, selon anamnèse) avant résultats des examens, avec réévaluation à 48 heures.

En l'absence de symptômes, certaines situations justifient des antibiotiques d'emblée ; chorio-amnionite, IMF chez le jumeau. Dans les autres cas, selon les facteurs de risque et la biologie, le traitement est différé dans l'attente de l'évolution clinique et biologique. L'association par exemple de facteurs de risque et d'un syndrome inflammatoire entraîne une prescription, réévaluée ensuite.

Référence

- *Référentiel du collège des enseignants de pédiatrie*, 6^e édition. Elsevier-Masson, Paris, 2014.

Exanthèmes et érythrodermie de l'adulte et de l'enfant



DRESS : Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms

