

## Infections urinaires, coliques néphrétiques et grossesse

### Infections urinaires et grossesse

Professeur Georges Boog  
CHRU de Nantes

- ✱ *Fréquence* : 5 à 10%
- ✱ *Facteurs favorisants* :
  - Modifications du pH et de l'osmolarité des urines, glycosurie,
  - Atonie pyélo-urétérale sous l'effet de la progestérone,
  - Dextro-rotation de l'utérus (fréquence droite prédominante des pyélonéphrites aiguës),
  - Reflux vésico-urétéral,
  - Contamination intestinale.
- ✱ *Femmes à haut risque de pyélonéphrite aiguë*:

Antécédents d'infections urinaires à répétition,  
Diabète,  
Drépanocytose,  
Bactériurie asymptomatique : > 100.000 germes/mL =  
risque de pyélonéphrite aiguë x 4 et x 10 en cas d'antécédent.

- *La cystite aiguë (1,5%)*
  - ✱ Signes : mictions impérieuses, pollakiurie, dysurie, pesanteur pelvienne, hématurie. Récidives fréquentes.
  - ✱ Traitement : Monothérapie par Amoxicilline (3 x 2cp à 500 mg) en dose unique, ou Nitrofurantoïne (FURADANTINE ® : 3 x 2 cp à 50 mg), Acide nalidixique (NEGRAM ® : 2 cp à 1g), Nitroxoline (NIBIOL ® : 3 x 2cp à 100mg) pendant 7 jours. En cas de colibacille résistant : ORELOX (2 x 2 cp à 100 mg pendant 7 jours).
- *La pyélonéphrite aiguë (PNA) (1 à 2%)*
  - ✱ Début brutal : frissons, lombalgies, signes digestifs : nausées, vomissements,
  - ✱ Fièvre à 39°-40°,
  - ✱ Signes de cystite,
  - ✱ 10% à 20% ont une bactériémie,
  - ✱ 3% ont un tableau de choc septique,
  - ✱ 2% ont un syndrome de détresse respiratoire aigu.
  - ✱ Points douloureux urinaires à la palpation : costo-lombaire surtout à droite++, urétéral supérieur au bord externe du grand droit sur la ligne de l'ombilic (diagnostic différentiel avec le signe de MURPHY), point urétéral moyen au tiers externe de la ligne reliant les épaules iliaques antéro-supérieures (diagnostic différentiel avec le point de Mac BURNEY de l'appendicite), point urétéral inférieur : latéralement près de la vessie au TV.

✱ Diagnostic positif

- Examen direct des urines : germes, pyurie, cristaux, coloration de GRAM : grande fréquence des bacilles Gram négatif : colibacille,
- Uroculture + antibiogramme : colibacilles (83%), Protéus (2%), Klebsiella (3%), Streptocoque du groupe B (10%) + antibiogramme systématique.
- Hémoculture + signant une bactériémie, voire une septicémie,
- Bilan de la fonction rénale : ionogramme, urée, créatinine (altérée dans 2% des cas),
- Hémogramme (23% d'anémies),
- Echographie rénale ; recherche de dilatation pyélique, de lithiase et d'altération du parenchyme rénal.

✱ Complications graves en cas de septicémie:

- ↳ Choc septique (3%),
- ↳ Syndrome de détresse respiratoire aiguë (7%)
- ↳ Atteinte hépatique : hépatonéphrite devenue rarissime.

✱ Récidives après traitement : soit sous forme d'une bactériurie asymptomatique : 20 à 30%, soit sous forme d'une nouvelle pyélonéphrite aiguë : 18 à 20%.

✱ Diagnostic différentiel:

- ↳ Cholécystite : antécédents de colique hépatique, subictère, signe de MURPHY, échographie abdominale,
- ↳ Appendicite : signes digestifs++, point de Mac BURNEY, défense abdominale,
- ↳ Listériose++ (hémoculture).

✱ Traitement :

- ↳ Antibiothérapie par voie intra-veineuse jusqu'au 2<sup>ème</sup> jour après l'apyrexie, puis per os pendant 3 semaines :
- ↳ Compte tenu des résistances actuelles du colibacille : préférer une céphalosporine : ROCEPHINE ® (1 à 2g/24 heures) plutôt que les Béta-lactamines + Gentamycine pendant 3 à 5 jours. Relais par OROKEN 2 cp à 200mg/jour pendant 21 jours.
- ↳ Si évolution défavorable de la fièvre au-delà de 48 heures, rechercher un obstacle sur les voies urinaires : cliché d'abdomen sans préparation, 2 à 3 clichés d'urographie intra-veineuse, pose d'une sonde en double J,
- ↳ Surveillance rigoureuse de la diurèse et du pouls et de la TA en cas de bactériémie+++,
- ↳ Uroculture de contrôle après 3 jours d'antibiothérapie IV : si elle reste positive changer d'antibiotique, même si la patiente est afebrile,
- ↳ Rechercher la menace d'accouchement prématuré souvent associée avec tocolyse adaptée+++,
- ↳ Après la sortie, demander des contrôles réguliers de l'ECBU mensuels et traiter immédiatement toute nouvelle bactériurie asymptomatique.
- ↳ En cas de récurrence de PNA, faire un traitement continu jusqu'à la fin de grossesse.
- ↳ Risque de récurrence lors du sondage de l'accouchement.
- ↳ Contrôle systématique de l'uroculture dans le post-partum,
- ↳ En cas de rechute de PNA, faire un bilan au 3<sup>ème</sup> mois du post-partum avec UIV et recherche de reflux vésico-urétéral.

■ Bactériurie asymptomatique (2 à 7%)

✱ Définition biologique : > 100.000 germes/mL

Sans traitement : risque de pyélonéphrite aiguë de 30% et de récurrence de 20%.

✱ Diagnostic : protéinurie +, leucocyturie > 10.000/mL, bactéries > 100.000/mL, uroculture et antibiogramme,

✱ Dépistage par les bandelettes : nitrites (sensibilité de 40%), leucocyte-estérase (sensibilité de 77%), les deux combinées (95%), immunofluorescence indirecte des germes proposée pour dépister l'atteinte haute éventuellement déjà présente (pyélique).

✱ Traitement : désinfectant urinaire pendant 7 jours à la même posologie que pour les cystites aiguës: NIBIOL ®, NEGRAM ®, FURADANTINE ® (sauf au 9<sup>ème</sup> mois car risque d'hémolyse du nouveau-né).

■ Conséquences fœtales des infections urinaires

↳ En cas de septicémie : avortement ou accouchement prématuré,

↳ Retard de croissance intra-utérin en cas de récurrences avec atteinte rénale fonctionnelle,

↳ Infection néonatale si *streptocoque du groupe B* : antibiothérapie per-partum et faire un prélèvement systématique de liquide gastrique+++

■ Prévention de l'infection urinaire

↳ Faire boire suffisamment : 1,5 à 2 L/jour : boissons non sucrées,

↳ Hygiène périnéo-vulvaire++,

↳ Éviter la constipation,

↳ Bandelettes urinaires à chaque visite prénatale,

↳ ECBU systématique au 1<sup>er</sup> et au 3<sup>ème</sup> trimestre chez les femmes à haut risque.

## Colique néphrétique

■ Fréquence de la lithiase urinaire : 0,2%

■ Diagnostic : Antécédents familiaux de lithiase urinaire, douleur lombaire ou abdominale très intense à irradiation descendante, nausées, hématurie.

\*Rechercher les points urinaires douloureux à la palpation,

\*Rechercher une micro-hématurie et des cristaux dans les urines,

\*Diurèse quotidienne et tamisage des urines à la recherche d'un calcul qu'il faudra faire analyser : oxalates, phosphates, urates ?

\*Faire une échographie rénale : dilatation pyélique > physiologie, calcul rarement visible (hyperéchogène avec cône d'ombre acoustique),

\*Évaluer la fonction rénale : ionogramme, urée, créatinine,

\*Faire une uroculture systématique,

\*Abdomen sans préparation rarement utile à cause du squelette fœtal qui masque le calcul,

\*Urographie intra-veineuse si :

↳ Infection urinaire associée avec fièvre qui persiste 48 heures après le début des antibiotiques,

↳ Si altération de la fonction rénale,

↳ Si hydronéphrose massive à l'échographie.

\*Dépister une menace d'accouchement prématuré.

- Diagnostic différentiel. En cas de doute, il faut penser principalement à :
  - ↳ Une rupture de grossesse extra-utérine au 1<sup>er</sup> trimestre ( $\beta$ -hCG et échographie pelvienne),
  - ↳ Une colique hépatique (échographie des voies biliaires),
  - ↳ Une appendicite aiguë (fièvre, signes digestifs, défense abdominale, hyperleucocytose),
  - ↳ Une occlusion intestinale (signes digestifs, niveaux sur l'abdomen sans préparation),
  - ↳ Une pancréatite aiguë (amylase, lipase et échographie abdominale),
  - ↳ Une nécrobiose de fibrome (échographie obstétricale),
  - ↳ Une torsion de kyste ovarien (échographie, résonance magnétique nucléaire),
  - ↳ Un hématome rétro-placentaire sans métorragie (hypertonie, troubles de la coagulation, signes de souffrance fœtale),
  - ↳ Une rupture utérine (facteur prédisposant) : hémopéritoine,
  - ↳ Un hématome sous-capsulaire du foie (contexte biologique de HELLP syndrome),
  - ↳ Autres causes rares de douleurs aiguës : ruptures d'anévrismes splénique ou hépatique, hématome des muscles grands droits, crise drépanocytaire, porphyrie, etc...
  
- Evolution : 70% d'expulsions spontanées du calcul, 10 à 20% d'infections urinaires, risque de menace d'accouchement prématuré.
  
- Traitement :
  - ↳ *Conservateur* : repos, hydratation, perfusion intraveineuse de SPASFON® 6 ampoules dans 1 L de sérum glucosé à 5% à passer sur 24 heures + PERFALGAN 1g/8 heures.
  - ↳ *En l'absence d'amélioration au bout d'une heure* : NALBUPHINE (1 ampoule de 20 mg par voie IV [1 ampoule dans 50 mL de sérum physiologique à passer en 20 minutes], ou IM ou sous-cutanée toutes les 6 heures).
  - ↳ *En cas d'échec* : associer un anti-inflammatoire (cure brève de 48 heures maximum): ex : PROFENID par voie IV : 1 ampoule de 100 mg toutes les 8 heures dans 100 mL de sérum physiologique à passer en 20 minutes ou 2 suppositoires à 100mg/jour.
  
  - ↳ *Chirurgical* : en cas d'échec du traitement médical : néphrostomie percutanée sous contrôle échographique, extraction endoscopique du calcul ou sonde double J.