

Recommandations sur les infections urinaires : quoi de neuf?

Dr Isabelle Durand-Joly
EOH – CH de Dunkerque

Diaporama réalisé à partir de celles
du groupe de travail SF2H AFU et SPILF

Recommandations nationales

- Conférence de consensus sur les infections urinaires nosocomiales **SPILF – AFU, novembre 2002**
- Définition des IN, **mai 2007**
- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins, **SFHH, septembre 2010**, références R75 à R77
- En **2015** : nouvelle conférence de consensus avec **AFU - SPILF et SF2H** : « Bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte »

Avis d'experts : sociétés savantes

- Co-organisée par la SF2H, l'AFU et la SPILF
- Partenaires :
 - > Société française de microbiologie
 - > Société de Réanimation de Langue Française
 - > Société Française d'Anesthésie Réanimation
 - > Société Française de Gériatrie
 - > Association des Infirmières en Urologie

Réunion COH - 24 novembre 2016

3

Questions posées

- Comment définir et diagnostiquer les IUAS?
- Qui faut-il traiter?
- Comment faut-il traiter?
- Comment prévenir les infections sur matériel de drainage urinaire ?

Réunion COH - 24 novembre 2016

4

Q-1 : IUAS définition et diagnostic

Ce qui change par rapport à 2002 :

- Définitions cliniques précises (AFU)
- Usage de la bandelette
- Seuils microbiologiques simplifiés




Réunion COH - 24 novembre 2016

5



Signes cliniques

- **En présence d'un dispositif endo-urinaire** une IUAS peut être évoquée (A-III), **en l'absence d'autre cause identifiée**, devant:
 - fièvre, hypothermie (<36°),
 - hypotension,
 - altération de l'état mental, malaise général ou léthargie
- Après ablation du dispositif, il est fortement recommandé d'évoquer une IUAS en cas de persistance de signes locaux (A-III) (miction douloureuse, pollakiurie ou douleur sus-pubienne)
- **En l'absence de dispositif endo-urinaire** et de manœuvre récente sur les voies urinaires, les signes et symptômes des IUAS sont identiques à ceux des infections urinaires communautaires.








Sujets âgés

- Diagnostic souvent par excès
 - Grande fréquence des colonisations bactériennes
 - Contamination fréquente des prélèvements.




Il est fortement recommandé d'éliminer d'autres sites d'infection devant des signes évocateurs d'IUAS même en présence d'une bactériurie chez le sujet âgé (A-III)

- Il est fortement recommandé d'évoquer une IUAS devant:
 - aggravation des troubles cognitifs ou de la dépendance,
 - apparition et/ou aggravation d'une incontinence urinaire,
 - associés ou non à des signes fonctionnels mictionnels ou à une fièvre (A-II)

Vessie neurologique




- Il est recommandé d'évoquer une IUAS chez le patient ayant une vessie neurologique **en l'absence d'autre cause identifiée** (B-III) devant:
 - une fièvre
 - et/ou une augmentation de la spasticité
 - et/ou une modification de l'aspect des urines

Diagnostic microbiologique

- Il n'est pas recommandé d'utiliser la bandelette urinaire pour le diagnostic des IUAS (D-III)
- Il est fortement recommandé de prélever l'urine en milieu de jet chez le malade non sondé (A-II)
- Il est fortement recommandé de prélever l'urine par ponction directe de l'opercule des sondes chez le malade sondé (A-II)


Il est recommandé de ne pas changer une sonde vésicale pour réaliser un ECBU (D-III)

Diagnostic microbiologique

- **En l'absence** de dispositif endo-urinaire il est fortement recommandé d'utiliser les mêmes seuils que pour les infections communautaires (A-III):
 - Leucocyturie > 10⁴ UFC/ml
 - Bactériurie cf tableau ci dessous

Espèces bactériennes	Seuil de significativité (UFC/ml)	
	Homme	Femme
<i>E. coli</i> , <i>S. saprophyticus</i>	≥ 10 ³	≥ 10 ³
Entérobactéries autres que <i>E. coli</i> , entérocoque, <i>C. urealyticum</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>	≥ 10 ³	≥ 10 ⁴






Diagnostic microbiologique

- **En présence d'un dispositif endo-urinaire:**
 - la leucocyturie n'est pas prédictive de la présence ou non d'une infection urinaire et n'entre pas dans les critères définissant l'infection urinaire sur sonde.
 - Il est fortement recommandé d'utiliser le seuil de **10⁵ ufc/ml** pour la bactériurie (A-III)

Q-2 : qui faut-il traiter?

Ce qui change par rapport à 2002 :

- Limitation des traitements
- Limitation des dépistages pré-opératoires
- Focus sur les colonisations urinaires
- Plus de traitements systématiques des colonisations lors d'épidémies à BMR

Patients symptomatiques

- Il est fortement recommandé de **traiter les IUAS** symptomatiques **après réalisation d'un ECBU (A-III)** **sauf**:
 - Les urgenturies (impériosité mictionnelle) post résection trans-urétrale de la prostate ou de la vessie ou dans les suites de la mise en place d'une sonde endo-urétérale (D-III)
 - Un SIRS* post-opératoire immédiat en l'absence de signes de sepsis grave (D-III)




*Le SIRS comprend au moins deux des critères suivants:
température < 36°C ou > 38°C
fréquence cardiaque > 90/min
fréquence respiratoire > 20/min ou PaCO₂ < 32 mm Hg
leucocytes < 4 G/L ou > 12 G/L.








Patients asymptomatiques

- Il est fortement recommandé de **ne pas traiter** les patients colonisés (E-I) en dehors de:
 - La grossesse
 - La chirurgie urologique


Chirurgie urologique

- Il est fortement recommandé de **dépister les colonisations urinaires** avant une **intervention au contact de l'urine** (A-I).
- Il est fortement recommandé de **traiter préventivement une colonisation avant une intervention** au contact de l'urine **s'il n'est pas possible d'obtenir la stérilité des urines autrement**, notamment en retardant l'intervention ou en changeant un dispositif endo-urinaire (A-I).
- Il est fortement recommandé de traiter les colonisations avant une intervention au contact de l'urine de 48 heures avant l'intervention jusqu'à ablation de la sonde vésicale ou 7 jours au maximum si le retrait de la sonde n'est pas possible (A-III)
- Il est recommandé de **dépister et traiter les colonisations urinaires avant changement de sonde endo-urétérale** chez un patient asymptomatique (B-III)

Transplantation rénale

- Les colonisations **précoces** sont fréquentes et associées à un sur-risque de sepsis
- Les données de la littérature ne permettent pas de faire une recommandation en faveur ou non du traitement d'une colonisation



Autres situations




- Autres patients immunodéprimés, il n'est pas recommandé de dépister ni traiter les colonisations urinaires (D-III)
- Avant arthroplastie réglée de hanche, de genou (D-II) ou avant chirurgie cardio-vasculaire (D-III), il est recommandé de ne pas dépister et de ne pas traiter les colonisations urinaires
- Avant ablation ou changement de sonde vésicale, il est recommandé de ne pas traiter les colonisations urinaires (D-II)
- Chez un patient en auto ou hétérosondage, il est fortement recommandé de ne pas dépister ou traiter une colonisation (E-II)
- Chez un malade porteur d'une sonde vésicale hospitalisé en réanimation, il est recommandé de ne pas traiter une colonisation urinaire

Q-3 : comment traiter?

Ce qui change par rapport à 2002 :




- ⊙ Délais précisés pour la mise en route du traitement
- ⊙ Antibiothérapie probabiliste
- ⊙ Durée de traitement prostatite
- ⊙ Sondes urinaires : quand la changer par rapport à l'antibiothérapie clarifié

Réunion COH - 24 novembre 2016 18

Durée de traitement - Suivi

- Il est recommandé de traiter **5 à 7 jours les cystites associées aux soins** (B-III)
- Un traitement de 3 jours peut être proposé chez la femme de moins de 75 ans en cas d'amélioration des signes après ablation de la sonde vésicale (B-III)
- Il est recommandé de traiter 10 jours les pyélonéphrites ou orchidididymites associées aux soins (B-III)
- Il est recommandé de traiter **14 jours les prostatites** associées aux soins (B-III)
- Il est recommandé **de ne pas réaliser un ECBU de contrôle 48-72 heures après le début d'un traitement sauf** en cas de non réponse clinique au traitement ou en cas d'aggravation clinique (D-III)

Gestion des dispositifs endo-urinaires

- En cas d'IUAS sur **sonde urinaire**, il est fortement recommandé de retirer la **sonde urinaire**, ou de la changer lorsque le drainage est indispensable (A-III)

Il est recommandé d'effectuer ce changement de la sonde urinaire 24h après le début de l'antibiothérapie (B-III)

- Chez un **futur opéré urologique** dont la **sonde à demeure** est colonisée, il est recommandé:
 - de changer la sonde après 24 heures d'antibiothérapie à visée curative
 - d'opérer après au moins 48 heures d'antibiothérapie
 - de maintenir les antibiotiques **uniquement jusqu'à l'ablation de la sonde vésicale** ou 7 jours maximum si le retrait de la sonde n'est pas possible (B-III)
- Il est fortement recommandé **de traiter une IUAS avant changement de sonde endo-urétérale** (A-II)

Q-4 : prévention des IUAS sur matériel de drainage

Ce qui change par rapport à 2002 :

- Pas de grandes modifications
- Indications du drainage vésical
- Alternatives au sondage
- Modalités de sondage




Réunion COH - 24 novembre 2016

21






Indications du drainage vésical

- Il est fortement recommandé de ne pas mettre en place un drainage vésical chez le patient ayant une miction spontanée et n'ayant pas de résidu post mictionnel (E-III)
- Il est recommandé de ne pas mettre en place un drainage systématique en dehors des situations suivantes (E-II):
 - Chirurgie pelvienne et uréthro-vésico-prostatique.
 - Anesthésie générale supérieure à 3 heures.
 - Chirurgie à risque hémorragique pour une surveillance de la diurèse
 - sauf avis contraire motivé du chirurgien et/ou de l'anesthésiste responsables
- Il est fortement recommandé de **ne pas mettre en place un drainage vésical permanent** chez un patient avec une atteinte de la moelle épinière ou un autre trouble de la vidange vésicale pouvant bénéficier d'un sondage intermittent (A-III)

Modalités du drainage vésical

- Il est fortement recommandé d'utiliser le système clos et d'effectuer la pose stérile du cathéter (en dehors du sondage intermittent) (A-III)
- Il est recommandé d'utiliser les cathéters dits « hydrophiles » dans le sondage intermittent (B-I)
- Il est fortement recommandé de ne pas utiliser des cathéters imprégnés d'antibiotiques ou de particules d'argent (E-II)
- Il est recommandé de ne pas faire d'instillation vésicale d'antiseptiques ou d'anti-infectieux (D-II)
- Il est fortement recommandé de ne pas utiliser d'antibiotiques ou de probiotiques à visée prophylactique de l'infection urinaire chez le malade sondé asymptomatique (E-II)
- Il est fortement recommandé l'ablation du drainage dès que possible grâce à une réévaluation quotidienne de sa nécessité (A-II)

Modalités du drainage vésical

- Il est fortement recommandé de ne pas effectuer de changement systématique/planifié de la sonde (E-III)
- Il est fortement recommandé de changer la sonde dans les cas suivants : obstruction, infection symptomatique ou en préopératoire d'une chirurgie urologique en cas de bactériurie (A-III)

Il est recommandé de pratiquer le désondage nocturne (entre 22h et minuit après chirurgie urologique, en fin de nuit dans les autres cas) (B-II)