

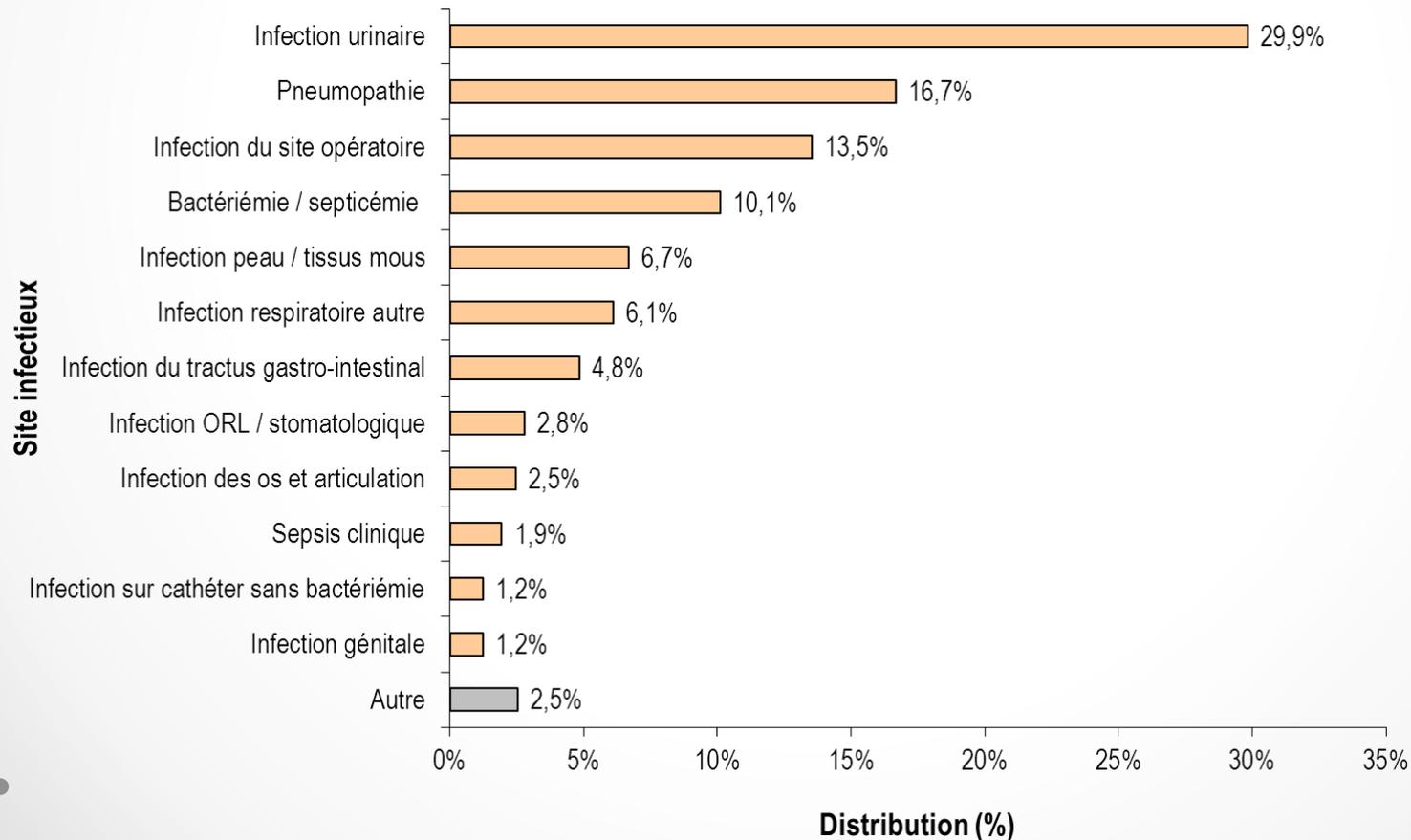
# Recommandations 2015 de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte



Sandrine HENARD  
10<sup>ième</sup> Journées régionales d'infectiologie  
10 octobre 2015

# Epidémiologie des IUAS

- ENP 2012 : les IUAS représentent 29,9% des IN diagnostiquées, avec une prévalence de 1,6%



# Epidémiologie des IUAS

- Le cathétérisme urinaire est le facteur de risque principal
- Les IUAS sont principalement monomicrobiennes, avec en majorité des BGN (*E. coli*)
- Les CGP, *P. aeruginosa* et les levures sont plus fréquents que dans les IU communautaires
- Selon l'ENP 2012 : 23% des entérobactéries sont C3G-R, chiffre en constante augmentation

# Définition de l'IUAS

- IAS : survient au cours ou au décours d'une prise en charge d'un patient si elle n'était ni présente ni en incubation au début de la prise en charge.
- Si l'état infectieux n'est pas connu au début de la prise en charge, un délai d'au moins 48h ou un délai couramment supérieur à la période d'incubation est accepté.
- Dans chaque cas, apprécier la plausibilité clinique
- IUAS si infection plus de 48h après une chirurgie au contact de l'urine
- IUAS si infection en présence d'un dispositif endo-urinaire ou moins de 7j après ablation de celui-ci.

## 4 Questions clés

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

# Comment diagnostiquer les IUAS ?

...

Question 1

# Diagnostic clinique

## Absence de dispositif endo-urinaire

- 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.**

# Diagnostic clinique

## Présence de dispositif endo-urinaire

- En présence d'un dispositif endo-urinaire, une IUAS peut être évoquée, **sans autre cause identifiée**, devant:
  - fièvre, hypothermie (<36°), hypotension,
  - altération de l'état mental, malaise général ou léthargie
  - Douleurs lombaires, aggravation de la dépendance
- Après ablation du dispositif, il faut évoquer une IUAS en cas de **persistance** de signes locaux (miction douloureuse, pollakiurie ou douleur sus-pubienne)

# Diagnostic clinique : Sujets âgés

- Diagnostic souvent par excès
  - Grande fréquence des colonisations bactériennes (20 à 50%)
  - Contamination fréquente des prélèvements.
- Il faut évoquer une IUAS devant:
  - Symptomatologie typique, mais aussi :
  - 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 fièvre

**Chez le sujet âgé : IUAS = diagnostic d'élimination**

# Diagnostic clinique

## Vessie neurologique

- Absence de sensation pelvienne et absence de symptômes locaux.
- Il faut évoquer une IUAS chez le patient ayant une vessie neurologique **en l'absence d'autre cause identifiée** devant:
  - une fièvre (rare mais spécifique)
  - et/ou une augmentation de la spasticité et/ou hyper-réflexie autonome
  - et/ou une modification de l'aspect/odeur des urines (signes les + spécifiques)

# Modalités du diagnostic microbiologique

- Il n'est pas recommandé d'utiliser la BU pour le diagnostic des IUAS
- L'ECBU est l'analyse de choix pour confirmer l'origine urinaire de symptômes évocateurs. Il permet de quantifier la bactériurie et la leucocyturie et de faire l'identification du germe et l'antibiogramme pour détecter les résistances.
- Il faut prélever l'urine en milieu de jet chez le malade non sondé
- Il faut prélever l'urine par ponction directe de l'opercule des sondes chez le malade sondé

**Il est recommandé de ne pas changer une sonde vésicale  
pour réaliser un ECBU**

# Diagnostic microbiologique

- **En l'absence de dispositif endo-urinaire**, mêmes seuils que pour les infections communautaires :
  - Leucocyturie > 10<sup>4</sup> 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 <sup>3</sup>	≥ 10 <sup>3</sup>
Entérobactéries autres que <i>E. coli</i> , entérocoque, <i>C. urealyticum</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>	≥ 10 <sup>3</sup>	≥ 10 <sup>4</sup>

# 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.
  - Utiliser le **seuil de 10<sup>5</sup> ufc/ml** pour la bactériurie
  - Une bactériurie entre 10<sup>3</sup> et 10<sup>5</sup> ufc/ml peut être contrôlée sur un nouveau prélèvement, mais dans tous les cas, la clinique prime sur les seuils de bactériurie.

# Qui faut-il traiter par antibiotiques ?

...

Question 2

# Indication de traitement

- Il faut traiter les IUAS symptomatiques après réalisation d'un ECBU **sauf** :
  - les impériosités mictionnelles post RTUP
  - après mise en place d'une sonde endo-urétérale
  - en cas de fièvre post-opératoire immédiate en l'absence de signes de sepsis grave
- Il est fortement recommandé de ne pas traiter les patients colonisés en dehors de la grossesse

# Indication de traitement Chirurgie urologique

- Il est fortement recommandé de dépister et de traiter les colonisations urinaires, de 48 h avant l'intervention jusqu'à ablation de la sonde vésicale ou 7 j max si le retrait de la sonde n'est pas possible, avant :
  - changement de sonde endo-urétérale
  - RTUP
- Avant cystoscopie : dépister et traiter ou ne rien faire
- Avant BCG thérapie : pas recommandé de dépister

# Autres situations

- Chez les greffés rénaux :
  - Colonisations **précoces** : fréquentes et associées à un sur-risque de sepsis
  - Pas de recommandation en faveur ou non du traitement d'une colonisation
- Ne pas dépister ni traiter les colonisations urinaires :
  - Autres patients immunodéprimés
  - Avant arthroplastie réglée de hanche, de genou ou avant chirurgie cardio-vasculaire
  - Avant ablation ou changement de sonde vésicale
  - Chez un patient en auto ou hétéro-sondage
  - Chez un patient porteur d'une sonde vésicale en réanimation

# Comment traiter les infections urinaires associés aux soins ?

...

Question 3

# Modalités de l'antibiothérapie

- Antibiothérapie probabiliste **dans l'heure** qui suit le diagnostic de sepsis grave, ou **dans les 12 heures** qui suivent le diagnostic d'infection parenchymateuse
- Dans les autres situations, en l'absence de comorbidité favorisant les infections graves ou de situation à risque, **différer** l'antibiothérapie afin de l'adapter aux résultats de l'ECBU
- Réserver l'usage des aminosides en association en cas de sepsis sévère/choc septique ou si risque de BMR
- Ne pas prescrire les aminosides plus de 72 heures lorsqu'ils sont prescrits en association

# Antibiothérapie probabiliste

## ○ Cystite

- fosfomycine – trométamol, nitrofurantoïne, fluoroquinolone

## ○ Pyélonéphrite

- pipéracilline + tazobactam (*P. aeruginosa* et entérocoque), ceftriaxone, cefotaxime. Si allergie aux bêta-lactamines : aminosides
- Si CGP sur l'ECBU : amoxicilline – acide clavulanique (+ aminoside si risque de SARM). Si allergie aux bêta-lactamines : glycopeptide.
- Facteur de risque EBLSE : ajout de l'amikacine.

## ○ Prostatite

- Ceftriaxone, cefotaxime, pipéracilline + tazobactam. Si allergie aux bêta-lactamines : cotrimoxazole ou FQ. Si risque d'EBLSE: ajout de l'amikacine.

○ En cas de **sepsis grave/choc septique**, ajouter l'amikacine.

○ Carbapénèmes si **ATCD et/ou facteur de risque de BLSE**

# Antibiothérapie documentée

- Cf reco « infections urinaires communautaires ».
- Durée de traitement :
  - 5 à 7 jours pour les cystites associées aux soins. 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
  - 10 jours les pyélo ou orchi-épididymites associées aux soins
  - 14 jours les prostatites associées aux soins
- Pas d'ECBU de contrôle 48-72 h après le début d'un traitement sauf en cas de non réponse clinique au traitement ou en cas d'aggravation clinique

# Gestion des dispositifs endo-urinaires

- En cas d'IUAS sur **sonde urinaire**, retirer la **sonde urinaire**, ou la changer lorsque le drainage est indispensable, 24h après le début de l'antibiothérapie
- Chez un futur opéré urologique dont la **sonde à demeure** est colonisée, il est recommandé:
  - de changer la sonde après 24 heures d'antibiothérapie
  - 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
- Il est fortement recommandé de traiter une IUAS avant changement de **sonde endo-urétérale**

# Candiduries

- **Ne pas traiter** les colonisations à *Candida spp.* en dehors des périodes préopératoires d'urologie
- Utiliser le fluconazole per os 48h avant et après chirurgie urologique d'un malade colonisé à *C. albicans*
- Prise en charge des candiduries symptomatiques:
  - Il est fortement recommandé de traiter les cystites associées aux soins dues à *Candida spp.* par 7 jours de fluconazole per os
  - Il est recommandé de traiter les pyélonéphrites associées aux soins dues à *Candida spp.* par 14 jours de fluconazole

# Comment prévenir les infections sur matériel de drainage urinaire ?

...

Question 4

# Non-Indications du drainage vésical

- Patient ayant une miction spontanée et n'ayant pas de résidu post mictionnel
- Toute situation sauf :
  - Chirurgie pelvienne et uréthro-vésico-prostatique.
  - Anesthésie générale supérieure à 3 heures.
  - Chirurgie à risque hémorragique (surveillance de la diurèse)
  - Avis contraire motivé du chirurgien et/ou de l'anesthésiste responsables
- Patient avec une atteinte de la moelle épinière ou un autre trouble de la vidange vésicale pouvant bénéficier d'un sondage intermittent

# Modalités du drainage vésical

- Utilisation du système clos et effectuer la pose stérile du cathéter (en dehors du sondage intermittent)
- Utiliser les cathéters dits « hydrophiles » dans le sondage intermittent
- Ne pas utiliser des cathéters imprégnés d'antibiotiques ou de particules d'argent
- Ne pas faire d'instillation vésicale d'antiseptiques ou d'anti-infectieux
- Ne pas utiliser d'antibiotiques ou de probiotiques à visée prophylactique de l'IU chez le malade sondé asymptomatique
- Ablation du drainage dès que possible grâce à une réévaluation quotidienne de sa nécessité

# Modalités du drainage vésical

- Ne pas effectuer de changement systématique/planifié de la sonde
- Changer la sonde dans les cas suivants : obstruction, infection symptomatique ou en préopératoire d'une chirurgie urologique en cas de bactériurie

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