

# Actualités sur les recommandations de bonne pratique: Infections urinaires associées aux soins

XXIII<sup>ème</sup> JRPI

Delphine Poitrenaud - CH Béthune

# RECOMMANDATIONS



→ 17.06.2015

## **Infections Urinaires Associées aux Soins** *recommandations de bonne pratique*

- Réactualisation Conférence de consensus de 2002
    - ✓ Co-promotion SF2H, AFU, SPILF
    - ✓ Sociétés partenaires: SRLF, SFAR, SF de Gériatrie, AF IDE en Urologie
  - Méthodologie « inspirée » du guide HAS 2010  
Méthode GRADE
- **Lourd, long, chronophage, difficultés de concordance avec les recommandations IU communautaires**
- 1<sup>ère</sup> réunion 2011 → 1<sup>ère</sup> présentation du texte en automne 2014

## 4 questions clés

Q1: Comment définir et diagnostiquer les IUAS ?

Q2: Qui faut-il traiter par antibiotiques ?

Q3: Comment traiter les IUAS ?

Q4: Comment prévenir les infections sur matériel de drainage urinaire ?

# Q1- Qu'entend-on par « associées aux soins »?

Survenue au cours/décours d'une prise en charge diag/thérap/préventive/éducative... (plutôt que selon le lieu de résidence)

Dans un délai compatible... (plutôt que > 48h)

➔ Apprécier la plausibilité de l'association entre PEC et infection

Evoquer une IUAS si survenue (AIII)

- > 48h après chirurgie au contact de l'urine
- en cas de présence d'un dispositif endo-urinaire ou < 7 jours après son retrait

# Q1- Comment définir et diagnostiquer les IUAS ?

## SIGNES CLINIQUES

- **En l'absence de dispositif endo-urinaire** → idem IU communautaires

- **En présence d'un dispositif endo-urinaire (A-III)**

Évoquer une IUAS **en l'absence d'autre cause identifiée**, devant:  
fièvre, hypothermie, hypoTA, AEG, malaise général ou léthargie  
JJ et urgenturie ≠ infection, modif odeur ou aspect des urines ≠ infection

- **Après ablation du dispositif (A-III)**

Evoquer une IUAS en cas de persistance des signes locaux: miction douloureuse, pollakiurie ou douleur sus pubienne

# Q1- Comment définir et diagnostiquer les IUAS ?



## CAS PARTICULIERS – Patients âgés

1. Forte prévalence colonisation U

25-50% femmes en institution  
15-40% hommes en institution

Gavazzi G 2013/Nicolle LE 2005

2. Clinique aspécifique des IU

3. Long séjour **ET**  $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$  **ET** Bactériurie  $\geq 10^5$  UFC/mL

Orr PH, 1996

= IU < 10% des cas

➔ recherche de critères objectifs ++, éliminer autres sites d'infections

**R.3. Il est fortement recommandé d'évoquer une IUAS chez le sujet âgé devant l'apparition d'une aggravation des troubles cognitifs ou de la dépendance, l'apparition et/ou l'aggravation d'une incontinence urinaire, associés ou non à des signes fonctionnels mictionnels ou à une fièvre (A-II).**

**R.4. 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).**

## **CAS PARTICULIERS – Vessie neurologique**

Evoquer une IUAS chez le patient neurologique présentant (B-III):

- une fièvre
- et/ou une augmentation de la spasticité
- et/ou une modification de l'aspect des urines
- **sans autre cause identifiée**

# Q1- Comment diagnostiquer les IUAS ?

1. L'utilisation de la BU n'est pas recommandée.

2. L'ECBU

- En l'absence de SU: seuils des IUC
- En présence de SU: aucune valeur prédictive de la leucocyturie

*Chez un patient porteur d'un dispositif endo-urinaire et présentant des signes évocateurs d'infection urinaire, une bactériurie  $\geq 10^5$  ufc/mL avec une ou deux espèces bactériennes à l'ECBU sur des urines prélevées sur l'opercule de la sonde vésicale permettent de confirmer une infection urinaire sur sonde. Une bactériurie entre  $10^3$  et  $10^5$  ufc/mL peut être contrôlée sur un nouveau prélèvement mais dans tous les cas, la clinique prime sur les seuils de bactériurie pour la décision thérapeutique.*

Cas particuliers:

seuil  $10^2$

- patient neutropénique
- prélèvements d'urine par ponction sus-pubienne, sondage AR, cystoscopie, urétérostomie ou pyélostomie:
- Bricker: polymicrobien

# Q1- Comment diagnostiquer les IUAS ?

## Modalités de réalisation de l'ECBU

- En l'absence de SU: idem IUC
- En présence de SU:



ECBU après changement de SU si en place depuis > 2sem  
↘ Biofilm, ↘ nombre de cultures polymicrobiennes

RPC IUAS  
2015

Pratique peu compatible avec 1 PEC rapide en urgence  
ET ↗ risque d'IU sur obstacle si difficulté de sondage

- Ne pas changer une SU pour réaliser un ECBU (D-III) **Avis d'expert**
- Prélever l'urine par ponction directe après désinfection de l'opercule des sondes chez le malade sondé pour réalisation d'un ECBU (A-II)

## Q2- Qui faut il traiter?



**Faut il traiter tous les patients symptomatiques?**

**OUI sauf....**

- Urgenturies et autres signes mictionnels **sans fièvre** avec bactériurie dans les suites d'une RTUP ou de Vessie ou pose d'une JJ (D-III).
- Tableau de SRIS après chirurgie au contact de l'urine en l'absence de sepsis grave (D-III)
  - Incidence 10 à 20%
  - Résolution en 24h
  - Surveillance ++

## Q2- Qui faut il traiter?



**Faut-il dépister et traiter certains patients asymptomatiques?**

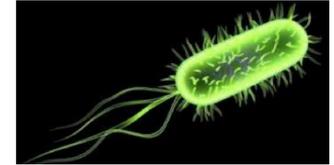
**Dépistage *ET* traitement**

***Ni* Dépistage *Ni* traitement**

Grossesse	En l'absence de contexte particulier
Avant changement JJ	Avant geste chir (ortho, CV)
Avant chir au contact de l'urine	En cas d'IS (corticothérapie, TOS, Neutropénie,...)
	Avant changement de SU, auto ou hétéro sondage
	En réanimation

*Non consensuel* → transplanté rénal/avant cystoscopie

## Epidémiologie des IUAS



Majoritairement monomicrobienne  
2/3 entérobactéries  
≈ 50% E.coli

### ENP des IN – 2012



- Définition IU:  
Colonisation/cystite/PNA/IUM?
- Surreprésentation Entérocoque?
- Impact sur les choix d'ATB probabiliste?

	InVS/Raisin, 2012 <sup>4</sup>	
Nombre de patients	4737	1439
Microorganisme (%)		SU
<i>E. coli</i>	49,8	39,5
<i>Enterococcus spp</i>	7,5	9,7
<i>P. aeruginosa</i>	6,9	10,2
<i>Proteus spp</i>	5,3	5,1
<i>Klebsiella spp</i>	7,7	7,7
<i>S. aureus</i>	3,5	5,5
<i>Enterobacter spp</i>	NP	4
SCN	NP	NP
<i>Candida</i>	NP	2,6
Autres	15,3	15,7

ENP-2012

## Q3- Traitement probabiliste

- **IU non fébriles (cystite)** → Traitement différé selon ECBU  
Sinon Fosfomycine trometamol, nitrofurantoïne, FQ
- **IU fébriles** → Spectre large puis désescalade

### PNA

Piperacilline tazobactam, ceftriaxone/cefotaxime

Allergie: aminosides

ED + CGP → amoxicilline-acide clavulanique +/- aminoside  
allergie: glycopeptides

### IUM

Ceftriaxone/cefotaxime, piperacilline tazobactam

Allergie: cotrimoxazole ou FQ

## Q3- Place des aminosides en probabiliste

- IUAS avec signes initiaux de gravité
- Situation à risque de BMR
  - colonisation à *Pseudomonas aeruginosa*
  - FDR EBLSE (colonisation connue, voyageur, ATB large récente) ou d'EPC
- Allergie vraie aux bêta-lactamines

### En pratique:

Sepsis sévère ou choc septique: + amikacine

Sepsis sévère + ATCD d'IU/colonisation à EBLSE-6mois :  
carbapénème + amikacine

Choc septique et FDR d'EBLSE: carbapénème + amikacine

ATB documentée  
=  
Idem IU communautaires

**Mise à jour décembre 2015** : Infections urinaires communautaires



## Q3- Durée de traitement

### Cystite

Cotrimoxazole ou FQ → 5 jours  
Autres molécules → 7 jours

**R.52. Un traitement de 3 jours seulement peut être envisagé en cas de cystite chez la femme de moins de 75 ans en l'absence de critère de fragilité et en cas d'amélioration des signes après ablation de la sonde vésicale (B-III).**

PNA

Orchi epididymites



10 jours

Prostatite

14 jours

Pas d'ECBU de contrôle sauf en cas de non réponse au traitement

# Q3- *bénéfice au changement de matériel urologique?*



## **IUAS sur SU**

- Retrait de la SU = **↘** risque de bactériurie et d'IUAS ultérieures  
Accélérer la résolution des symptômes
- Quand?... 24 h après le début de l'ATB si SU indispensable

## **Colonisation sur SU chez un futur opéré urologique**

- 1- ECBU sur sonde
- 2- ATB adaptée à l'ECBU
- 3- changement de SU après 24h d'ATB curative
- 4- chirurgie après  $\geq 48$ h d'ATB
- 5- maintien ATB jusqu'à ablation de la SU ou 7 jours max

# Q3- *bénéfice au changement de matériel urologique?*

## IUAS sur sonde endo urétérale (JJ): Idem



## Changement de sonde JJ:

- après contrôle du sepsis
- Sous couverture ATB adaptée depuis 24-48h

# Q3- Particularité des candiduries

- Candidurie asymptomatique

Aucune indication de ttt en dehors des périodes préopératoires d'urologie (48h avant et après)

Vérifier l'absence de mycose génitale



- Candidurie symptomatique à *Candida spp*

Éliminer une IU bactérienne concomitante avant de ttt l'inf fongique

Cystite                      fluconazole PO 7 jours

(posologies x 2 si S diminuée au fluconazole)

PNA                            fluconazole (3-6 mg/kg/j) PO 14 jours

(Ampho B déoxycholate si R)

# Q4- Comment prévenir les IUAS sur matériel de drainage urinaire?

## La SU



## Colonisation

10% à l'insertion d'un système clos  
≈ 3% d'acquisition par jour  
100% de colonisation à 1 mois

Warren JW

Rupture du système clos = risque d'IU x 8

- pas d'intérêt démontré du choix latex/silicone
- **intérêt de la réduction des durées de sondage, réévaluation/jr**
- retrait en fin de nuit (bonnes conditions de repose si besoin)

## Q4- Comment prévenir les IUAS sur matériel de drainage urinaire?

Toujours aucune démonstration de l'intérêt d'un changement systématique/planifié de la SU

Indication à un changement de SU:

obstruction  
infection symptomatique  
préop d'une chir uro en cas de bactériurie

**Le cathéter sus pubien**

# Colonisation urinaire/IUAS

Ce qui diffère avec les reco sur les IU communautaires 2015:

- Principe d'épargne ?
- Moins de considération pour le microbiote

**MAIS**

2002 = Dans le doute traiter par ATB

**2015 = Dans le doute s'abstenir d'un  
ttt ATB**

