

L'infection urinaire sur matériel en Urologie Le point de vue de l'Urologue

Dr K. Lagha, Nice

D'après les Recommandations de prise en charge
IUAS 2015 (SPILF/AFU)

Introduction

En cas d'obstruction aigue l'Urologue va intervenir afin d'assurer ou restaurer le transit urinaire sans pression :

- * Par les voies naturelles en général, avec ou sans matériel de drainage laissé en place.
- * En cas d'impossibilité par voie naturelle, l'urine est drainée vers l'extérieur (transcutanée) par un drain.

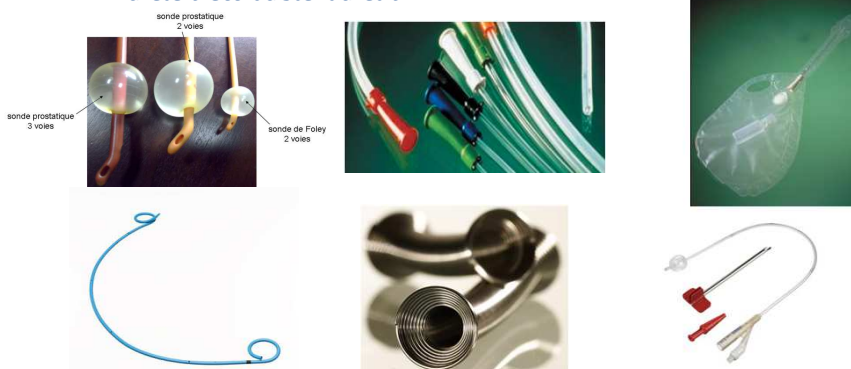
Chaque acte au contact de l'urine est potentiellement source d'infection urinaire . Cependant la scène clinique peut être dominée par l'infection et nécessiter le drainage urgent.

Dispositifs endourinaires

Quels sont les
dispositifs endourinaires utilisés
couramment ?

Dispositifs endourinaires courants

Sonde vésicale, Cathéter sus pubien, sonde
urétérale JJ ou stent urétral



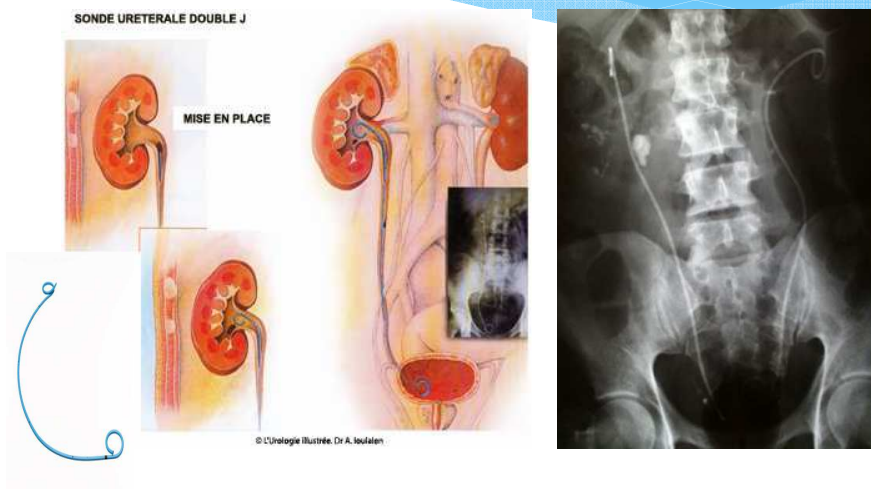
Pathologies

Quelles sont les
pathologies courantes requérant
le drainage ?

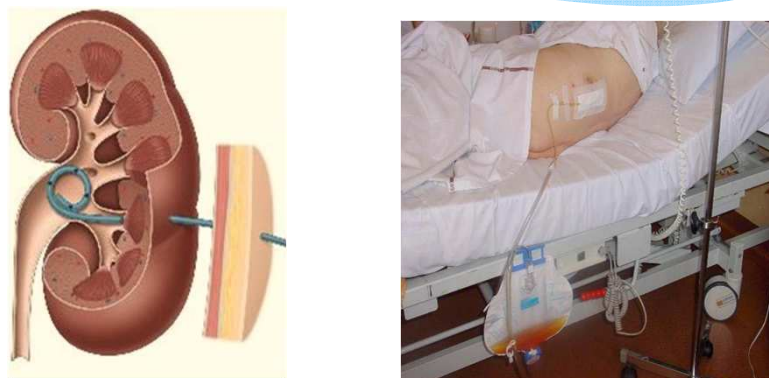
Pathologies urologiques requérant le drainage

- * **Pathologies urgentes : drainage impératif**
Rétention urinaire, Fièvre sur PNA obstructive...
(sonde urétérale, vésicale, cathéter sus pubien)
- * **Actes programmés : acte endo urologique**
Geste transuretral prostatique, chirurgie pelvienne...
(Sonde vésicale 2 ou 3 voies)

Pathologie urgente : drainage impératif Haut appareil - Sonde urétérale (JJ)

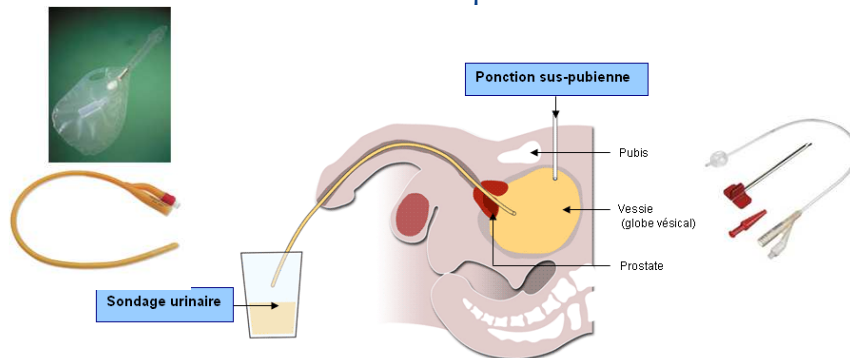


Pathologie urgente : drainage impératif Haut appareil - Néphrostomie



Pathologie urgente : drainage impératif Bas appareil urinaire

Sonde vésicale et cathéter sus pubien



Pourquoi faut-il discuter le retrait plutôt que laisser un dispositif à demeure

Réduire le portage d'une sonde à demeure ou tout autre dispositif par tous moyens et dans la mesure du possible.

Afin d'éviter...

Matériel incrusté



Lésions chez le patient Ulcère méat urétral Fistule après nécrose urètre



Cas clinique Patient sondé

Mr Vid..., 81 ans est sondé depuis 1 mois. DNID, HTA, **HBP asymptomatique non traitée**

- * 23 – 27 Mars : séjour Ets A (diarrhées,) bilan négatif, sortie traitement symptomatique (CRP 54)
- * 30 Mars : Urgences Ets B pour RAU, sondé puis retour domicile avec Ciflox, Revient 01 Avril aux Urgences Ets B (fièvre 39°, CRP 280) puis transféré à Ets C service de Medecine : ATB probabiliste Tazocilline + Ciflox et relais ATB adapté (ECBU : E Coli) relais Ciflox , apyrexie
- * Depuis le 10 avril au Centre de Convalescence
- * 28 avril Cs Uro pour prise en charge chirurgicale. ECBU du 18 Avril stéril (mais toujours sondé et sous Ciflox).
- * Le patient est demandeur d'un traitement chirurgical.

Patient porteur d'une sonde vésicale à demeure



Patient sondé

=

Patient colonisé

(en 1 semaine 50% et en 1 mois 100 %)

=

BMR à fortiori BLSE

Cas clinique : Chez ce patient sondé colonisé avec signes évoquant une IUAS à J2 du sondage - recommandations

IUAS = 1 signe clinique + 1 signe bactériologique

Retirer la sonde si possible

Ou à défaut la changer si le drainage est indispensable, 24 h après le début de l'antibiothérapie curative (avec IU documentée)
(il n'est pas nécessaire de contrôler l'ECBU à 48-72h sauf persistance signes cliniques)

Afin de réduire le risque de colonisation chronique et ou réactivation du sepsis urinaire. L'ATB n'a d'effet que sur les bactéries « planctoniques », le biofilm s'élimine avec le retrait de la sonde

Recommandations patient sondé chronique arrivant en Urologie pour être opéré

* **Faut-il l'isoler ?**

Oui, PCC, Signalement dans le service, SHA+++

* **Faut il le traiter ?**

Oui après fenêtre ATB,

* **Quand, Comment ?**

ECBU (sur sonde avant l'intervention) et ATB **curative** minimum 48 h avant le geste (Changer si possible la sonde 24 h après le début de l'ATB)

Cas général : discussion

Patients asymptomatiques colonisés

Faut il tous les traiter ? Non

En dehors de la **grossesse** les patients asymptomatiques ne doivent pas être traités

Il est **recommandé de ne pas dépister ni traiter les colonisations :**

- 1) Avant changement ou ablation de sonde vésicale (uropathie, neurologie)
- 2) En cas d'auto ou hétéro sondage (neurologique)
- 3) Patients immunodéprimés (**sauf transplantés rénaux**)
- 4) Une colonisation chez un patient en réanimation

Léone et al : Intensive Care Med, 2007

Cas clinique : discussion

Patients asymptomatiques colonisés

Faut il tous les traiter ? Non mais ce patient oui

!

Sauf avant une intervention au contact de l'urine « colonisée »

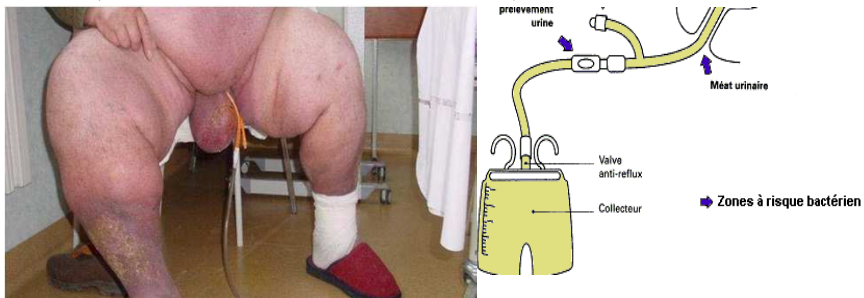
Et dans ce cas uniquement il est **fortement recommandé** de :

- 1) Dépister les colonisations urinaires
- 2) Traiter préventivement si **urgence** (probabiliste)
- 3) Traiter en curatif 48 h avant le geste (REUP ou REUV) et jusqu'à l'ablation de sonde ou 7 jours maxi si retrait de sonde pas possible.
- 4) Dépister et traiter en cas de changement **de sonde endo urétérale** d'autant que le patient est symptomatique (ECBU pas très sensible)

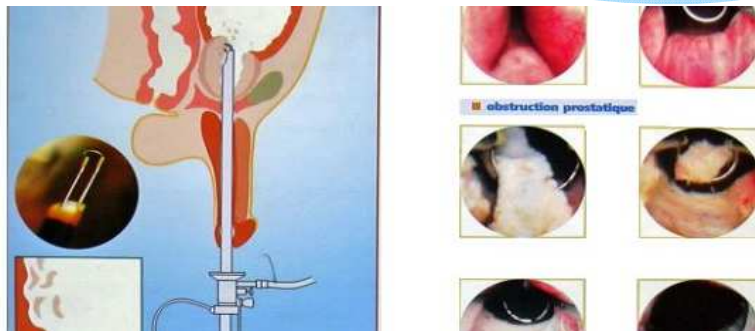
Risque bactériémie (60%) avec 10 % de sepsis grave (E Basri et al. Urology 2012 et Sayin Kutlu et al. J Infect. Dev Ctries)

Cas clinique : Zones à risque bactérien (terrain, services différents, ATB, la sonde)

Patient sondé devant se faire opérer
(colonisé BMR ou BLSE à priori)

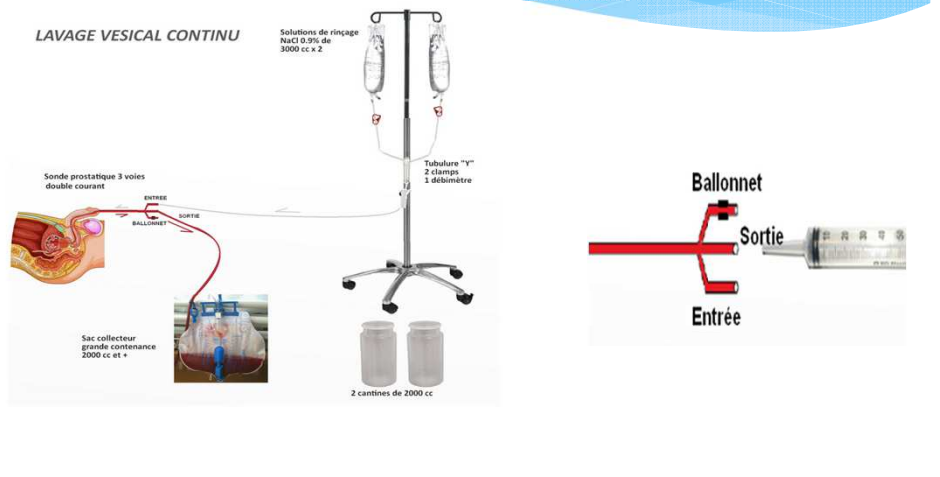


Intervention proposée Résection de prostate



Risque de bactériémie 60% et 10 % sepsis grave

Risques septiques accrus si caillots, sonde bouchée = manipulations



Le patient quitte le service mais signes irritatifs.
Après chirurgie, faut il traiter tous les patients
symptomatiques colonisés ?

En général **non**

- * Les signes post opératoires sont banals (urgentes, brûlures ...)
- * Cependant en cas de signes d'infection urinaire « sévère » (fièvre > 38°5 persistante, AEG...) traitement après ECBU (bactériurie $\geq 100.000/ml$) est fortement recommandé.

Un mot des candiduries

- * **Candidurie asymptomatique** (risque candidémie très faible)
 - **Changer** sonde vésicale en **réanimation, stop ATB** si possible.
 - Il est fortement recommandé de **ne pas traiter** les colonisations **SAUF** chirurgie urologique (Fluconazole per os 48 h avant et après)
 - * **Candidurie symptomatique** = Fluconazole
 - Cystites (après avoir éliminé une IU bactérienne concomitante)
7 jours
 - Pyélonéphrite (14 jours) , fungus ball (ATB + chirurgie)
- Fraisse et al. Prog Urol 2011*

Mesures de prévention de l'IU Eviter la sonde à demeure !

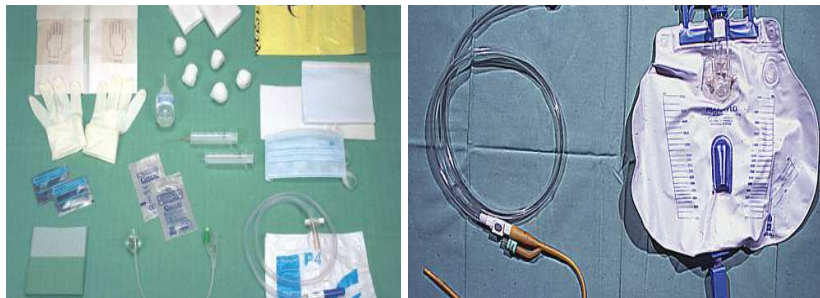
Mais en pratique

il est recommandé de s'en accommoder :

- * Pour le sondage à demeure
 - **le système clos aseptique**
 - pour le sondage à demeure **il n'est pas recommandé** d'utiliser préférentiellement un type de sonde (silicone ou latex)
- * Pour le sondage intermittent : **cathéter « hydrophile »**

Mesure de prévention de l'IU fortement recommandée

Sondage aseptique et système clos



Conclusion (I) : avant chirurgie patient non sondé, prévenir les IU

* **Eviter de mettre une sonde** ou cathéter sus pubien !

Sauf

- Chirurgie pelvienne et urètre prostatique
- Anesthésie > 3 h
- Chirurgie à risque (hémorragique, rein unique...)
pour surveillance de diurèse

* **La retirer si possible au plus tôt** et réévaluer
quotidiennement sa nécessité.

Conclusion (2) Chez le futur opéré avec sonde colonisée

Ce patient est colonisé (BMR ou BLSE à priori)

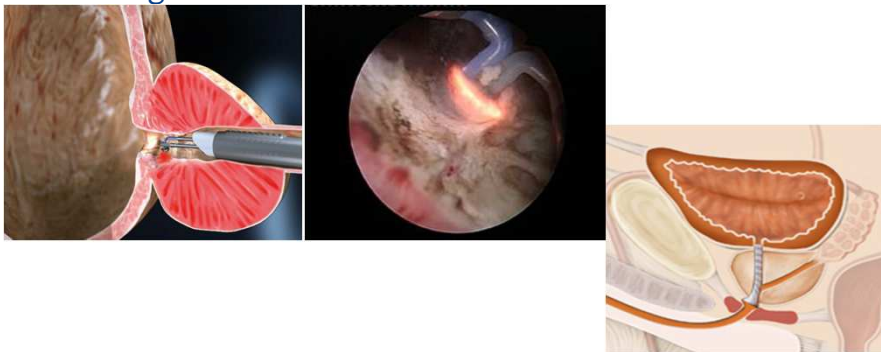
- **Changer la SAD ou endo urétérale** après 24h d'antibiotique adapté et réaliser le geste au bout de 48 h
- La **durée** du traitement ATB jusqu'à ablation de sonde ou **7 jours** maximum
- **Faire sortir** le patient au plus tôt **sans ECBU** de contrôle en l'absence de signes infectieux (**prévenir le Médecin traitant et l'entourage**) – **consignes boisson +++** sera revu en Cs entre 1 et 3 mois

Conclusion (3) : chez l'opéré sondé , réduire le risque de l'IU

- * **Education** hygiène patient, entourage, personnel paramédical
- * **Réduire la durée de sondage** +++ (désondage nocturne entre 22h et minuit recommandé mais pas pratique ! En règle générale tôt le matin)
- * **Développer les techniques réduisant la durée du sondage** (vaporisation plasma, laser) ou absence de sondage (stent).
Peu ou pas de saignement = pas lavage = pas de manipulation

Pourra-t-on se passer de la sonde ? Nouvelles techniques...

Vaporisation plasma, laser, stent... Pas ou peu de sondage



Liens d'intérêt

aucun



Merci pour votre attention



...Merci