

42^e JOURNÉE RÉGIONALE
HYGIÈNE HOSPITALIÈRE :
PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

Infections urinaires associées aux soins Particularités liées à l'auto-sondage

Dr Claire DELLECI

PH service de MPR

Pôle de Neurosciences Cliniques

Auto-sondage intermittent

- 80's
- Méthode de référence pour le drainage des urines en cas de rétention chronique
- A changé le pronostic vital des blessés médullaires
- Protège le haut appareil urinaire
- Palie à la rétention
- Améliore l'incontinence (association thérapeutique)
- Réduit le risque infectieux

Technique

- Sondage propre mais pas stérile
- « No Touch »
- Préparer la sonde et connecter la poche de recueil avant
- Toilette périnéatique propre et non stérile
 - lingettes sans alcool
 - **proscrire la toilette périnéale par antiseptiques à chaque sondage**
- Lavage des mains à l'eau savonneuse
- Toilette intime 1 fois par jour (2 max) à l'eau savonneuse

Lapides J, Diokno AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. J Urol 1972;107:458-61

Technique

- 5-6 fois par jour dont au lever et au coucher
- Sonde de préférence auto-lubrifiée, à usage unique
- Nouvelle sonde à chaque sondage
- Nouvelle sonde en cas d'erreur (dont « erreur d'orifice » chez la femme)
- Ne jamais forcer (sondes béquillées, plus grosse charrière)
- A la fin du sondage, retirer la sonde progressivement
- Attention aux sondages en position allongée

Auto-sondage intermittent

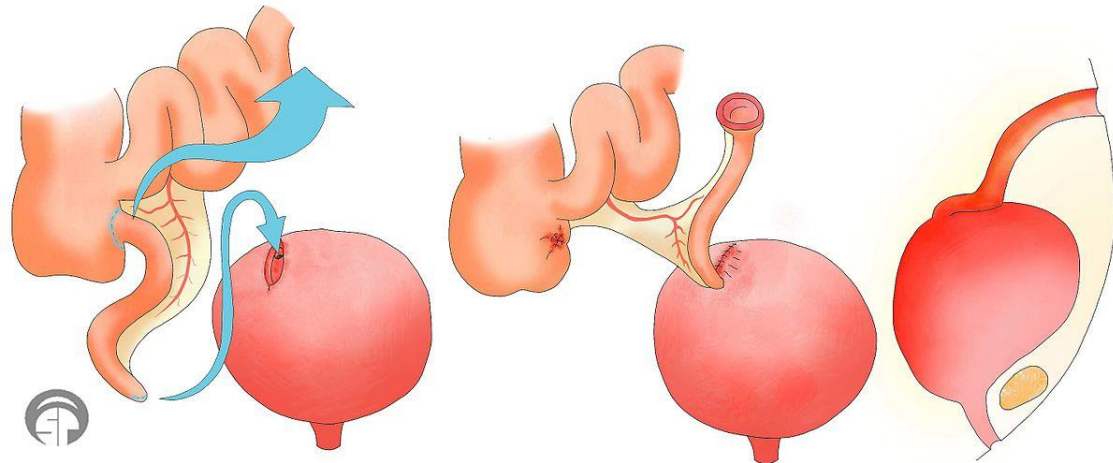


Auto-sondage intermittent



- Stomies continentes

- Mitrofanoff
- Monti
- Casale



Risque infectieux et ASI

- Croyance: le sondage majore le risque infectieux
- Réalité: plus complexe
 - Vessies neurologiques
 - Manœuvres instrumentales répétées
 - Altération immunité locale
 - Altération muqueuse (cystite chronique, lithiases, dysplasie...)
 - **Constipation**
 - Résidu post-mictionnel
 - Probabilité de développer une IU nosocomiale en MPR
 - Patients blessés médullaires

Mode de drainage	Infection/jour /100 patients
SAD	2,72
ASI	0,41
Etais péniers	0,36
KT sus-pubiens	0,34
Mictions spontanées	0,06

De Sèze M, Shao E, Joseph PA. Infections urinaires nosocomiales en médecine physique et réadaptation : particularités des vessies neurologiques. Médecine et maladies infectieuses 33 (2003) 298s–310s.

Risque infectieux diminué par les ASI

- Si Nombre de sondages (5 à 6/j) et hydratation suffisants (1,5 à 2l/j)
- Si V sondage <400cc
- Fréquence des sondages plus important que la stérilité
- Colonisation ≠ infection
- Critères cyto bactériologiques $\leq$ présence de **symptômes**: pas de de symptôme, pas d'ECBU (sauf si geste)
- Intérêt de l'antibiogramme

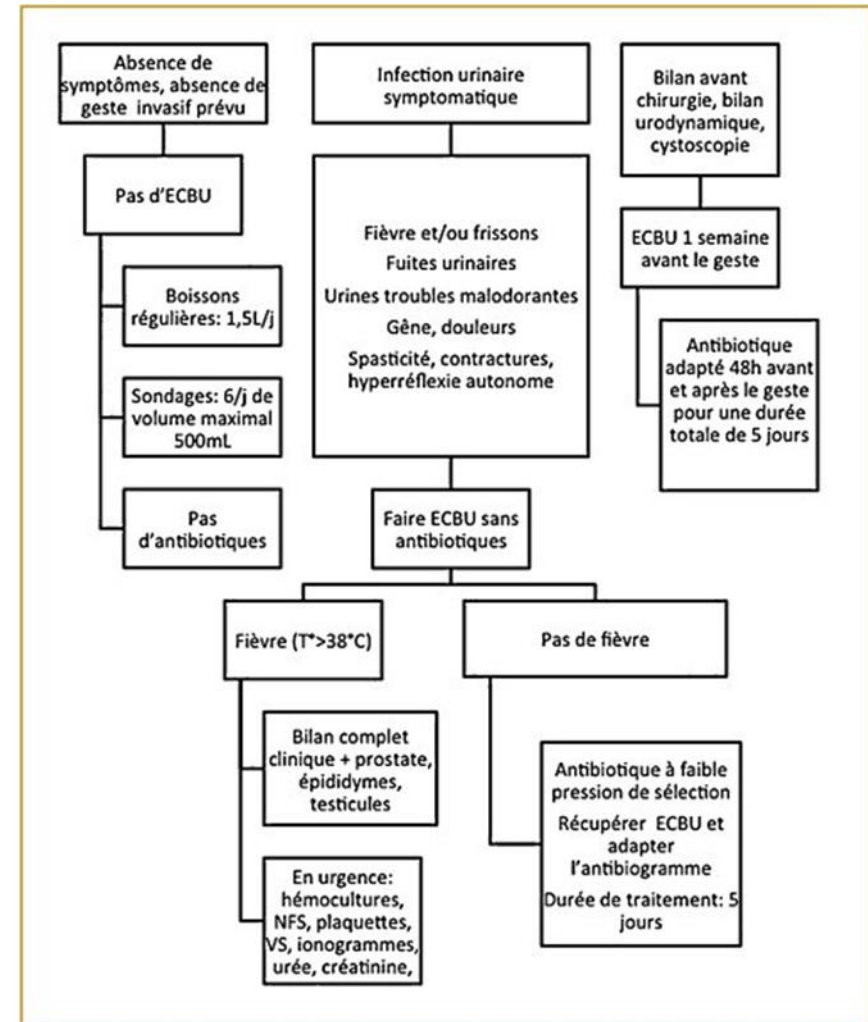
Cottenden A et al. « Management with continence products » In: Incontinence (3rd International Consultation of Incontinence) 2004. Paul Abrams Editors. 2005;p.151-230.

Weld KJ, Dmochowski RR. Effect of bladder management on urological complications in spinal cord injured patients. J Urol 2000;163:768-72.

Révision des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins de l'Adulte, Mai 2015

Que faire en cas d'infection sur ASI

- Traitement de l'infection
- Poursuite des ASI
- Sauf si patient fatigué, spastique, si hématurie avec caillottage, prostatite, douleurs ou difficultés de sondage



Particularités de l'auto-sondage

Messages essentiels

- Mode de drainage permettant le meilleur confort avec le moindre risque d'infection chez les patients rétentionnistes
- Non stérile, pas de désinfection du méat, toilette quotidienne au savon
- Colonisation quasi-obligatoire, la présence d'une infection est déterminée par les symptômes, parfois frustrés
- Importance de l'éducation des patients, et des soignants