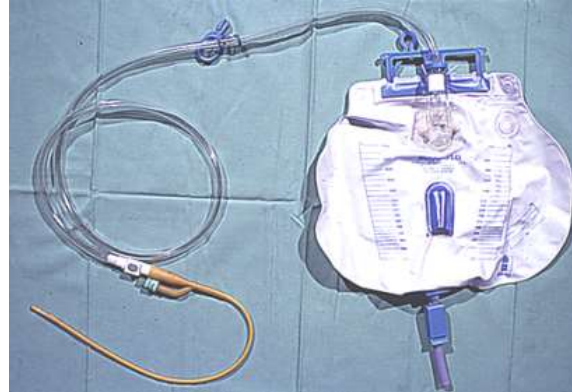


Prévention des infections urinaires associées aux soins

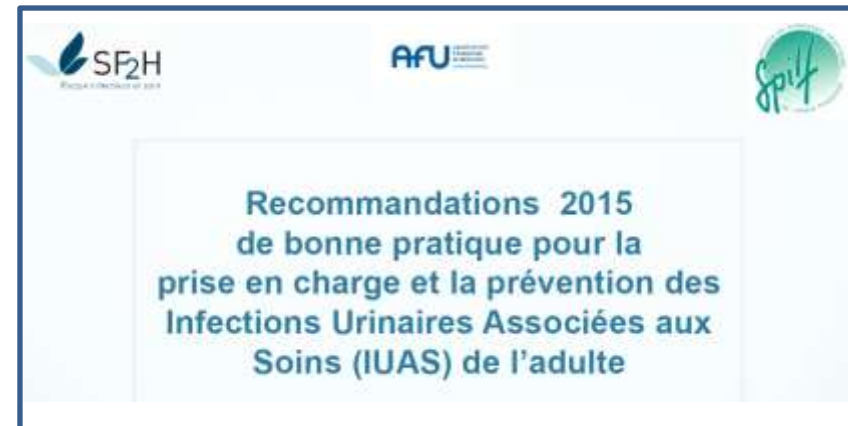
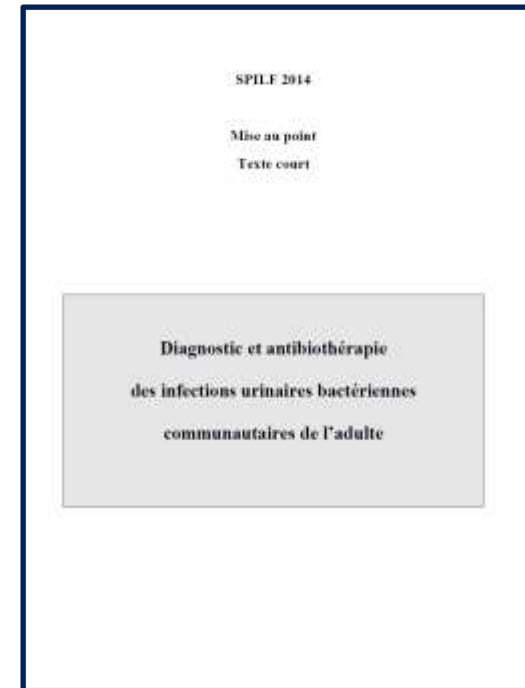


Réunion du réseau des référents en hygiène des établissements médico-sociaux
IMS Xavier Arnoz de Pessac, 23 mars 2017

Arlin Aquitaine

Quels référentiels ?

- Actualisation en 2014 des recommandations de prise en charge des **IU bactériennes communautaires de l'adulte** (SPILF)
 - http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2014-infections_urinaires-court.pdf
- Révision en 2015 des recommandations de bonne pratique pour la **prise en charge et la prévention des IUAS de l'adulte** (SPILF, AFU, SF2H)
 - http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2015-RPC-infections_urinaires_associees_aux_soins.pdf



Etude de cas n°1



- Vous accueillez un nouveau résident dans votre établissement : Monsieur A est âgé de 76 ans, sondé à demeure, et présente des « bactériuries » chroniques parfois fébriles.
 - Mr A a été exposé à de multiples traitements antibiotiques et son dossier mentionne des antécédents d'identification de BMR urinaires.
 - Le jour de son entrée, Mr A ne présente aucun symptôme évocateur d'infection.

Question 1 : Quelle attitude adopter à l'accueil de ce patient ?

1. Faire immédiatement une bandelette urinaire
2. Faire immédiatement un ECBU
3. Mettre en place de suite les précautions complémentaires contact
4. S'interroger sur la présence de la sonde à demeure

Réponse 1 : Quelle attitude adopter à l'accueil de ce patient ?

1. Faire immédiatement une bandelette urinaire



47.5%

2. Faire immédiatement un ECBU



8.2%

3. Mettre en place de suite les précautions complémentaires contact



11.5%

4. S'interroger sur la présence de la sonde à demeure



80.3%

Sondage à demeure



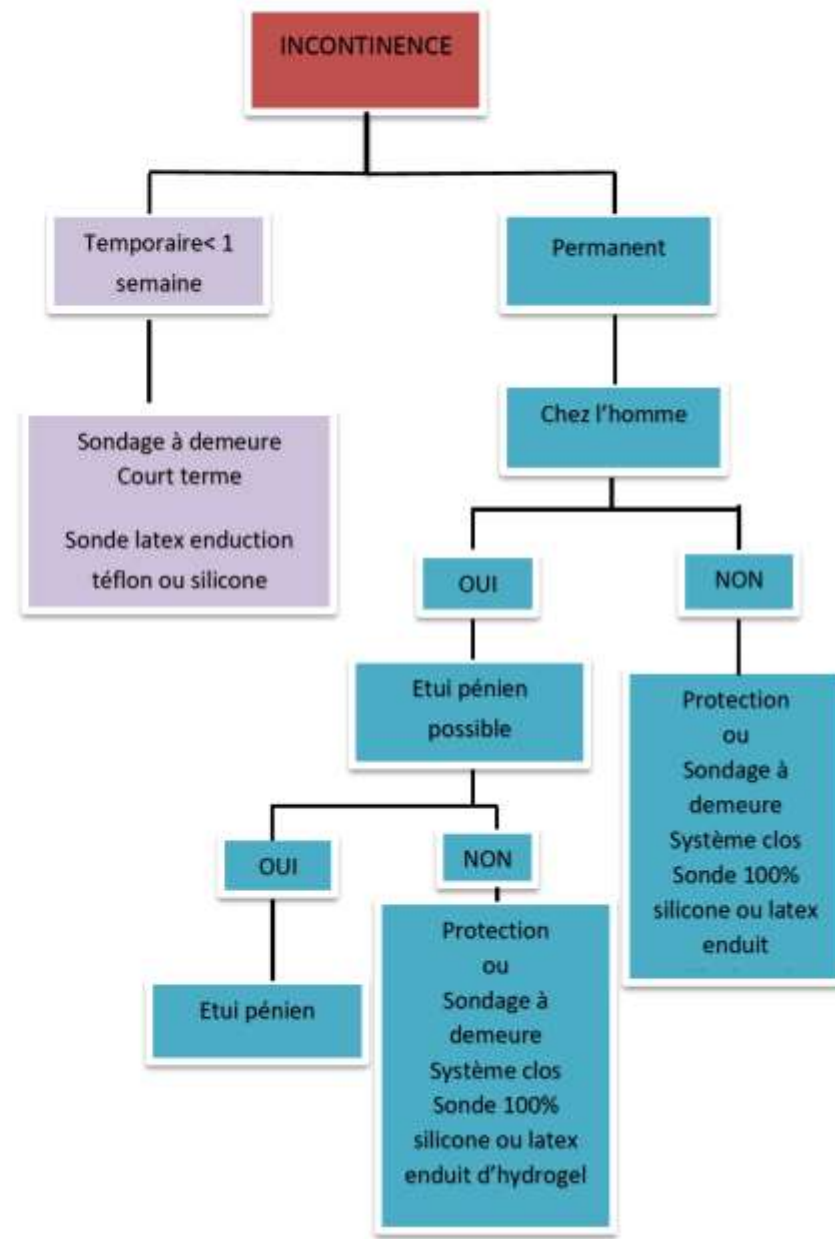
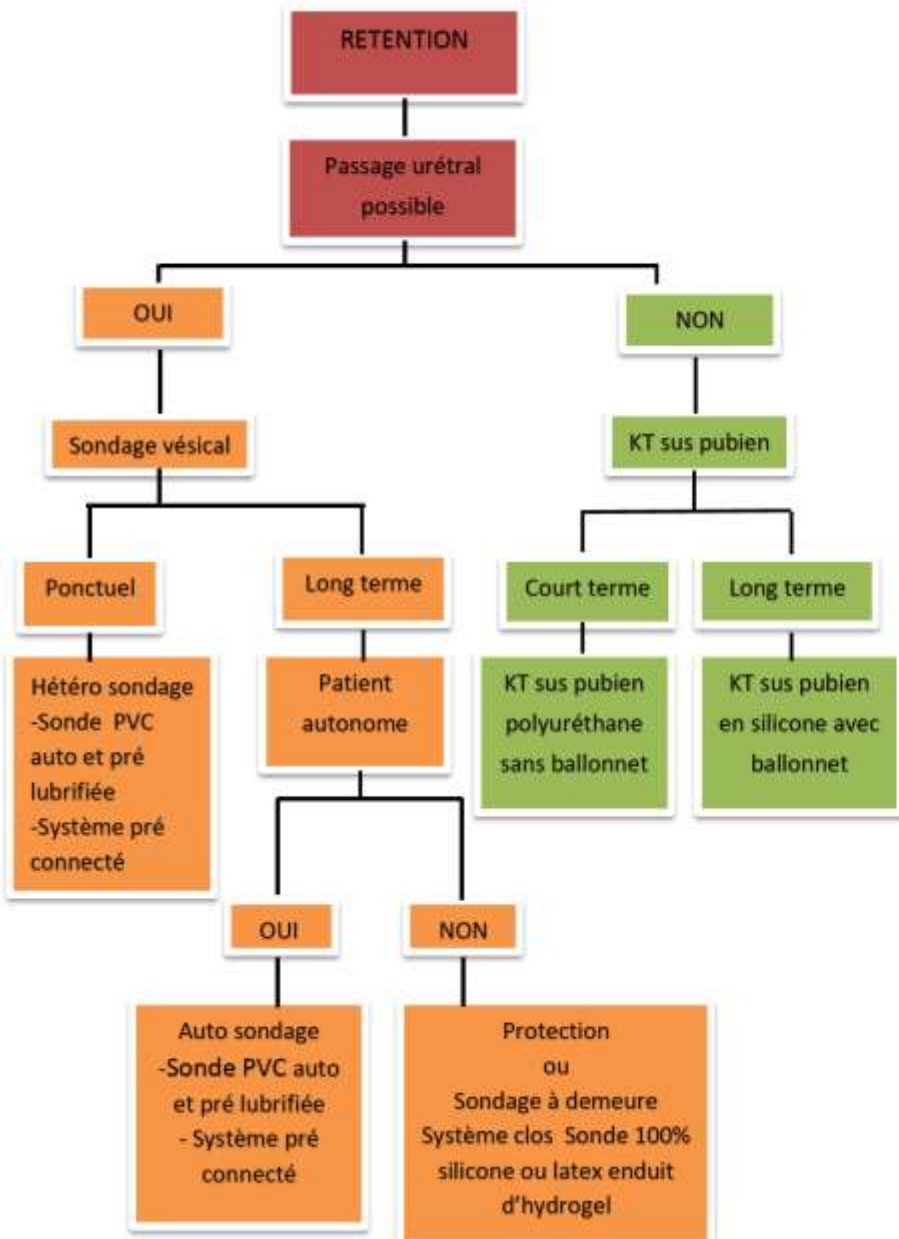
- Quelle indication ?
 - Incontinence
 - Rétention urinaire
 - Diurèse
 - Chirurgie lourde de l'arbre urinaire
 - Escarres majeures
 - autres...

~~BU~~

~~ECBU~~

~~PCC~~

CHOIX DES DISPOSITIFS MEDICAUX DE L'ABORD URINAIRE



Ce résident peu autonome présente une rétention urinaire chronique et il est décidé de poursuivre le SAD pour le moment...

Question 2 : 3 semaines après son entrée, Mr A présente un épisode de confusion avec chute rapporté à une possible IU (élimination préalable des autres étiologies)

1. Il faut faire une bandelette
2. Il faut faire un ECBU
3. Il faut faire un ECBU et initier une prophylaxie antibiotique
4. Il faut faire un ECBU, retirer la sonde, et initier un traitement antibiotique

Réponse 2 : 3 semaines après son entrée, Mr A présente un épisode de confusion avec chute rapporté à une possible IU (élimination préalable des autres étiologies)

1. Il faut faire une bandelette



36.2%

2. Il faut faire un ECBU



53.4%

3. Il faut faire un ECBU et initier une prophylaxie antibiotique



27.6%

4. Il faut faire un ECBU, retirer la sonde, et initier un traitement antibiotique



19.0%

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 ($<36^{\circ}$),
 - 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.

Suspicio

Température ≥
Dysurie, pollakiurie

Te

Incont

Somnolence, apparition ou

Recueil d'urines pour Bandelette

Pas de nécessité de toilette périnéale préalable

Urines fraîchement émises
Deuxième jet urinaire
(élimination du 1^{er} jet souillé par la flore uro génitale)
Récipient propre et sec mais non stérile
Lecture à température ambiante
1 à 2 mn (selon les tests utilisés) après trempage



Respect strict du temps de lecture

ente l'interprétation d'un ECBU positif
que ou atypique associant confusion,

chez le sujet de plus de 75 ans, fragile,
prennent au moins un critère biologique
ques (confusion chute...)

ont pas des symptômes d'infection

uer si l'infection survient
après l'ablation de celui-ci.

Recueil d'urines pour ECBU

Toilette urétrale ou vulvaire

Patient continent

Recueil du deuxième jet
(élimination du 1^{er} jet souillé par
la flore uro génitale)

Patient incontinente

Patient sondé

Ponction après désinfection sur le
site spécifique du dispositif de sonde
Jamais dans le sac collecteur

Homme
Collecteur pénien posé à cet effet

Femme
Sondage aller-retour après avis médical

Récipient stérile

Conservation avant envoi au laboratoire



≤ 2 heures dans un flacon
ECBU à température
ambiante



≤ 24 heures dans un
flacon ECBU à 4°C



≤ 48 heures à température
ambiante avec tube + borate
et système sous vide

tes et/ou de nitrites
tes et de nitrites
e négative doit orienter vers un autre
re associée aux soins ⁽²⁾

J.
isport et de conservation rigoureuses

ques et ne pas traiter abusivement les
ation de colonisation.
fection urinaire mais avec symptômes
aut éliminer en premier lieu les autres

ns, une des raisons est qu'elles
uraient un rôle protecteur vis-à-vis de

dépendance :
ne colonisation urinaire
it une colonisation urinaire et 1/4 des

Pas de contrôle de l'ECBU sa

Présence de signes cliniques

Pas de signes cliniques et ECB



ARLIN HN et Groupe de

hospital patients shows that re
phenotypes. Salvadore E et al.

<http://www.cclinpa>
[osticIU_geria_2016](http://www.cclinpa)
Février 2016



ARLIN HN et Groupe de travail régional sur les Infections urinaires

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)

R.11. Il est fortement recommandé de réaliser un ECBU devant des signes évocateurs d'IUAS pour quantifier la leucocyturie et bactériurie, isoler le(s) agent(s) infectieux et pratiquer un antibiogramme (A-I).

Antibiothérapie : conduite à tenir

R.34. Il est fortement recommandé de mettre en route une antibiothérapie probabiliste dans l'heure qui suit le diagnostic de sepsis sévère (A-I).

R.35. Il est fortement recommandé de mettre en route une antibiothérapie probabiliste dans les 12 heures qui suivent le diagnostic d'infection parenchymateuse (pyélonéphrite, prostatite, orchi-épididymite) (A-III).

R.36. Dans les autres situations, en l'absence de comorbidité favorisant les infections graves ou de situation à risque, il est fortement recommandé de différer l'antibiothérapie afin de l'adapter aux résultats de l'ECBU (A-III).

R.56. 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).

R.57. Il est recommandé d'effectuer ce changement de la sonde urinaire 24h après le début de l'antibiothérapie (B-III).

Question 3: réalisation de l'ECBU...

1. Les urines peuvent être recueillies à partir du système de vidange du sac collecteur
2. La sonde et le sac collecteur peuvent être déconnectés pour recueillir les urines
3. La sonde doit être retirée avant de faire le prélèvement
4. Le prélèvement doit être réalisé sur le site de prélèvement du dispositif de sondage

Réponse 3: réalisation de l'ECBU...

1. Les urines peuvent être recueillies à partir du système de vidange du sac collecteur



5.1%

2. La sonde et le sac collecteur peuvent être déconnectés pour recueillir les urines



1.7%

3. La sonde doit être retirée avant de faire le prélèvement



5.1%

4. Le prélèvement doit être réalisé sur le site de prélèvement du dispositif de sondage



94.9%

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)



1• INDICATIONS

■ L'examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) n'est pas utile pour un premier épisode chez une femme quel que soit son âge, sans facteur de risque de complication (anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, diabète, immunodépression, insuffisance rénale, grossesse...) et sans facteur de risque d'antibio-résistance (antécédents d'antibiothérapie répétées, acquisition nosocomiale). Il peut être avantageusement remplacé par la recherche de leucocytes et de nitrites à la bandelette urinaire faite par le clinicien. Si la bandelette est négative, le diagnostic d'infection urinaire peut être éliminé.

■ L'ECBU est indispensable pour le diagnostic d'une infection du tractus urinaire dans les contextes suivants :

- Enfant (<15 ans),
- Homme,
- Femme si bandelette urinaire douteuse, enceinte, porteuse d'anomalies du tractus urinaire, ayant eu plus de 4 épisodes d'infection urinaire dans l'année ou si le dernier épisode date de moins de 3 mois, ayant des facteurs de risque d'antibiorésistance.

Chez les patients asymptomatiques, la prescription est justifiée dans les cas suivants :

- Patient devant bénéficier d'une intervention au niveau de la sphère urogénitale.
- Femme enceinte : si bandelette urinaire positive ou dans le cadre de la surveillance systématique si diabète ou menace d'accouchement prématuré, hyperalbuminurie, antécédents d'infection urinaire à répétition ou de pyélonéphrite, uropathie sous-jacente.
- Patient diabétique avec bandelette urinaire positive.

Remarque : chez la personne âgée toute la difficulté est d'attribuer à la bactériurie la responsabilité d'un tableau clinique atypique (fièvre isolée, douleurs abdominales, altération inexpliquée de l'état général...). La recherche d'une uropathie doit être systématique.

■ En cas d'échec d'un traitement probabiliste d'une infection urinaire



La recherche de *Chlamydia trachomatis* sur les urines (1^{er} jet) ainsi que la recherche de mycobactéries sont uniquement effectuées sur prescription explicite (notation non cumulable avec celle d'un ECBU standard).

Références

1. Asperwall O., Hallander H., Gant V. et coll. European guidelines for urinalysis: a collaborative document produced by European clinical microbiologists and clinical chemists under ECLM in collaboration with ESCMID. Clin. Microbiol. Infect. 2001;7: 173-178.
2. Bouza E., San Juan R., Munoz P. et coll. An European perspective on nosocomial urinary tract infections II. Report on incidence, clinical characteristics and outcome. Clin. Microbiol. Infect. 2001;7:532-542.
3. Rémic 2004
4. Recommandations de bonnes pratiques - Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte - AFSSAPS juin 2008

■ Niveau 1 : bactéries considérées pathogènes même en cas de bactériurie faible ($\geq 10^3$ UFC/ml)

- *Escherichia coli*
- *Staphylococcus saprophyticus*

■ Niveau 2 : bactéries souvent impliquées (notamment dans des infections nosocomiales)

- entérobactéries autres que *E. coli*
- *Staphylococcus aureus*
- *Enterococcus* spp.
- *Corynebacterium urealyticum*
- *Pseudomonas aeruginosa*

■ Niveau 3 : bactéries dont l'implication est peu probable

- staphylocoques à coagulase négative autres que *S. saprophyticus*
- *Streptococcus agalactiae*
- *Aerococcus urinae*
- *Oligenella urethralis*
- *Acinetobacter* spp.
- *Stenotrophomonas maltophilia*
- *Burkholderia cepacia*

■ Niveau 4 : espèces appartenant aux flores uréthrales et génitales, à considérer en général comme des contaminants (streptocoques α -hémolytiques, *Gardnerella vaginalis*, *Lactobacillus* spp., bacilles corynéformes sauf *C. urealyticum*).

En cas d'interprétation douteuse en présence d'un tableau clinique évocateur, effectuer un ECBU de contrôle réalisé dans des conditions d'asepsie strictes.



03/2009



2• PRÉLÈVEMENT

■ Chez un adulte non sondé

- De préférence : urines de la première miction du matin,
- A défaut : à plus de 3 heures d'une miction précédente,
- En dehors des périodes de menstruation (sinon port de tampon),
- Avant tout traitement antibiotique si possible (sinon le signaler).

Déroulement du prélèvement (fait en général par le patient lui-même) :

- Lavage de mains
- Toilette intime soignée au savon ou avec un antiseptique (lingette, compresse) :
 - chez la femme : de la vulve, des grandes et des petites lèvres en les écartant, et du méat urétral
 - chez l'homme : du prépuce et du méat urétral
- Rincer à l'eau stérile
- Éliminer le premier jet d'urine (environ 20 ml)
- Recueillir les 20 à 30 ml suivants dans un flacon stérile sans toucher le flacon
- Fermer hermétiquement le flacon
- Inscrire sur le flacon nom, prénom, ECU

■ Chez un nourrisson et le jeune enfant

- Lavage de mains (préleveur : parent ou personnel de santé),
- Utiliser un collecteur stérile après désinfection soignée du périnée (savon ou antiseptique - rinçage à l'eau stérile),



*ne pas laisser le collecteur en place plus d'une 1/2 heure
(passé ce délai remplacer le collecteur par un collecteur neuf)*

- Transvaser les urines dans un flacon stérile dès le recueil réalisé,
- Puis idem que contexte habituel.

■ Chez un patient porteur d'une sonde urinaire

- Lavage de mains (préleveur : personnel de santé),
- Recueil par ponction (seringue+aiguille stérile) dans la paroi de la sonde (sur site spécifique si il existe) après désinfection (alcool iodé : 1 minute),
- Si changement de sonde : faire prélèvement sur nouvelle sonde,



*ne pas prélever les urines dans le sac collecteur,
ne pas déconnecter la sonde du sac pour prélever les urines.*

3• CONDITIONS DE TRANSPORT

- Acheminer le flacon le plus rapidement possible (< 2 heures) au laboratoire,
- A défaut le conserver à 4 °C (< 12 heures) ou utiliser des systèmes de recueil contenant de l'acide borique (température ambiante 24-48 heures).

4• INTERPRÉTATION : INFECTION URINAIRE COMMUNAUTAIRE DE L'ADULTE NON SONDÉ

- A l'état physiologique : $\leq 10^3$ leucocytes/ml et $\leq 10^3$ hématies/ml
- En cas d'infection urinaire, en général : $\geq 10^4$ leucocytes/ml (\pm hématurie $\geq 10^4$ hématies/ml)
- Le seuil de bactériurie est fonction de la forme clinique et de l'espèce bactérienne :
 - $\geq 10^3$ pour les cystites à *E. coli* et autres entérobactéries ou à *S. saprophyticus*
 - $\geq 10^4$ pour les cystites à autres entérobactéries (notamment les entérocoques)
 - $\geq 10^5$ pour les pyélonéphrites et prostatites.

Dans tous les cas, ces seuils sont à interpréter en fonction du contexte clinique.

- La présence de cellules vaginales traduit une contamination de l'urine : leur présence doit faire interpréter avec prudence la leucocyturie et/ou l'hématurie qui peuvent aussi être d'origine génitale
- Principales situations où une infection est suspectée (sujet non sondé)

LEUCOCYTURIE /ml	BACTÉRIURIE (UFC/ml)	CULTURE /Nb d'espèces	GROUPE BACTÉRIEN*	INTERPRÉTATION
$< 10^4$	$< 10^3$	Négative		Pas d'infection urinaire
$\geq 10^4$	10^3	Positive / 1 espèce	1	Infection urinaire probable
	10^4	Positive / 1 espèce	1, 2	Infection urinaire probable
		Positive / 2 espèces	1	Infection urinaire probable
$\geq 10^4$	$\geq 10^5$		2, 3	ECBU de contrôle souhaitable
		Positive / 1 espèce	1, 2, 3	Infection urinaire probable
	$< 10^3$	Positive / ≥ 2 espèces	1, 2, 3	A interpréter en fonction du contexte clinique ; il peut s'agir soit d'une : <ul style="list-style-type: none">- infection à plusieurs germes- contamination au moment du prélèvement ECBU de contrôle souhaitable
		Négative		Il peut s'agir d'une : <ul style="list-style-type: none">- infection urinaire à Mycobactéries- infection débutante ou traitée par des antibiotiques- étiologie non bactérienne
$< 10^4$	$\geq 10^5$	Positive / 1 ou 2 espèces	1, 2, 3	- Infection probable sur terrain particulier (immunodéprimé, sujet âgé, femme enceinte) - Dans les autres cas, un ECBU de contrôle est souhaitable

Diagnostic des IU/IUAS



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 > 10^4 UFC/ml
 - Bactériurie cf tableau ci dessous

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








- **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 10^5 ufc/ml pour la bactériurie (A-III)

Un *E. coli* BLSE est identifié et une antibiothérapie adaptée est initiée. Il est parallèlement décidé de changer la sonde urinaire...

Question 4 : Quelles sont les propositions exactes ?

1. Le désondage/resondage doit être pratiqué préférentiellement en fin de nuit
2. La sonde choisie sera en latex siliconé
3. Une pose en conditions stériles n'est pas indispensable
4. La préparation cutanée de la muqueuse doit se faire en 4 temps
5. La désinfection du méat urinaire peut se faire avec un dérivé chloré
6. La désinfection du méat urinaire peut se faire avec de la chlorhexidine aqueuse à 0,5%
7. Un système clos doit être utilisé

Réponse 4 : Quelles sont les propositions exactes ?

1. Le désondage/resondage doit être pratiqué préférentiellement en fin de nuit
 14.3%
2. La sonde choisie sera en latex siliconé
 32.7%
3. Une pose en conditions stériles n'est pas indispensable
 12.2%
4. La préparation cutanée de la muqueuse doit se faire en 4 temps
 51.0%
5. La désinfection du méat urinaire peut se faire avec un dérivé chloré
 26.5%
6. La désinfection du méat urinaire peut se faire avec de la chlorhexidine aqueuse à 0,5%
 18.4%
7. Un système clos doit être utilisé
 77.6%

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)

Choix de la sonde

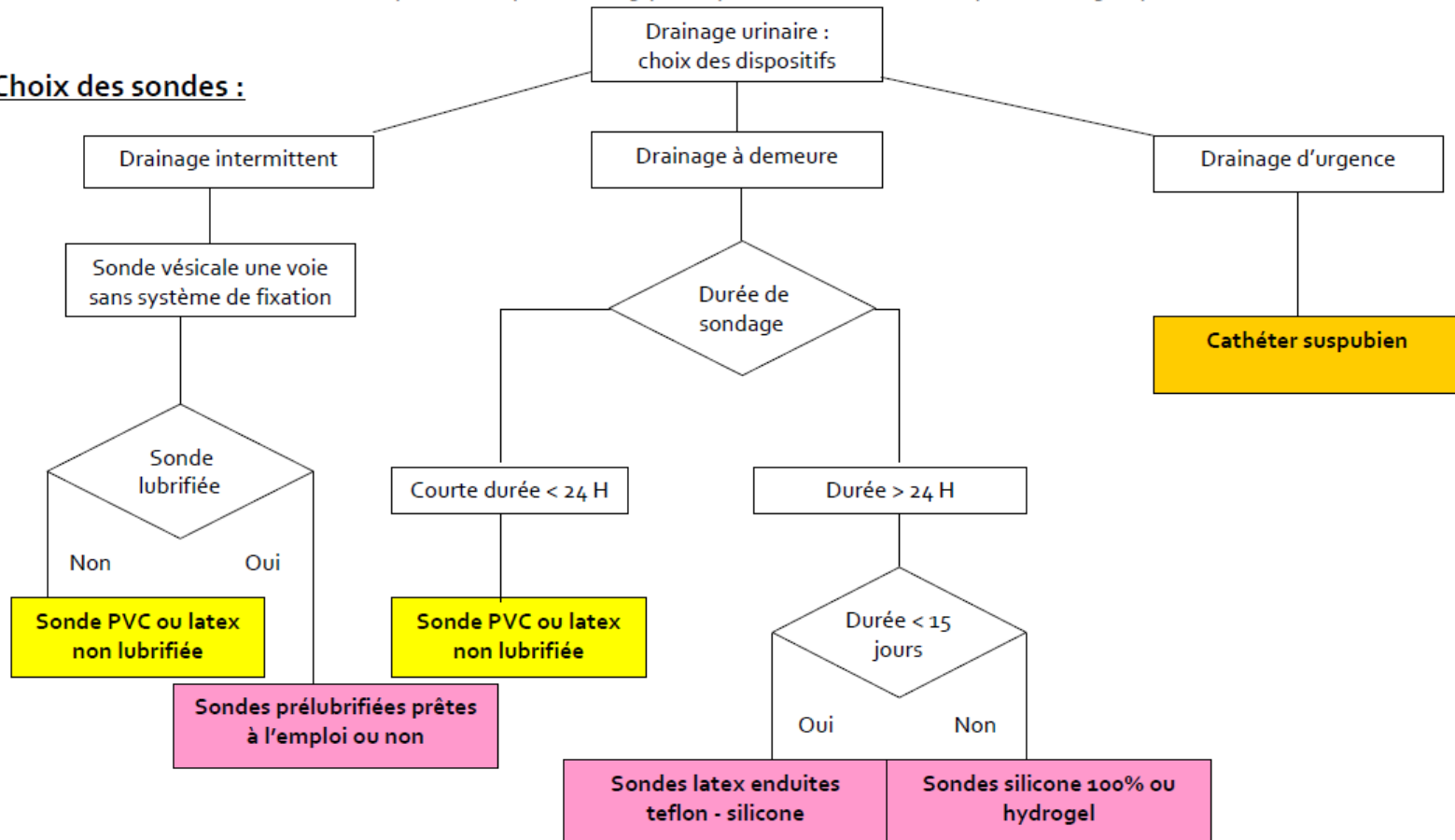
Commission Technique EURO PHARMAT
Mise à jour : 26 juin 2007



Fiche Bon Usage

C'est la description méthodique et chronologique des opérations successives à effectuer pour le bon usage du produit.

Choix des sondes :



Toutes les informations contenues dans ce document sont communiquées à titre purement informatif et ne peuvent en rien engager la responsabilité d'EURO PHARMAT.

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 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)



Antiseptie pour la pose du système de drainage



Le bon usage des ANTISEPTIQUES pour la prévention du risque infectieux chez l'adulte

FICHE N°4 : SOINS A NIVEAU DE RISQUE INTERMEDIAIRE SUR MUQUEUSE

PREPARATION DE LA MUQUEUSE AVANT UN ACTE INVASIF DE NIVEAU DE RISQUE INFECTIEUX INTERMEDIAIRE

INDICATIONS

- Pose de sonde vésicale : sonde à demeure et sondage évacuateur
- Hétérosondage

TECHNIQUE

Antiseptie en 4 temps (1 badigeon d'antiseptique)

1. Déterision avec le savon de la gamme choisie
2. Rinçage à l'eau stérile ou sérum physiologique stérile
3. Séchage par tamponnement
4. Antiseptie : 1 badigeon

PRODUITS

- Gamme PVP-I : solution détergente et solution aqueuse
- Gamme produits chlorés : savon doux et dérivé chloré à 0,5% de chlore actif

CHECK LIST SONDAGE URINAIRE A DEMEURE

Identité du patient :

Coller une étiquette

Date de pose : Date d'ablation :

1^{er} sondage (homme) : ☐ Oui ☐ Non

Lieu de pose:

Identité de l'opérateur :

Fonction :

Avant la pose

Vérification de l'identité et de la prescription :

1. Vérification de l'identité du patient :

☐ Oui ☐ Non

2. Prescription médicale conforme :

☐ Oui ☐ Non

3. Information du patient ☐ Oui ☐ Non

ou de sa famille : ☐ Na

Vérification du matériel et des produits :

4. Système clos ☐ Oui ☐ Non

5. Type de sonde :

☐ Latex siliconé < 8 jours

☐ Silicone 100 % ≥ 8 jours

☐ Autres :

6. Charrière N° :

7. Vérification des produits adaptés pour la préparation cutanéomuqueuse ☐ Oui ☐ Non

Pose de la sonde

Le soignant :

8. Hygiène des mains par friction avec un PHA :

☐ Oui ☐ Non

9. Port de gants stériles pour l'introduction

de la sonde dans le méat : ☐ Oui ☐ Non

Le patient :

10. Déterision + désinfection

cutanéomuqueuse : ☐ Oui ☐ Non

Le matériel :

11. Connexion du sac et de la sonde avant la pose

(système clos): ☐ Oui ☐ Non

12. Test de gonflage du ballonnet ☐ Oui ☐ Non

13. Lubrification de la sonde ☐ Oui ☐ Non

14. Ecoulement d'urine ☐ Oui ☐ Non

15. Vérification du positionnement ☐ Oui ☐ Non
de la sonde

16. Fixation adaptée :

De la sonde : ☐ Oui ☐ Non

Du collecteur : ☐ Oui ☐ Non

17. Position déclive sans contact avec le sol ☐ Oui ☐ Non

Surveillance journalière

Inscrire la date de surveillance et les initiales du professionnel dans la case correspondante, après vérification des éléments de surveillance du dispositif.

L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D

Éléments de surveillance du dispositif :

Signes cliniques (fièvre)

Vérification de la diurèse

Soins :

Toilette au savon doux

Manipulation aseptique du dispositif

Surveillance technique :

Vérification de l'absence de fuites

Fixation de la sonde et du sac collecteur

Respect du système clos

Pertinence du maintien de la sonde

Logo établissement :



Commentaires :

Identification du patient

**Outil d'aide à l'observance prévention des infections
urinaires sur sonde urinaire**

Identité établissement



Date :

Sonde posé par :

Lieu de mise en place :

Urgence : ☐ Oui ☐ Non

AU MOMENT DE LA POSE

• PERTINENCE
Prescription médicale / Indication :

- Rétention ☐
- Surveillance diurèse ☐
- Acte chirurgical ☐

• ASEPSIE ET STERILITE

- Toilette + antisepsie immédiatement avant la pose ☐
- Hygiène des mains juste avant la pose ☐
- Matériel et gants stériles ☐
- Système clos stérile ☐
- Fixation de la sonde ☐

ENTRETIEN ET SURVEILLANCE

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
Réévaluation de la pertinence du sondage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maintient du système clos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fixation de la sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surveillance :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bon écoulement des urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• diurèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• signes cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les items concernant le matériel, la date de pose et d'ablation ainsi que la surveillance doivent être tracés dans le dossier du patient



Etude de cas n°1 : Epilogue

- Après 5 jours de traitement, les symptômes d'IUAS ont disparu chez Mr A.
- Après deux mois de sondage, les équipes médicale et paramédicale se sont réorientées vers l'utilisation de changes pour Mr A en alternative au sondage urinaire à demeure.

Etude de cas n°2



- Madame B est âgée de 84 ans. Elle est résidente d'un EMS. Elle est diabétique, non continente, mais présente toutefois un niveau d'autonomie satisfaisant.
- Comme chaque mois une bandelette urinaire est réalisée par l'infirmière. Celle-ci se révèle positive et un ECBU est prescrit par son médecin traitant.

Question 5 : Que penser de cette stratégie diagnostique ?

(quelle est la réponse la plus appropriée ?)

1. Elle permet d'identifier précocement les colonisations urinaires
2. Elle permet d'identifier précocement les infections urinaires
3. Elle est inadaptée
4. Elle permet d'identifier les BMR et de mettre en place les précautions contact

Réponse 5 : Que penser de cette stratégie ?

(quelle est la réponse la plus appropriée ?)

1. Elle permet d'identifier précocement les colonisations urinaires



12.3%

2. Elle permet d'identifier précocement les infections urinaires



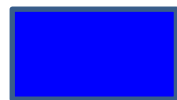
15.8%

3. Elle est inadaptée



61.4%

4. Elle permet d'identifier les BMR et de mettre en place les précautions contact



10.5%

Pas de BU ni d'ECBU sans symptôme...

- Chez la femme symptomatique, une BU négative doit faire rechercher un autre diagnostic (VPN>95%)
- Chez l'homme, une BU positive a une bonne valeur pronostique positive (VPP>95%), mais une BU négative ne permet pas d'éliminer une IU

⇒ Hormis pour la cystite aiguë simple, l'ECBU est indispensable pour confirmer une infection et orienter la thérapeutique.



Kit DGS ATB :







<http://www.infectiologie.com/fr/kit-pedagogique-a-l-usage-des-ehpad-cclin-sud-ouest.html>

Question 6a : Les résultats de l'ECBU permettent d'identifier une *Klebsiella pneumoniae* sans profil de résistance particulier.

Quelles sont la/les propositions adaptées ?

1. Compte tenu de la fragilité de Mme B, et du risque de dissémination, il faut mieux instaurer un traitement antibiotique
2. En l'absence de signe clinique associé, un traitement antibiotique est inutile
3. Le respect des précautions standard contribue à limiter la diffusion de ce micro-organisme
4. La prescription des précautions complémentaires est nécessaire
5. Il est plus sage de limiter les activités collectives pour cette résidente
6. Il est plus sage de limiter les visites pour cette résidente

Réponse 6a : Les résultats de l'ECBU permettent d'identifier une *Klebsiella pneumoniae* sans profil de résistance particulier.
Quelles sont la/les propositions adaptées ?

1. Compte tenu de la fragilité de Mme B, et du risque de dissémination, il faut mieux instaurer un traitement antibiotique
 18.5%
2. En l'absence de signe clinique associé, un traitement antibiotique est inutile.
 79.6%
3. Le respect des précautions standard contribue à limiter la diffusion de ce micro-organisme
 64.8%
4. La prescription des précautions complémentaires est nécessaire
 1.9%
5. Il est plus sage de limiter les activités collectives pour cette résidente
 0.0%
6. Il est plus sage de limiter les visites pour cette résidente
 1.9%

La colonisation n'est pas l'infection !

Patients asymptomatiques

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



Kit DGS ATB :







<http://www.infectiologie.com/fr/kit-pedagogique-a-l-usage-des-ehpad-cclin-sud-ouest.html>

Question 6b : Les résultats de l'ECBU permettent d'identifier une *Klebsiella pneumoniae* multirésistante aux antibiotiques.

Quelles sont la/les propositions adaptées ?

1. Compte tenu de la fragilité de Mme B, et du risque de dissémination, il faut mieux instaurer un traitement antibiotique
2. En l'absence de signe clinique associé, un traitement antibiotique est inutile.
3. Le respect des précautions standard contribue à limiter la diffusion de ce micro-organisme
4. La prescription des précautions complémentaires est nécessaire
5. Il est plus sage de limiter les activités collectives pour cette résidente
6. Il est plus sage de limiter les visites pour cette résidente






Réponse 6b : Les résultats de l'ECBU permettent d'identifier une *Klebsiella pneumoniae* multirésistante aux antibiotiques.
Quelles sont la/les propositions adaptées ?

1. Compte tenu de la fragilité de Mme B, et du risque de dissémination, il faut mieux instaurer un traitement antibiotique
 7.0%
2. En l'absence de signe clinique associé, un traitement antibiotique est inutile.
 64.9%
3. Le respect des précautions standard contribue à limiter la diffusion de ce micro-organisme
 78.9%
4. La prescription des précautions complémentaires est nécessaire
 49.1%
5. Il est plus sage de limiter les activités collectives pour cette résidente
 5.3%
6. Il est plus sage de limiter les visites pour cette résidente
 1.8%

Question 7 : Mme B présente une désorientation et des brûlures mictionnelles. Les résultats de l'ECBU permettent d'identifier une *Klebsiella pneumoniae* multirésistante aux antibiotiques. Quelles sont la/les propositions adaptées ?

1. Il faut instaurer un traitement antibiotique
2. Le respect des précautions standard contribue à limiter la diffusion de ce micro-organisme
3. La prescription des précautions complémentaires est nécessaire
4. Il est plus sage de limiter les activités collectives pour cette résidente
5. Il est plus sage de limiter les visites pour cette résidente

Réponse 7 : Mme B présente une désorientation et des brûlures mictionnelles. Les résultats de l'ECBU permettent d'identifier une *Klebsiella pneumoniae* multirésistante aux antibiotiques. Quelles sont la/les propositions adaptées ?

1. Il faut instaurer un traitement antibiotique
 80.4%
2. Le respect des précautions standard contribue à limiter la diffusion de ce micro-organisme
 51.8%
3. La prescription des précautions complémentaires est nécessaire
 55.4%
4. Il est plus sage de limiter les activités collectives pour cette résidente
 19.6%
5. Il est plus sage de limiter les visites pour cette résidente
 8.9%

Traitement

R.16. Il est fortement recommandé de traiter par antibiotiques les IUAS symptomatiques (A-III).

Gestion de la BMR

- La prescription de précautions complémentaires contact doit être réfléchie collectivement:
 - colonisation ou infection ?
 - maîtrise du réservoir/gestion des excréta ?
 - niveau d'autonomie du résident : usage des toilettes personnelles, adhésion à l'hygiène des mains ?
 - maîtrise des PS au quotidien par l'ensemble des professionnels ?
- Lorsque la mise en œuvre des précautions complémentaires de type contact est envisagée, il est fortement recommandé chez les patients en SSR/SLD/EHPAD de **les moduler en tenant compte du retentissement psychique et social** qu'elles peuvent engendrer (R89)
- Il est recommandé de **ne pas confiner systématiquement dans sa chambre** un patient auquel s'applique les **précautions complémentaires de type contact** (R101)



Merci de votre attention

