

Infections urinaires chez la personne âgée

Dr E.DUPONT
Service de Maladies Infectieuses
CHU UCL NAMUR
UOAD 24/11/2018



Introduction

Particularités de la personne âgée:

- Prévalence des infections urinaires augmente avec l'âge (surtout femme post-MNP et KT)
- FR: incontinence urinaire, cystocèle, anomalies de la vidange vésicale, déshydratation, **KT**, atrophie vaginale, HPB, manipulations urinaires, déclin fonctionnel, démence, ...
- Clinique aspécifique et variable
- Anamnèse difficile
- Difficultés d'obtenir un prélèvement de qualité et d'interpréter des urines



→ Diagnostic difficile

- « sur »diagnostic dans la communauté ET à l'hôpital
- une des principales causes de prescriptions d'ATB chez la personne âgée ET d'utilisation inappropriée des antibiotiques
 - peu d'adhérence aux guidelines
- développement de germes MDR

Consommation d'anti-infectieux en ambulatoire (2016)

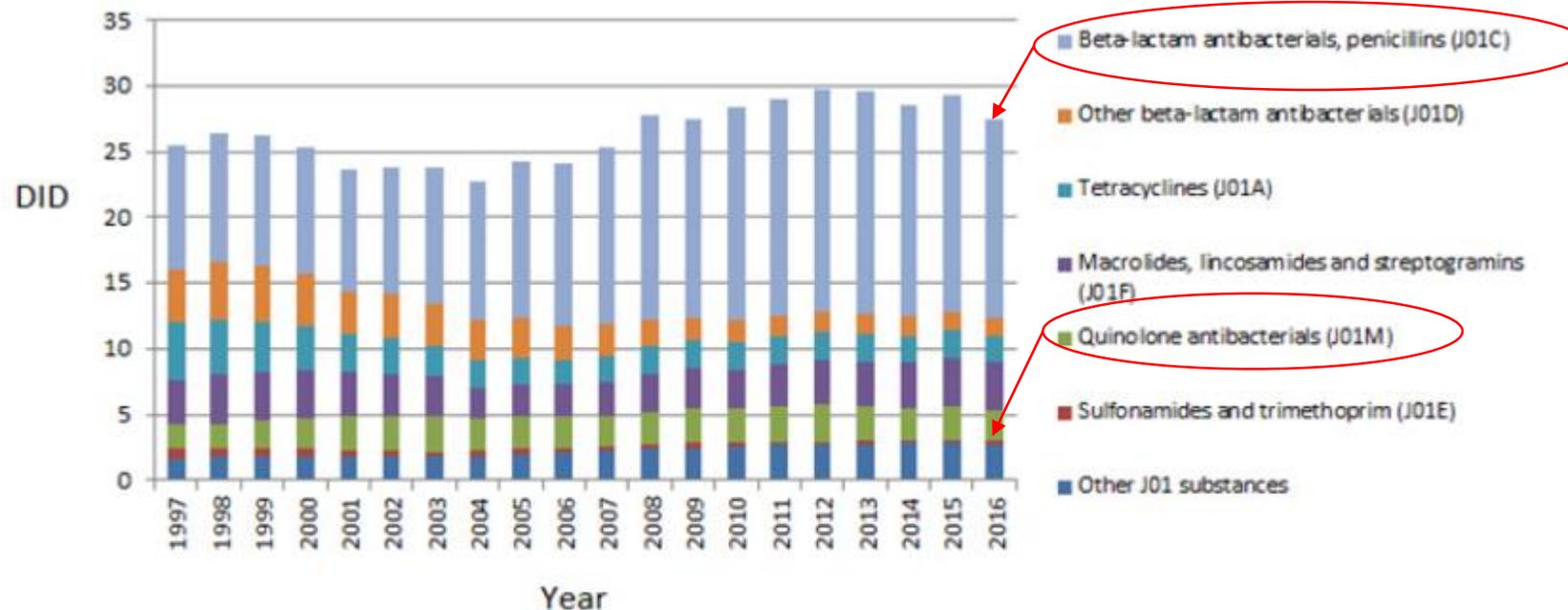


Figure 5 | Évolution de la consommation d'anti-infectieux systémiques (J01) dans le secteur ambulatoire en Belgique, entre 1997 et 2016, exprimée en DDD pour 1000 habitants par jour (DID)

Baisse de la consommation des antibiotiques dans le secteur ambulatoire: tendance conforme au plan stratégique de la BAPCOC.

Malgré tout, la consommation en Belgique reste élevée par rapport à celle d'autres pays européens

Epidémiologie

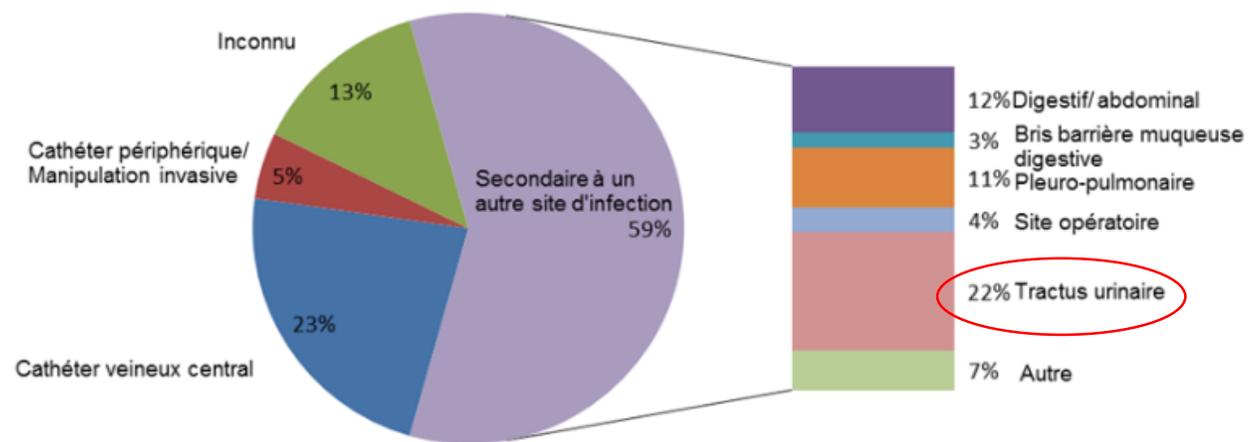
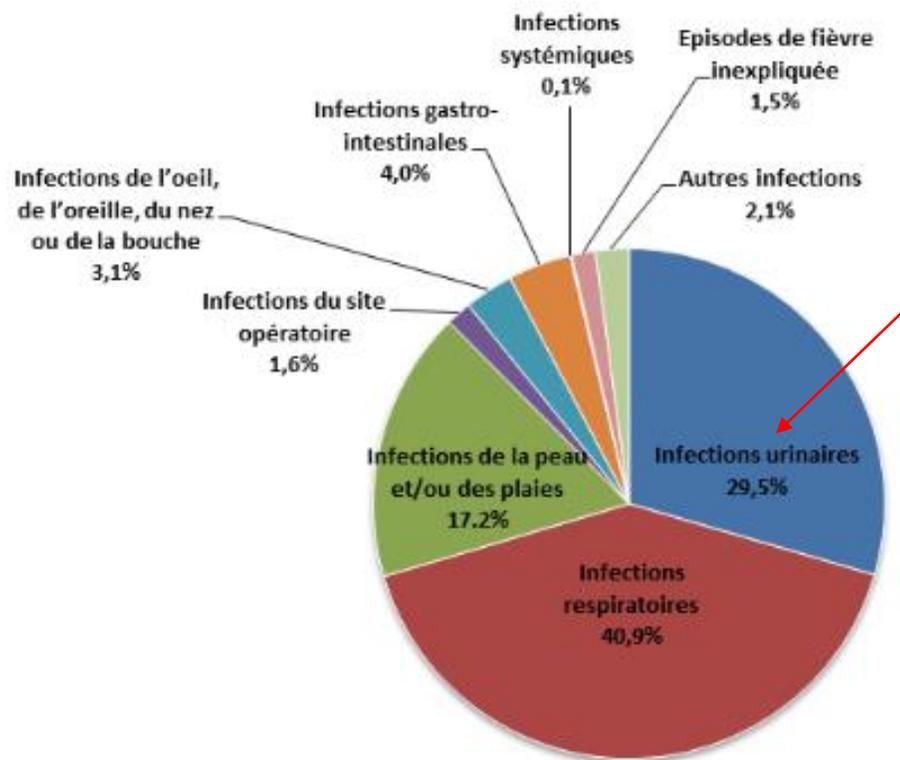


Figure 1 | Origine présumée des septicémies nosocomiales, Belgique 2016 (N = 7 627)

Figure 8 | Aperçu des infections liées aux soins dans les établissements de soins chroniques (n=165) en Belgique, 2016 (étude HALT-3)

- 4,5 % des résidents présentaient une infection: infections respiratoires (40,9 %), infections des voies urinaires (29,5 %) et infections de la peau et des plaies (17,2 %)

- 5,5% de résidents prenant au moins un antimicrobien à usage systémique

- 63,7 % : traitements curatifs

- 35,8% : traitements prophylactiques dont **78,3 % pour prévenir les infections des voies urinaires.**

Microbiologie

UTI: diagnosis & epidemiology
H. Rodriguez 2015

Etiologie

Espèce bactérienne	Type d'infection
<i>E. coli</i> (60-80%)	Toutes
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	Cystite non-complicqué et pyélonéphrite chez les jeunes femmes (avril-septembre)
<i>Klebsiella</i> spp	Infect récurrente et inf compliquée
<i>Enterobacter</i> spp	Infect récurrente et inf compliquée
<i>Enterococcus</i> spp	Infect récurrente et inf compliquée
<i>Proteus</i> spp	Tumeurs ou lithiase
<i>Morganella morganii</i>	Infect récurrente et inf compliquée
<i>Pseudomonas</i>	Infect récurrente et inf compliquée Cathéter vésicale
<i>Candida</i> spp	Cathéter, infect rein
Autres (<i>C.urealyticum</i> , <i>Aerococcus</i>)	Infect récurrente et inf compliquée

15% dans certaines séries

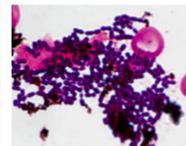
Diabétiques: Group B *Streptococcus agalactiae* (group B) et *Klebsiella*
Enfants:
Enterobacteriaceae sont les plus fréquents uropathogènes avec ITU
S. aureus le plus fréquent lié au cathétérisme (Schlager 2001).
Candida and SCN associées avec ITU compliqué après instrumentati

Certificat d'Université en Infectiologie et Microbiologie
Clinique

UTI: diagnosis & epidemiology
H. Rodriguez 2015

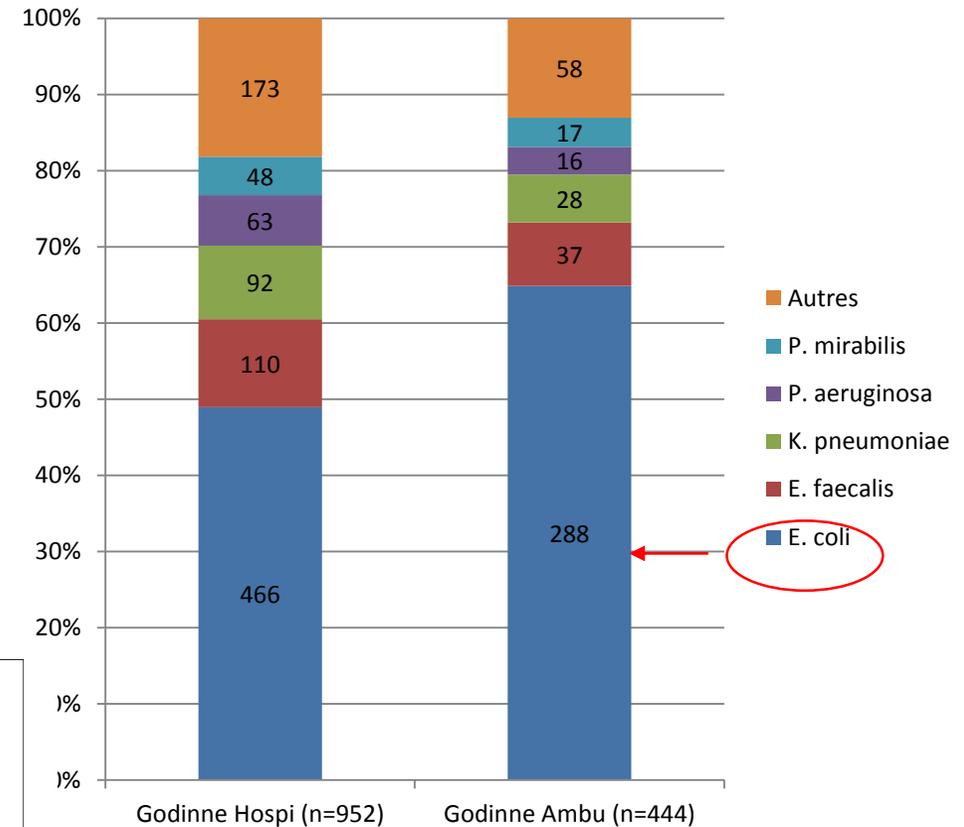
Unusual urinary tract pathogens

- *Corynebacterium urealyticum*
 - Can be a catalyst for struvite stone formation
 - Underlying urinary tract diseases, urological manipulation, prolonged hospital, renal transplant
 - Multi-resistance is common
- *Aerococcus* spp (*A. urinae*, *A. viridans*, *A. sanguinicola*)
 - Usually elderly patients
 - >50% predisposing factors (tumour, diabetes, catheterized, enlarged prostate).
 - Opportunistic pathogen (septicaemia and endocarditis)
- *Actinobaculum schaalii*
 - Ana facultative, fastidious (actinomycetes)
 - underestimated, UTI elderly patients (>60a) with predisposing factors
 - urosepsis, bacteraemia, cellulitis, spondylodiscitis, endocarditis
 - CIPRO and SXR R



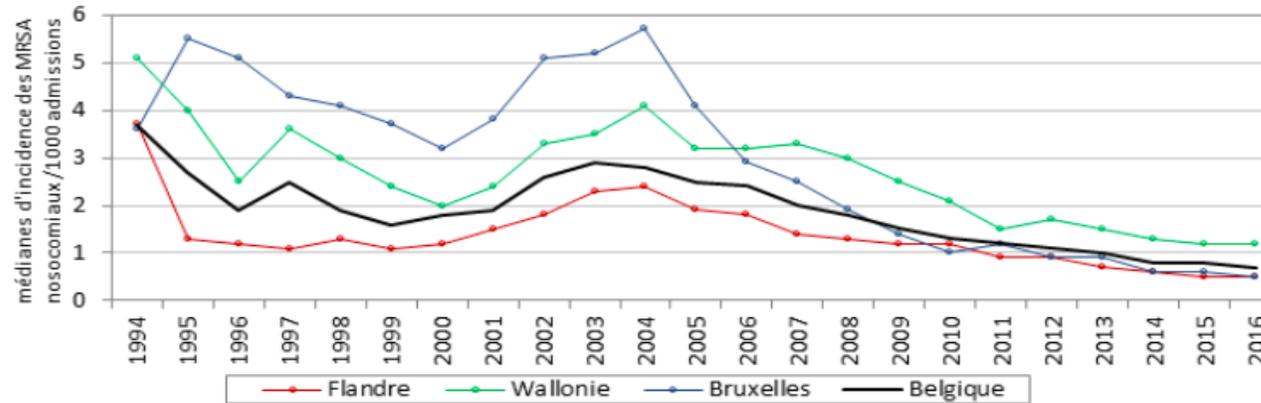
Cattoir J infect 2012

Distribution des pathogènes urinaires Godinne 2016 (n=1396)



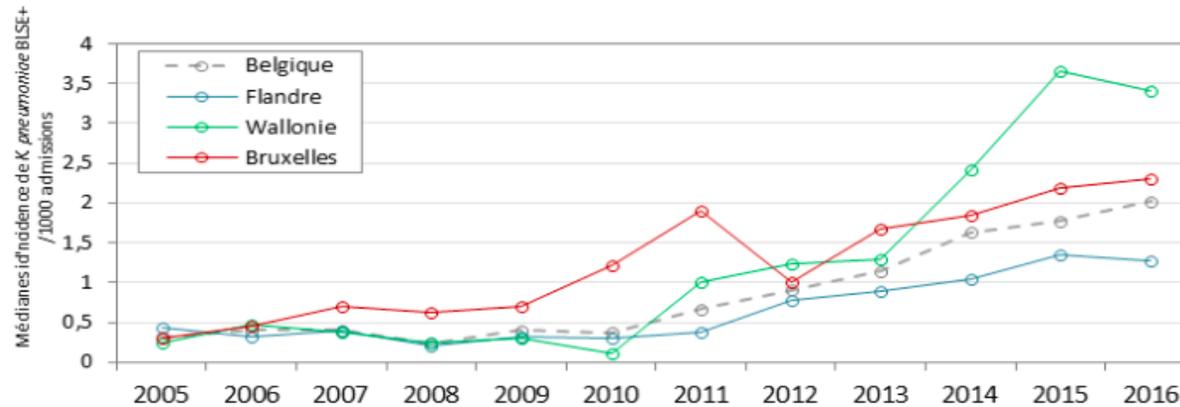
Epidémiologie

a.



MRSA

b.

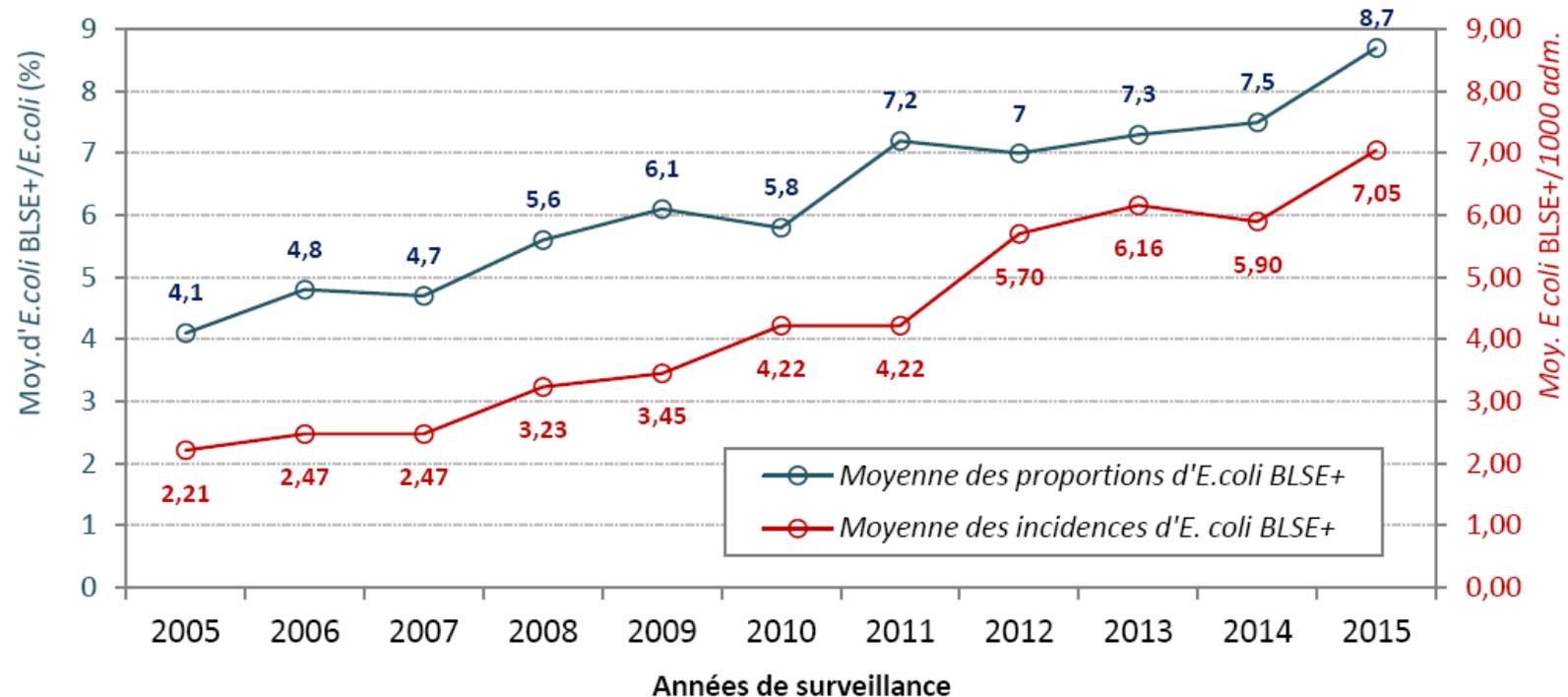


K. Pneumoniae BLSE

Figure 3 | Incidence des *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline (MRSA) nosocomiaux (a, au-dessus; hôpitaux avec au moins 5 participations) et des *Klebsiella pneumoniae* productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE+) (b, en dessous; hôpitaux avec au moins 3 participations) pour 1000 admissions hospitalières en 1994-2016, par région, dans les hôpitaux belges

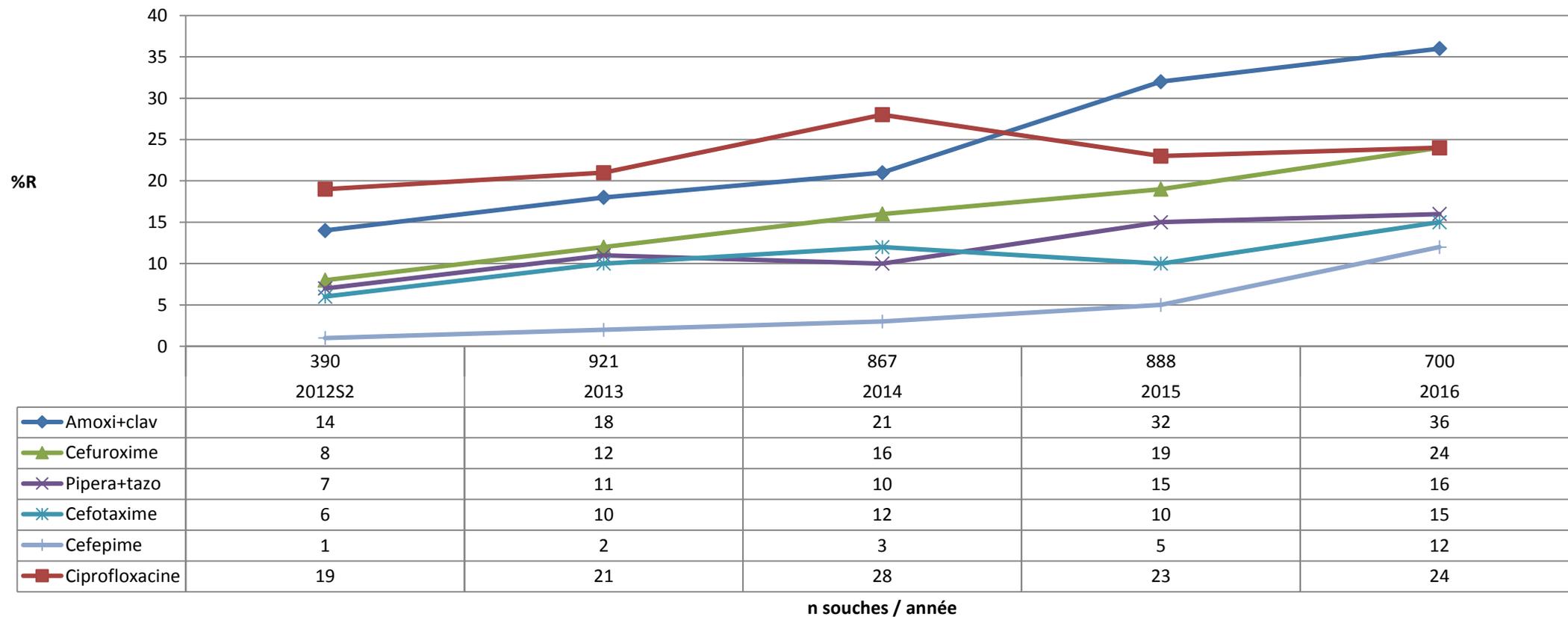
E. coli BLSE+ en Belgique

Figure 28: Évolution annuelle de la moyenne des proportions et des taux d'incidence d'Escherichia coli BLSE+: min. 3 participations depuis 2005



Antibio-résistance E.coli Godinne

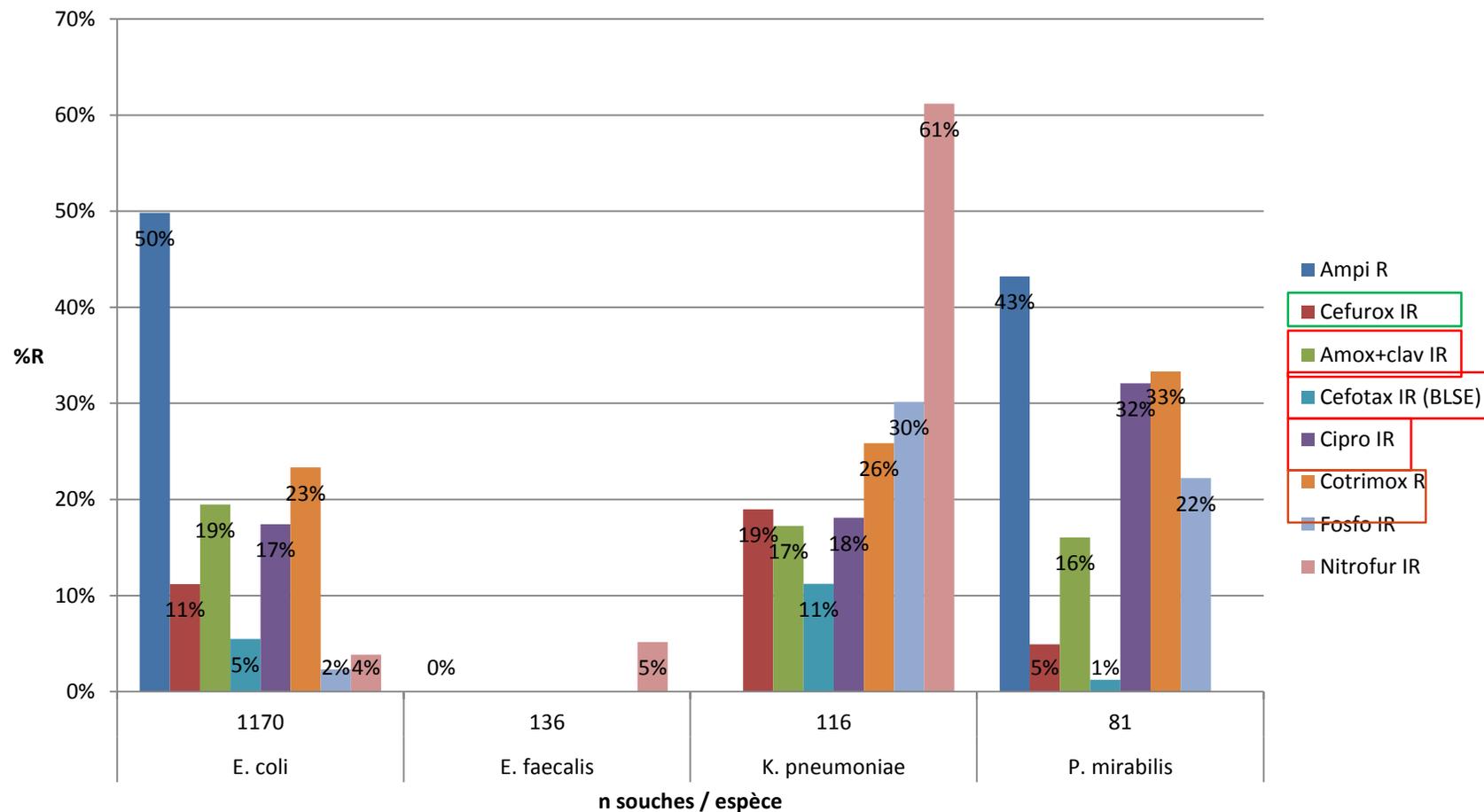
Godinne Hospi *E. coli*



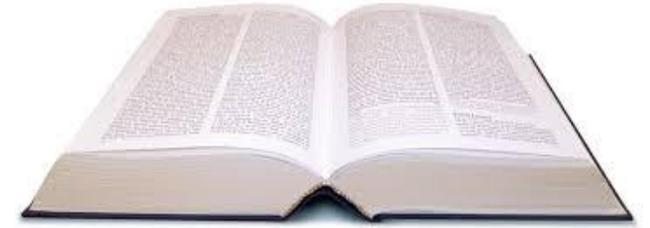
Augmentation des résistances et des E.coli BLSE

Résistance chez les patients ambulants 2016: urines

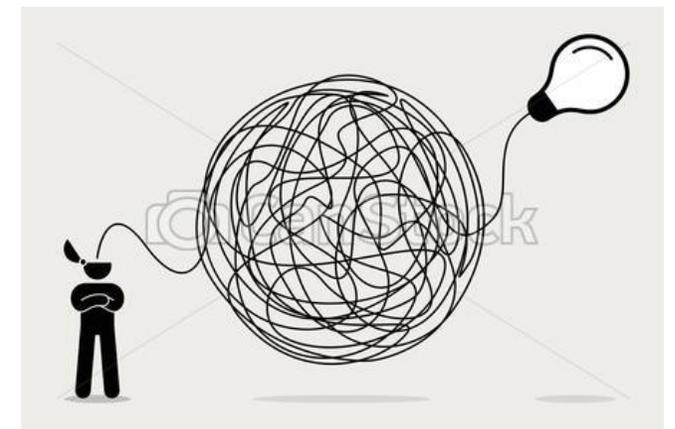
%R des top4 pathogènes urinaires patients ambulants 2016



Définitions



- Infection urinaire compliquée = plus à risque de complications si au moins un FR mais ne développent pas d'office une complication:
 - Homme
 - Femme ménopausée
 - Anomalie anatomique ou fonctionnelle des voies urinaires
 - Comorbidités (diabète, IR, IH, ID, néo, HIV, ...)
- Cystite → toujours compliquée *en gériatrie*
- PNA → toujours compliquée *en gériatrie*
- Prostatite → toujours infection compliquée



© CanStockPhoto.com - csp44664409

DIAGNOSTIC

- Clinique primordiale
- Microbiologique
- Biologique



Diagnostic Clinique



- Symptômes généraux: fièvre, frisson, AEG
- Symptômes d'irritation urinaire: **dysurie**, mictalgie, pollakiurie, urgences mictionnelles, douleur sus-pubienne, douleur lombaire, hématurie, spasticité, pertes d'urine à côté du cathéter chez les patients sondés, ...
- Particularités chez les patients gériatriques:
 - **fièvre peut être absente**
 - anamnèse souvent difficile
 - symptomatologie aspécifique: AEG, **modification du statut mental, apparition ou aggravation d'une incontinence urinaire**
 - l'odeur ou les urines troubles **seuls** ne justifient pas la réalisation d'une culture ni la prescription d'ATB (non corrélés a la présence d'une infection !)

Diagnostic microbiologique

- **TOUJOURS ET AVANT toute ANTIBIOTHERAPIE**
- Types de prélèvements:
 - (Tigette urinaire: uniquement en cas de suspicion d'infection urinaire *non compliquée*)
 - **Urines Mi-jet...** réalisées correctement! Pas toujours possible dans la vraie vie...
 - Porteur de **sonde**: biofilms !
 - ne jamais déconnecter le système
 - clampage de la sonde 15 minutes avant le prélèvement
 - hygiène des mains
 - désinfection du site
 - prélèvement à la seringue
 - jamais au niveau du sac collecteur
 - après le changement de la sonde, sur une nouvelle sonde si reste indiquée
 - persistance d'une bactériurie asymptomatique pendant au moins 24h (-48h) après le retrait de la sonde (IDSA 2009)
- **Sondage in-out:**
 - si patient incapable de réaliser un « mi-jet »
 - si résultats du « mi-jet » difficiles à interpréter
- **(Ponction sus-pubienne)**
- **KT en culture: pas d'intérêt!**
- **Hémocultures:**
 - sepsis
 - valeur additionnelle si exposition récente à des ATB (IGGI via *Clin Microbiol Infect* 2014;20:0476)

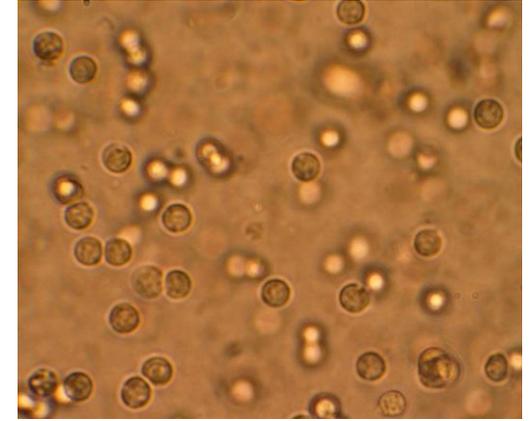


Diagnostic microbiologique



- Transport au laboratoire:
 - informations: type de prélèvement, ATB, date et heure du prélèvement
 - vérification de la fermeture hermétique du récipient stérile
 - délai de transport: idéalement dans les 2h sinon à conserver à une température de 4°C (2 à 8°C) max 12h(-24h) ou dans un récipient avec un agent de conservation (ex: acide borique)

Pyurie



- Présente chez presque tous les patients avec une infection urinaire (! stade précoce ou patient neutropénique)
- MAIS pas spécifique d'une infection
- Absence de pyurie: VPN > 80% → l'absence de pyurie chez un patient symptomatique doit faire rechercher une autre cause

Bactériurie asymptomatique

- Définition: $>10^5$ bactéries (cfu/mL) dans
 - 2 prélèvements urinaires (mi-jet) consécutifs (intervalle de 24h) chez la femme avec le même germe
 - 1 prélèvement urinaire (mi-jet) chez l'homme
 - $>10^2$ bactéries (CFU/mL) dans 1 prélèvement urinaire chez un patient sondé
 - (Candidurie: pas de cut-off)



en l'absence de symptômes suggestifs d'infection urinaire

- Pas fréquente chez les jeunes adultes mais **augmente significativement avec l'âge chez la femme ET chez l'homme**
- Prévalence augmente si sonde, incontinence urinaire/fécale, diabète, trouble cognitifs
 - Femmes en pré-ménopause: 1-5%
 - Femmes > 60 ans: 6 à 18%
 - Hommes > 65 ans: 5 à 21%
 - Femmes > 70 ans, institutionnalisées: 25-50%
 - Hommes > 70 ans institutionnalisés: 15-40%
 - Lésion médullaire: 23-89%
 - Avec KT: toujours présente

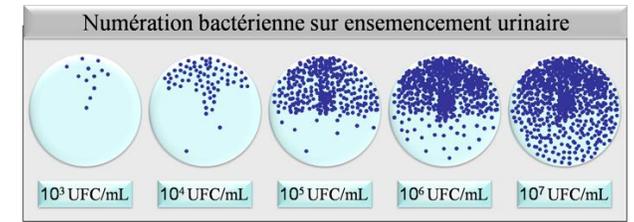
Bactériurie asymptomatique

- **A ne pas rechercher/traiter SAUF si**
 - Femmes enceintes
 - Avant TURP
 - Avant chirurgie urologique (via voies urinaires) + saignement de muqueuses (en principe pas avant épreuve urodynamique ou cystoscopie simple)
 - (Avant mise en place/changement néphrostomie/JJ (*EAU, Grade C*))
 - (neutropénie fébrile: pas de recommandation)
- Une pyurie associée ne justifie pas l'antibiothérapie (>30% des bactériuries symptomatiques)
- À ne pas rechercher même si KT, vessie neurogène, patient diabétique, sondages intermittents, patients gériatriques à domicile ou en MRS, infections à répétition chez la femme sans FR
- Source de sur-prescription ATB: pas de bénéfices en terme de mortalité/morbidité en cas de traitement mais risque de toxicité et de sélection de germes MDR

Interprétation de la culture en cas de suspicion d'infection



- Les urines sont normalement stériles
 - Cut-off mi-jet: 10^5 ou 10^4 CFU/mL ? (EAU, Caron)
 - Exceptions:
 - symptomatologie aigue: 10^2 CFU/mL (Se: 95%; Sp85%) → **la clinique prime**
 - traitement différé (2j): augmentation de 10^2 à 10^5 CFU/mL chez 48% avec une augmentation des symptômes et dysurie
 - Homme: 10^4 CFU/mL?
 - KT: 10^3 CFU/mL ?
- **CSS 2017: il n'existe aucun seuil permettant formellement d'établir la présence d'une infection urinaire ($10^5 =$ seuil critique)**
- **Cut-off à ajuster en fonction de la population évaluée, des symptômes et du type de prélèvement**
- Flore polymicrobienne: contamination probable (à reconstrôler, à discuter si KT)

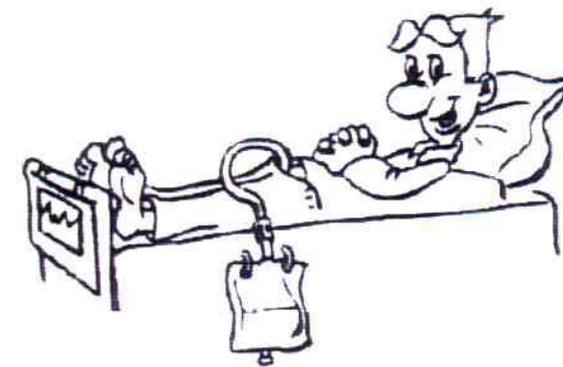


Biologie

- Selon la clinique
- PSA
 - pas recommandé en aigu, patient sondé (FP)
 - n'exclut pas si négatif
 - si positif: ne permet pas le DD en aigu d'une infection/HPB/néoplasie
 - attendre 6 mois post-infection avant de revenir à la ligne de base

Infections urinaires chez le patient sondé

- Une des « infections » nosocomiales les plus fréquentes
 - Formation rapide de biofilm (1 à 3j)
 - Épidémiologie modifiée si KT long terme
 - Surdiagnostic
- FR principal: durée du cathétérisme (mais infection possible dès J2-3) (!traumatisme)
- Définition:
 - symptômes compatibles avec une infection urinaire et absence d'un autre foyer infectieux, jusqu'à 48h après le retrait (CSS 2017; 24h après selon CDC)
 - + culture $>10^3$ CFU/mL dans un seul prélèvement (CSS 2017: max 2 espèces dont l'une a un seuil $> 10^5$)
- La pyurie seule ainsi que sa quantification ne peuvent pas être utilisées comme un signe d'infection
- L'absence de pyurie exclut le diagnostic d'infection
- Retrait ou remplacement de tout le système de drainage accélère la disparition des symptômes et diminue le risque de nouvelles infections



Traitement

- Choix des ATB basé sur:
 - infection compliquée (= à risque de complications)/non compliquée
 - la présentation clinique
 - l'identification du germe
 - l'épidémiologie locale
 - un portage connu
 - les comorbidités
 - la fonction rénale
 - les allergies/toxicités
 - FR de germes MDR: ATB antérieurs ((1)-3-6mois), > (45)-65ans, hospitalisation récente, antécédents urologiques
 - Couverture BLSE: épidémiologie locale, sepsis, exposition préalable à des céphalo/FQ, portage connu

→ recommandations variables

- Privilégier le traitement documenté et différer l'antibiothérapie si l'état clinique le permet
- Toujours réévaluer à 48-72h d'ATB



	Cystite (compliquée)	PNA (compliquée)	Prostatite aiguë	Infection urinaire sur sonde
Antibiothérapie empirique	<ul style="list-style-type: none"> - Nitrofurantoïne* 100mg 2-3x/j 5 à 7j - Fosfomycine ** 1dose (IGGI) VS 3 doses (Caron)? - Cefuroxime axetil 500mg 3x/j 7j 	<ul style="list-style-type: none"> - Antibiothérapie IV (VS Cipro PO si pas de FR de résistance) Relais PO selon évolution clinique/biologique/ATBg Durée (10) - 14j 	<ul style="list-style-type: none"> - Antibiothérapie IV Relais PO selon évolution clinique/biologique/ATBg Durée 14 à 28j (21j) 	<ul style="list-style-type: none"> Antibiothérapie IV (Pyo, Entérocoque!) selon exposition/portage préalables Relais PO selon évolution clinique/biologique/ATBg 7 à 14j selon réponse, 5j avec FQ et infection non sévère (IDSA) 5 à 7j (EAU) 5j si femmes et symptômes urinaires bas sinon 14j (IGGI) (3j après retrait KT si femmes <65 ans sans PNA (IDSA))
Antibiothérapie documentée A privilégier si possible	Selon ATBg: <ul style="list-style-type: none"> - Furadantine 5 à 7j - Fosfomycine 1 à 3 doses (1j/2) - Bactrim F 5j -7j - Amoxicilline 7j (Entérocoque) 	Selon ATBg: <ul style="list-style-type: none"> - Ciproxine - Bactrim Forte - Cefuroxime - Amoxicilline/Augmentin 	Selon ATBg: <ul style="list-style-type: none"> - Ciproxine po - Bactrim Forte po - (Amoxicilline) Sinon iv ... 	Selon ATBg
Allergie IgE médiée	Ciproxine 500mg 2x/j 5-7j**	Hospitalisation (Azactam, Mero)	Hospitalisation (Azactam, Mero)	Hospitalisation (Azactam, Mero)
Commentaires	Eviter FQ (sélection de R, toxicité, épargner pour traitement ultérieur)	Eviter FQ/Bactrim/Amoxi/Augmentin en empirique vu les taux de résistance Jamais de Furadantine	Eviter FQ/Bactrim/Amoxi/Augmentin en empirique vu les taux de résistance Jamais de Furadantine	Eviter Furadantine en empirique (Pyo, Proteus, Klebisella)

+ prise en charge du facteur favorisant sous-jacent

* Si Cl créatinine > 40ml/min ** CI si Cl créat < 10ml/min ***!FR de résistance

FQ et toxicité neurologique

Systeme nerveux central

La ciprofloxacine, tout comme les autres quinolones sont connues pour déclencher des crises convulsives ou abaisser le seuil épileptogène. Des cas de statut épileptique ont été rapportés. La ciprofloxacine doit être utilisée avec prudence chez les patients atteints de troubles neurologiques pouvant les prédisposer aux crises convulsives. Si des crises se produisent, la prise de ciprofloxacine doit être interrompue (voir rubrique 4.8). Des manifestations psychiatriques peuvent survenir même dès la première administration de ciprofloxacine. Dans de rares cas, la dépression ou la psychose peut évoluer vers des idées/pensées de suicide débouchant sur une tentative de suicide ou un suicide complété. Lorsque de tels cas se produisent, la prise de ciprofloxacine doit être interrompue.

Des cas de polyneuropathie (basés sur des symptômes neurologiques de type douleurs, brûlure, troubles sensoriels ou faiblesse musculaire, isolés ou associés) ont été rapportés chez des patients traités par la ciprofloxacine. Afin de prévenir l'évolution vers une atteinte irréversible, la prise de ciprofloxacine doit être interrompue dès lors qu'apparaissent des symptômes de neuropathie, notamment: douleurs, brûlure, picotements, engourdissement et/ou faiblesse musculaire (voir rubrique 4.8).

Follow-up

- Test of cure ?
 - Non: sauf si évolution défavorable (*Caron F. and al., Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections, Med Mal infect 2018*)
- Imagerie?
 - pour tous les patients gériatriques: évaluation de la vidange vésicale
 - si symptomatologie initiale sévère (*Caron F. and al., Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections, Med Mal infect 2018*)
 - si symptomatologie évocatrice de la présence de lithiases, d'un abcès ou d'une pathologie obstructive
 - si infection récidivante
 - si évolution défavorable > 48-72h après l'initiation d'une antibiothérapie appropriée
- Bilan complémentaire (bilan urodynamique, scan ou écho, cystoscopie, évaluation gynéco, ...) au cas par cas (*Caron F. and al., Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections, Med Mal infect 2018*)



Antibioprophylaxie pour les infections récidivantes

- Définition: 3 à 4 infections dans les 12 derniers mois ou 2 infections dans les 6 derniers mois
- **En dernière intention si pas d'autres alternatives** (*Caron: indication si >1 / mois*)

- Schémas continus (3-6 mois → 12 mois ?)/(discontinus (post-coïtal)):

- Furadantine (50)-100mg 1x/j
- Fosfomycine 3g/7-10j (*Caron et al*: ref pas claire)
- Bactrim Forte ½ co 1x/j

- Choix de l'ATB selon

- résultats microbiologiques antérieurs
- contexte
- épidémio: résistance au Bactrim
- risque de sélection de résistance: pas de FQ/céphalo
- tolérance/toxicité: furadantine! (CI pour *Caron et al*)

- **But: contrôler les symptômes (et pas éradiquer le germe)** (*Caron*)

- **! Causes non infectieuses (inflammation/irritation chronique)**

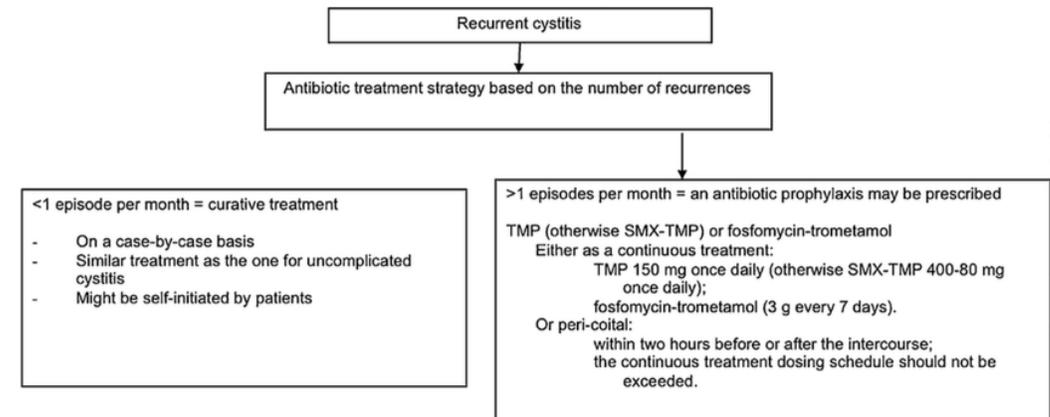


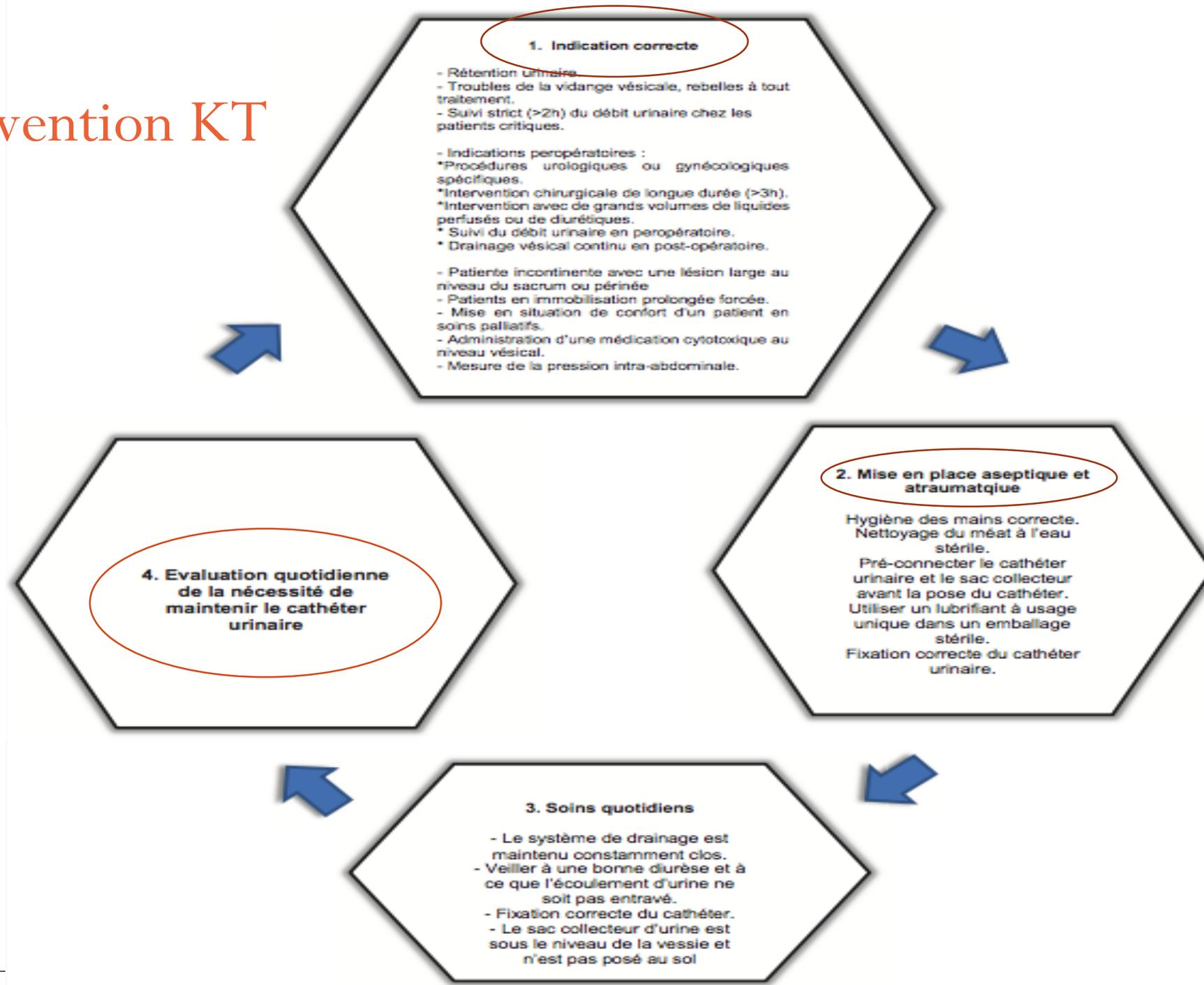
Fig. 4. Recurrent cystitis.

Caron F. and al

Antibioprophylaxie avant un geste urologique

- Pas d'indication à la mise en place, au changement ni au retrait des sondes urinaires
- Avant geste urologique → urines stériles
 - sans bactériurie/infection: indication d'antibioprophylaxie classique
 - avec bactériurie/infection:
 - idéalement traitement complet juste avant l'intervention
 - au min. 2j avant le geste (sinon risque de bactériémie per/post-procédure)
 - sondes JJ: pas d'indication d'antibiotique à long terme après le geste (EAU 2015)

Prévention KT



Prévention KT

- pas d'indication d'antibioprophylaxie systémique, en irrigation ou dans la poche lors de la manipulation du KT (mise en place, changement, retrait); pas de place pour antiseptiques dans la poche
- pas assez de données pour une recommandation par rapport à un changement de KT systématique (/ 2-4 semaines par ex), même en cas d'obstruction précoce de la sonde
- pas d'indication du changement en routine des sacs collecteurs; en cas d'indication, tout le système est à changer
- irrigations avec des ATB/physio/antiseptiques: pas recommandées en routine
- type de sonde:
 - niveau de preuve insuffisant pour déterminer le meilleur type de KT, silicone privilégié
 - pas de données par rapport à la diminution du risque infectieux pour sonde avec ATB ou argent (coût !)
 - pas d'avantage des KT lubrifiés

Annexe 1 : Les indications de cathétérisme (résumé purement informatif). Poster imprimable à l'attention des professionnels de santé.

Indication	Système de collecte externe (SE, non-invasif) ou échographie vésicale (EV)	Cathétérisme transurétral unique	Cathétérisme transurétral intermittent	Cathéter transurétral / supra-pubien à demeure
Rétention urinaire (aiguë, chronique)		x	x	x
Suivi strict (< 2h) du débit urinaire chez les patients à risque	x (SE)			x
Indications péri-opératoires				
<ul style="list-style-type: none"> Certaines interventions urologiques ou gynécologiques 				x
<ul style="list-style-type: none"> Prévision d'une intervention de longue durée (>3h) 				x
<ul style="list-style-type: none"> Intervention avec utilisation de volumes importants de liquide de perfusion ou de diurétiques 				x
<ul style="list-style-type: none"> Besoin d'informations sur le débit urinaire durant l'intervention 				x
<ul style="list-style-type: none"> Drainage vésical post-opératoire en continu ou hématurie (post-opératoire?) 				x
<ul style="list-style-type: none"> Protection post-opératoire des sutures au niveau du système génito-urinaire 				x
Incontinence avec ou sans lésion limitée au niveau sacré ou périnéal	x (SE)			
Incontinence avec lésion étendue au niveau sacré ou périnéal	X SE (homme)			x
Immobilisation obligatoire de longue durée (p.ex. lésions de la moelle épinière, fractures du bassin)	x (SE) (homme)		x	X (femme)

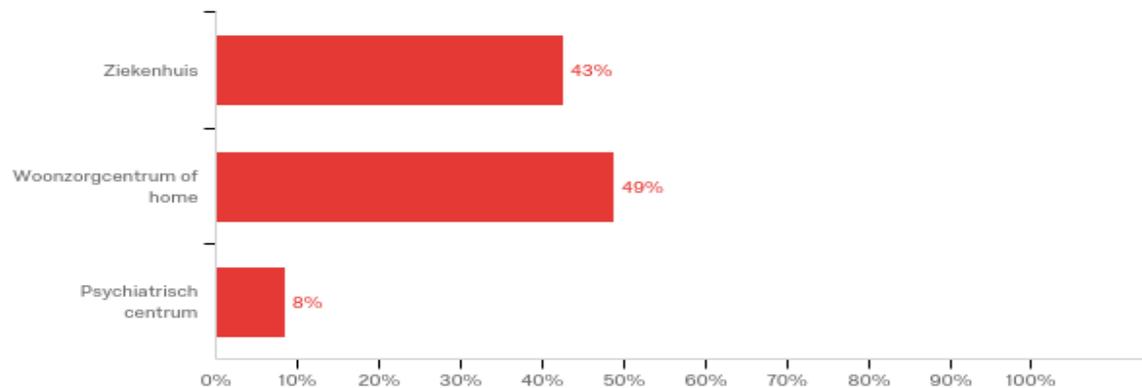
Confort du patient en phase terminale	x (SE) (homme)			x
Traitement local au niveau de la vessie, telle qu'un traitement cytotoxique (hormis antiseptiques)		x	x	x
Troubles de la vidange vésicale intraitables / rétention urinaire chronique / affection vésicale neurogène			x	x
Certains examens urologiques		X (parfois réalisés avec le cathéter à demeure)		
Mesure de la pression intra-abdominale				x
Culture d'urine si mi-jet impossible	x (SE)	x		
Détermination des résidus vésicaux	x (EV)			
Détermination des résidus vésicaux lorsqu'une échographie vésicale est impossible ou absente (grossesse, ascite, lésion sus-pubienne)		x		
Drainage vésical lors de pathologies spécifiques comme l'hématurie, lors d'une chirurgie vésicale avec usage d'un segment intestinal		x	x	
Trauma, tumeur au niveau du bassin				X supra-pubien

Prévention

- Hydratation, hygiène
- Gestion des résidus post-mictionnels: HPB, fréquence des auto-sondages
- Mobilité: une diminution de la mobilité a montré une augmentation de risque d'hospitalisation pour des infections urinaires (Rowe T., *Diagnosis and management of urinary tract infections in older adults, Infect Dis Clin North Am. 2014*)
- Oestrogènes locaux ? (EAU 2015, Detweiler K. and al, *Bacteriuria and urinary tract infections in the elderly, Urol Clin N Am, 2015*)
- Uro-Vaxom: peut-être recommandé chez les femmes avec des infections urinaires à répétition NON COMPLIQUÉES (EAU 2015)
- Quid autres immunothérapies ?...
- Pro-biotiques: pas de preuve suffisante pour lactobacillus (EAU 2015)
- Cranberry: résultats contradictoires → pas recommandé actuellement (IDSA 2009, EAU 2015, (Rowe T., *Diagnosis and management of urinary tract infections in older adults, Infect Dis Clin North Am. 2014, CSS 2017*)
- D-mannose: données insuffisantes (EAU 2015)
- Instillation acide hyaluronique/chondroïtine sulfate: pas de données de qualité → pas de recommandations (EAU 2015)
- **Protocoles**

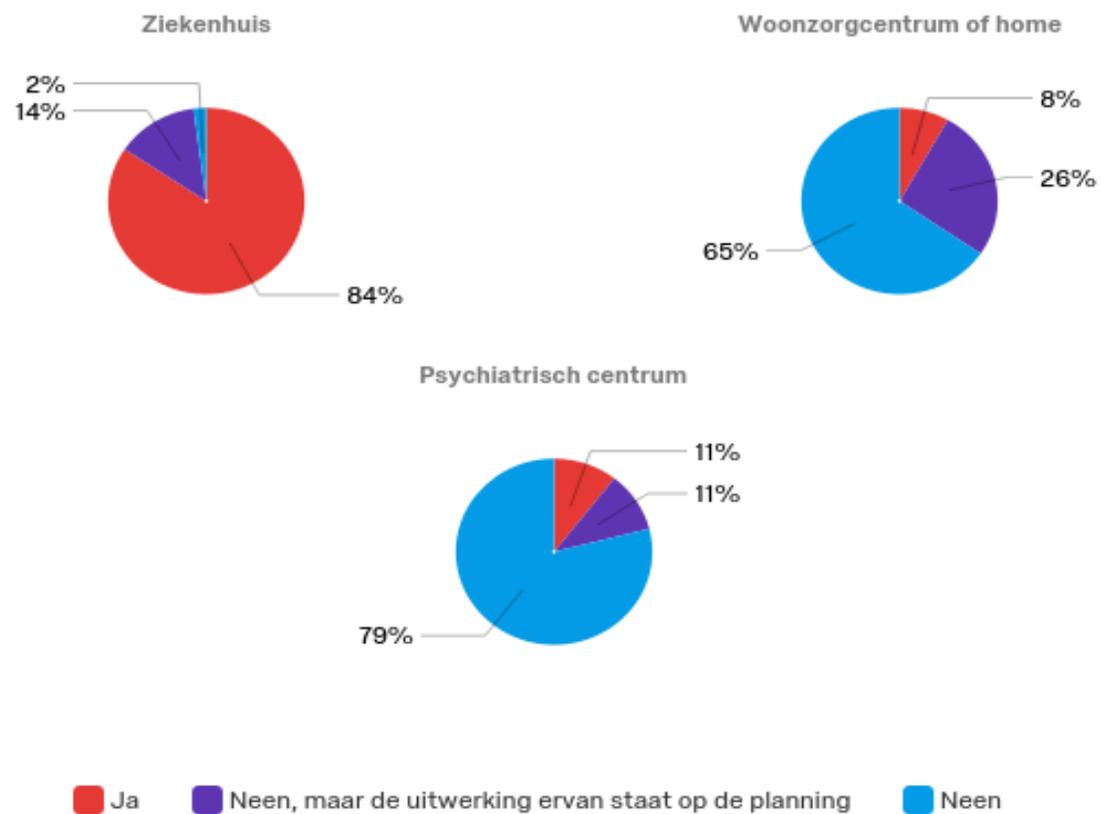
Enquête BAPCOOC

- En 2016, BAPCOOC a mis en place **un groupe de travail transversal national sur les infections des voies urinaires (IVU)**. Ce groupe de travail vise à réduire la prévalence des IVU.
- Le groupe de travail IVU de BAPCOOC a élaboré deux questionnaires destinés à soutenir la mise en œuvre des recommandations du CSS au sein de votre établissement de santé.
- https://nl.surveymonkey.com/r/kennistest_UTI_testconnaissances
- ann.versporten@sante.belgique.be
- bapcoc@health.belgium.be



Participation

- 96 hôpitaux
- 110MRS/LCTF
- 19 centres psychiatriques



Existence d'un protocole

Take Home messages

- Diagnostic clinique difficile
- Diagnostic microbiologique difficile → la clinique prime
- Pas de prélèvement urinaire si asymptomatique
- La bactériurie asymptomatique ne se recherche pas et ne se traite pas (sauf exceptions)
- Eviter l'utilisation des KT si possible et limiter leur maintien dans le temps
- Cause de sur-prescription d'ATB (→ augmentation des germes MDR)
- Traitement documenté si possible
- Eviter les FQ pour le traitement des cystites
- Durées d'ATB pas encore bien établies
- Évaluation du résidu post-mictionnel au minimum
- Importance de la prévention



Références

- Recommandations IGGI, Société belge d'infectiologie et de microbiologie clinique
- Recommandations en matière de prévention, maîtrise et prise en charge des infections urinaires au cours des soins, CSS n°8889, Juillet 2017 <https://www.health.belgium.be/fr/avis-8889-infections-urinaires>.
- Rapport ISP: Infections liées aux soins & antibiorésistance, surveillance des Infections liées aux soins et de la résistance aux antibiotiques dans les établissements de soins belges – rapport d'activités 2017
- Grabe M. and al, Guidelines on urological infections, European Association of Urology 2015
- Lindsay E., IDSA guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults, 2004
- Thomas M and al, IDSA guidelines for diagnosis, prevention and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults, 2009
- Rowe T., Diagnosis and management of urinary tract infections in older adults, Infect Dis Clin North Am. 2014
- Caron F. and al., Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections, Med Mal infect 2018
- Detweiler K. and al, Bacteriuria and urinary tract infections in the elderly, Urol Clin N Am, 2015
- Mody L. and al, Urinary tract infections in older women: a clinical review, JAMA 2014
- Santoni N. and al., Recurrent urinary tract infections in women: what is the evidence for investigating with flexible cystoscopy, imaging and urodynamics?, Urologia internationalis 2018
- Durkin M. and al., An assessment of inappropriate antibiotic use and guidelines adherence for uncomplicated urinary tract infections, Open forum infectious disease 2018