

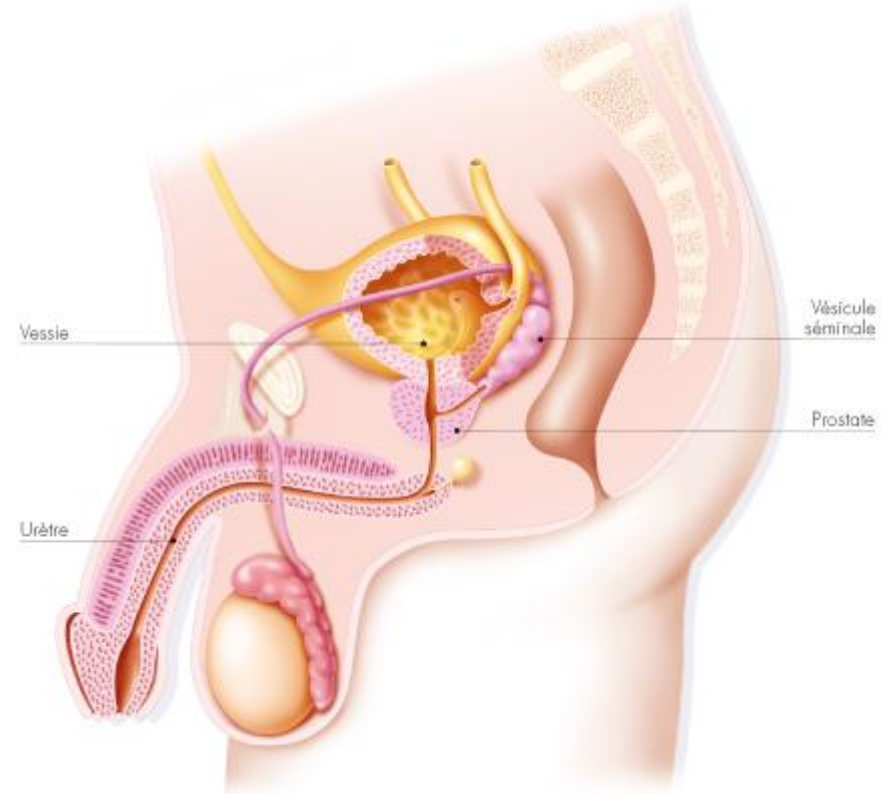
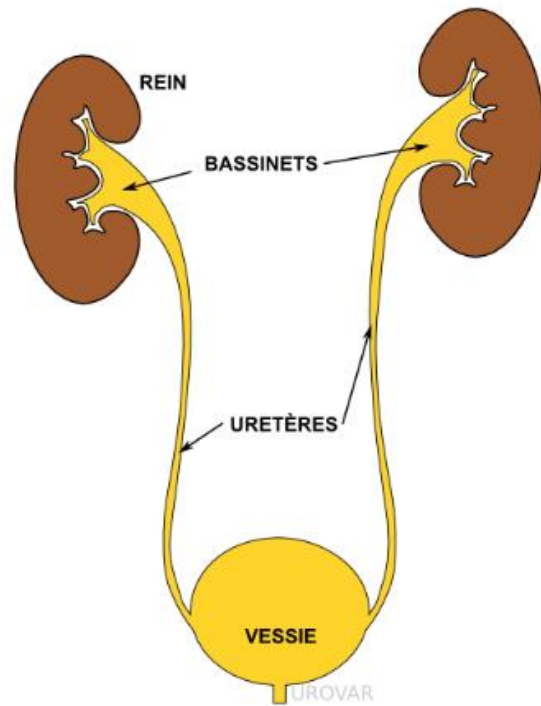
# Journée Régionale des Référents Antibiotiques

ATELIER INFECTIONS URINAIRES SUR MATERIEL

Dr LANSALOT – Dr ALBINET



# RAPPELS ANATOMIQUES



# DEFINITION selon le site

- Infection urinaire basse: ***cystite***
- Infection urinaire haute et/ou parenchymateuse:
  - ***Pyélonéphrite***
  - Infection urinaire masculine (***prostatite***)

# DEFINITION selon le terrain

- - Infection urinaire ***simple***: pas de terrain particulier
- - Infection urinaire ***à risque de complication*** (risque d'infection plus grave):
  - anomalie de l'arbre urinaire
  - sexe masculin
  - grossesse
  - sujet âgé « fragile » (>75 ans)
  - immunodépression
  - insuffisance rénale (DFG<30 mL/min)

# DEFINITION selon la gravité

- Infection urinaire **grave**: PNA ou prostatite, associée à :
  - un sepsis sévère,
  - ou un choc septique,
  - ou une indication de drainage chirurgical ou interventionnel (hors sondage simple)

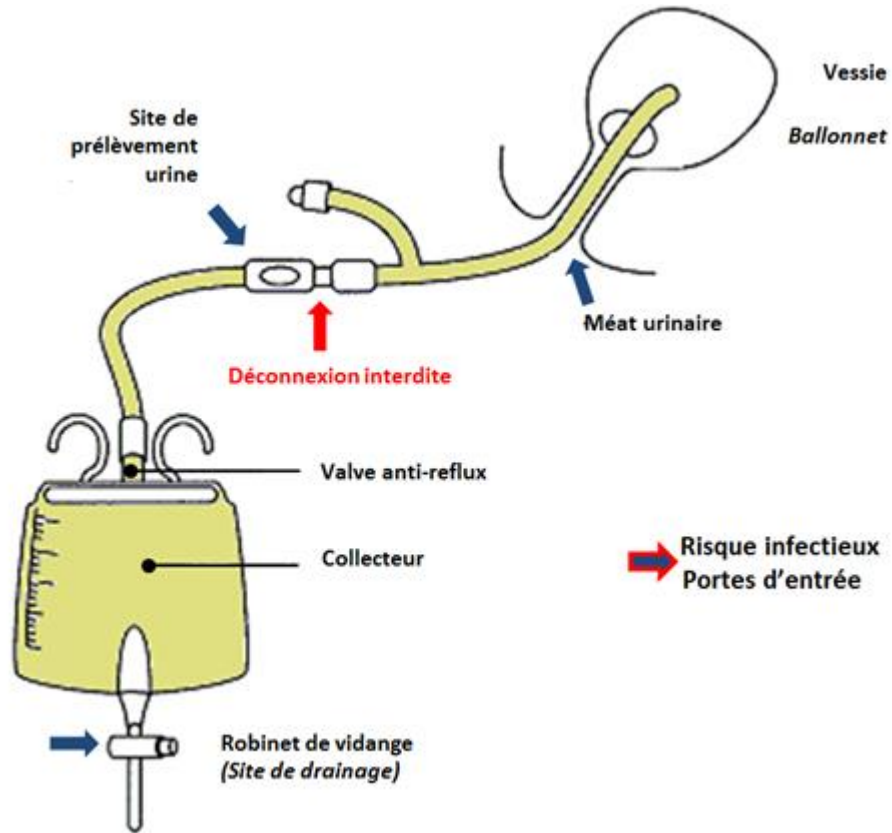
# DEFINITION selon la fréquence

- **Infections urinaires récidivantes**: au moins 4 épisodes par an

# COMMUNAUTAIRE ou ASSOCIEE AUX SOINS?

- IUAS si :
  - survient > 48h après une chirurgie au contact de l'urine,
  - Ou si l'infection survient en présence d'un dispositif endo-urinaire ou moins de 7 jours après l'ablation de celui-ci.

# SONDE URETRALE



## TYPE DE SONDE:

Latex : courte durée <7 jours

Latex enduit siliconé: jusqu'à 3 semaines

Silicone: mieux tolérée, sondage longue durée (3 à 5 semaines)

## TYPE DE COLLECTEUR:

Stérile

Avec bague de prélèvement

Avec valve anti reflux

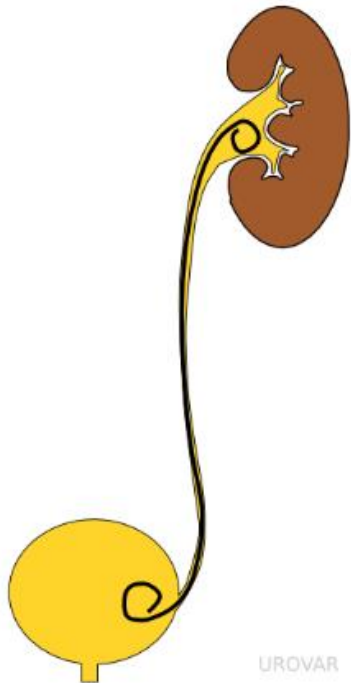
Avec robinet de vidange

Poche de jambe ou poche classique

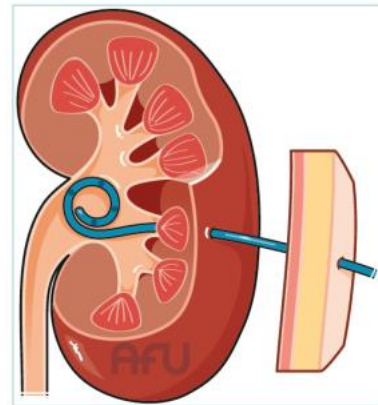


# AUTRES DISPOSITIFS UROLOGIQUES

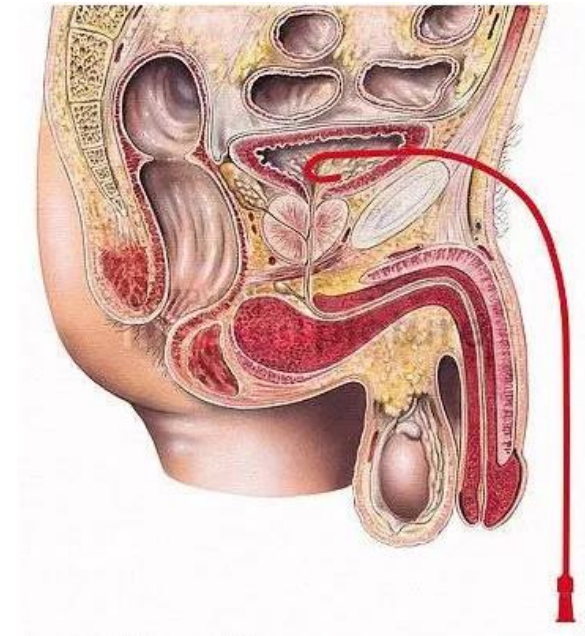
Sonde urétérale JJ



Sonde de néphrostomie



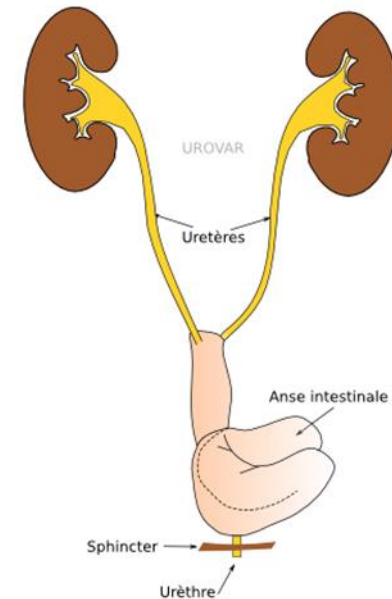
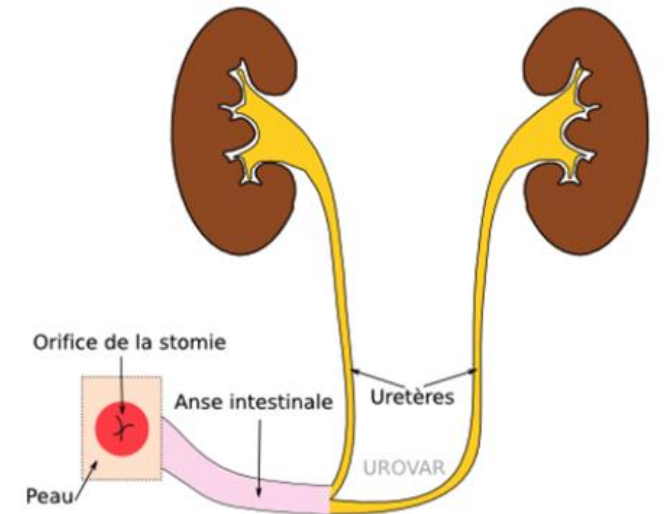
Cathéter sus-pubien





# CHIRURGIES UROLOGIQUES

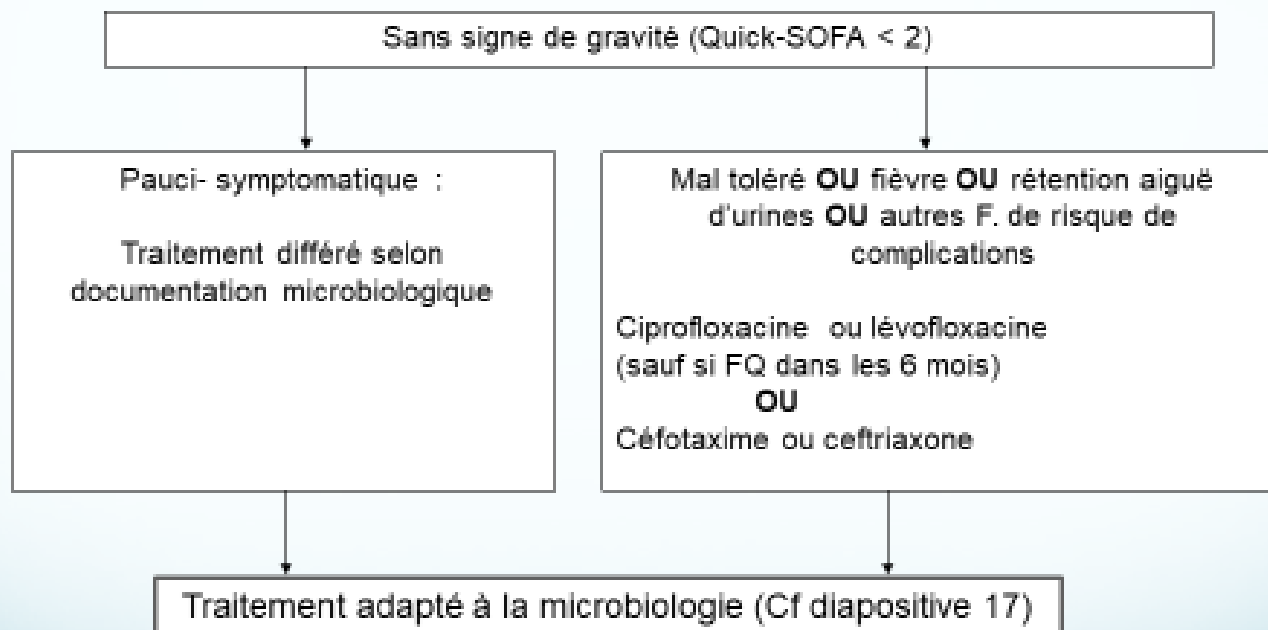
- Bricker (urétérostomie cutanée transiléale) : dérivation chirurgicale des urines vers la peau via un petit morceau d'intestin grêle (urines collectées dans une poche)
- Néovessie (post cystectomie): dérivation urinaire continente avec une anse d'intestin grêle



# **CAS CLINIQUE**

# Q1 infection urinaire masculine non grave

## IU masculine - stratégie probabiliste (1)



### Durée de traitement

- 14 j si ciprofloxacine, lévofloxacine, cotrimoxazole,  $\beta$ -lactamines injectables
- 21 j pour les autres molécules **OU** si uropathie sous jacente non corrigée

# Q2 colonisation urinaire avant cystoscopie

## b) En pré-opératoire

Les recommandations françaises actuelles sont unanimes pour traiter préventivement les bactériuries asymptomatiques avant un geste urologique au contact de l'urine<sup>3,4</sup>. La durée de traitement doit être brève, il semble préférable de traiter jusqu'à ablation de la sonde vésicale ou 7 jours au maximum si la sonde ne peut pas être retirée.

R.20. Il est fortement recommandé de dépister les colonisations urinaires avant une intervention au contact de l'urine (A-I).

R.21. Il est fortement recommandé de traiter préventivement une colonisation avant une intervention au contact de l'urine s'il n'est pas possible d'obtenir la stérilité des urines autrement, notamment en retardant l'intervention ou en changeant un dispositif endo-urinaire (A-I).

R.22. Il est fortement recommandé de traiter les colonisations avant une intervention au contact de l'urine de 48 heures avant l'intervention jusqu'à ablation de la sonde vésicale ou 7 jours au maximum si le retrait de la sonde n'est pas possible (A-III).

En ce qui concerne la cystoscopie diagnostique, une étude suggère l'absence d'intérêt de l'ECBU pré endoscopique et donc d'un traitement systématique en cas de bactériurie.<sup>5</sup> Dans cette étude, un ECBU était réalisé systématiquement avant ou juste après une cystoscopie mais les patients ayant un ECBU positif ne recevaient pas d'antibiotiques. Le taux d'infection urinaire fébrile était significativement plus élevé chez les patients colonisés avant la cystoscopie mais restait faible (4,5%) mais aucune forme grave d'infection nécessitant une hospitalisation n'a été observée.

R.23. Il est possible de dépister et traiter ou de ne pas dépister les bactériuries avant une cystoscopie diagnostique (C-II).

# Q3 IU à BLSE

## $\beta$ -lactamines alternatives aux carbapénèmes (1)



- Il est recommandé de réserver les carbapénèmes aux situations cliniques et/ou microbiologiques où aucune alternative n'est possible. (AE)
- Il est recommandé de ne pas utiliser la ceftazidime-avibactam ou le ceftolozane-tazobactam afin de préserver leur activité sur les bactéries résistantes aux carbapénèmes. (AE)

# Q3 IU à BLSE

## β-lactamines alternatives aux carbapénèmes (2)



β-lactamine	Indications	Posologie, modalités*
Céfépime	Hyperproduction de céphalosporinase sans production de BLSE, quel que soit le site de l'infection	Posologie 4 à 6 g/j (si fonction rénale normale) sous surveillance neurologique
Pipéracilline-tazobactam	Infections à EBLSE sans signe de gravité, avec ou sans bactériémie Pour une infection non urinaire, une CMI est nécessaire et doit être ≤ 4 mg/L	Perfusion prolongée ou continue après une première dose de 4 g sur 30 minutes Posologie élevée (16 g/j si fonction rénale normale et poids > 60 kg)
Témocilline	Infections urinaires Autres infections : avis spécialisé	Posologie 4 à 6 g/j chez le patient sans signes de gravité 6 g/j en perfusion continue après une dose de charge de 2 g chez le patient avec signes de gravité
Céfoxitine	Infections urinaires à <i>E. coli</i> /BLSE sans signes de gravité	Posologie élevée (100 mg/kg/j sans dépasser 8 g/j), en perfusion prolongée ou continue après une dose de charge de 2 g
Amoxicilline-acide clavulanique	Pyélonéphrites aiguës simples à <i>E. coli</i> /BLSE sans signe de gravité (concentration critique systémique)	Traitement initial en perfusion : 2 grammes d'amoxicilline et 200 mg d'acide clavulanique 3 fois par jour Relais oral : 1 gramme d'amoxicilline et 200 mg d'acide clavulanique 3 fois par jour

\* Les modalités d'administration des antibiotiques en perfusion prolongée ou continue (hôpital et ambulatoire) sont proposées en annexe 4 de l'argumentaire scientifique

# Q4 Pas d'ECBU systématique

## Q1 : INDICATIONS ET MODALITÉS DE PRÉVENTION DES INFECTIONS SUR MATÉRIEL ENDO-URINAIRE (SONDE JJ, SONDE URÉTÉRALE)

**R1-1** : Il est recommandé de faire un ECBU dans les 10 jours précédant la pose ou le changement de matériel endo-urétéral, en précisant que l'antibiogramme doit être réalisé sur l'ensemble des bactéries isolées y compris en cas d'ECBU polymicrobien (accord d'experts).

**R1-2** : La présence d'un matériel endo-urétéral n'indique pas de rechercher une colonisation en dehors de situations pour lesquelles cette attitude est recommandée (grossesse et en préopératoire de certaines interventions de l'appareil génito-urinaire) (accord d'experts).

**R1-3** : Il est recommandé de traiter une colonisation urinaire avant pose ou changement de matériel endo-urétéral, classiquement avec une molécule efficace sur le ou les micro-organisme(s) retrouvé(s) 48 heures avant et jusqu'à 24 heures en postopératoire (accord d'experts). En cas d'ECBU polymicrobien, il est recommandé de réaliser un antibiogramme sur l'ensemble des microorganismes ou de reconstrôler l'ECBU (accord d'experts).

**R1-4** : En l'absence de signes évocateurs d'infection urinaire, il n'y a pas suffisamment d'arguments à ce jour pour recommander un ECBU avant ablation d'une sonde de néphrostomie ou d'un matériel urétéral (accord d'experts).

**R1-5** : Il est recommandé de laisser le matériel endo-urinaire le moins longtemps possible (grade A).

**R1-6** : La colonisation urinaire sur matériel endo-urétéral ne se traite pas. En l'absence de situations pour lesquelles un traitement est recommandé (grossesse et en préopératoire de certaines interventions de l'appareil génito-urinaire), la présence d'un matériel endo-urétéral n'indique pas de traitement anti-infectieux (accord d'experts).

**R1-7** : Aucune recommandation ne peut être émise sur le type de matériau à utiliser (accord d'experts).

**R1-8** : Afin de limiter l'émergence de la résistance aux antibiotiques, il est recommandé de ne pas prolonger un traitement antibiotique, et ce quelle que soit l'indication (accord d'experts).

# Q5 récurrence PNA sur JJ, compliquée d'un abcès

## Q3 : INDICATIONS ET MODALITÉS DE TRAITEMENT DES INFECTIONS SUR MATÉRIEL ENDO-URÉTÉRAL

**R3-1** : On ne peut pas recommander le changement systématique d'un matériel endo-urétéral en présence d'une infection. Néanmoins, les situations suivantes peuvent conduire à un changement du matériel (accord d'experts) :

- dilatation du haut appareil urinaire ou majoration d'une dilatation connue découverte lors d'un examen d'imagerie à vessie vide laissant penser que le matériel n'est plus perméable,
- non amélioration clinique après 72 heures d'antibiothérapie bien conduite,
- rechute ou récurrence de l'infection sur matériel

**R3-2** : En cas de changement de matériel endo-urétéral lié à une infection, aucune recommandation ne peut être émise sur le délai optimal. En cas de dilatation du haut appareil urinaire et de sepsis (critères « sepsis III » de 2016 de l'IDSA ) ou de choc septique, ce changement doit être réalisé en urgence (accord d'experts).

**R3-3** : En présence d'infection sur matériel endo-urétéral, il est recommandé, en probabiliste, d'utiliser l'association pipéracilline-tazobactam (accord d'experts) :

- En cas de signes de gravité (sepsis, choc septique ou dilatation du haut appareil urinaire), il est recommandé d'y associer l'amikacine
- En cas de signes de gravité (sepsis, choc septique ou dilatation du haut appareil urinaire) et de facteurs de risque d'EBLSE, il est recommandé d'utiliser l'association carbapénème et amikacine.
- En cas de documentation bactériologique antérieure (moins de 3 mois), l'antibiothérapie probabiliste doit prendre en compte ce résultat.

En cas d'allergie à la pénicilline, il est recommandé en probabiliste d'utiliser l'association vancomycine-aztréonam (accord d'experts) :

- En cas de signes de gravité (sepsis, choc septique ou dilatation du haut appareil urinaire), il est recommandé d'y associer l'amikacine
- En cas de signes de gravité (sepsis, choc septique ou dilatation du haut appareil urinaire) et de facteurs de risque d'EBLSE, il est recommandé d'utiliser l'association carbapénème et amikacine.
- En cas de documentation bactériologique antérieure (moins de 3 mois), l'antibiothérapie probabiliste doit prendre en compte ce résultat.

**R3-4**: Il est recommandé de traiter au moins 5 jours et au plus 10 jours une infection sur matériel endo-urétéral selon le type d'infection urinaire (accord d'experts).



# Q6 Pas d'ECBU avant ablation JJ

## Q1 : INDICATIONS ET MODALITÉS DE PRÉVENTION DES INFECTIONS SUR MATÉRIEL ENDO-URINAIRE (SONDE JJ, SONDE URÉTÉRALE)

**R1-1** : Il est recommandé de faire un ECBU dans les 10 jours précédant la pose ou le changement de matériel endo-urétéral, en précisant que l'antibiogramme doit être réalisé sur l'ensemble des bactéries isolées y compris en cas d'ECBU polymicrobien (accord d'experts).

**R1-2** : La présence d'un matériel endo-urétéral n'indique pas de rechercher une colonisation en dehors de situations pour lesquelles cette attitude est recommandée (grossesse et en préopératoire de certaines interventions de l'appareil génito-urinaire) (accord d'experts).

**R1-3** : Il est recommandé de traiter une colonisation urinaire avant pose ou changement de matériel endo-urétéral, classiquement avec une molécule efficace sur le ou les micro-organisme(s) retrouvé(s) 48 heures avant et jusqu'à 24 heures en postopératoire (accord d'experts). En cas d'ECBU polymicrobien, il est recommandé de réaliser un antibiogramme sur l'ensemble des microorganismes ou de reconstruire l'ECBU (accord d'experts).

**R1-4** : En l'absence de signes évocateurs d'infection urinaire, il n'y a pas suffisamment d'arguments à ce jour pour recommander un ECBU avant ablation d'une sonde de néphrostomie ou d'un matériel urétéral (accord d'experts).

**R1-5** : Il est recommandé de laisser le matériel endo-urinaire le moins longtemps possible (grade A).

**R1-6** : La colonisation urinaire sur matériel endo-urétéral ne se traite pas. En l'absence de situations pour lesquelles un traitement est recommandé (grossesse et en préopératoire de certaines interventions de l'appareil génito-urinaire), la présence d'un matériel endo-urétéral n'indique pas de traitement anti-infectieux (accord d'experts).

**R1-7** : Aucune recommandation ne peut être émise sur le type de matériau à utiliser (accord d'experts).

**R1-8** : Afin de limiter l'émergence de la résistance aux antibiotiques, il est recommandé de ne pas prolonger un traitement antibiotique, et ce quelle que soit l'indication (accord d'experts).

# RECOMMANDATIONS

- Recommandations pour la prise en charge des **infections urinaires communautaires** de l'adulte, SPILF **2018** (AFU, SFM, SNGE, SFR, SFG, GPIP, SFP, SFGG)
- Recommandations **2015** de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des **Infections Urinaires Associées aux Soins** de l'adulte (SF2H, AFU, SPILF)
- Prévention, diagnostic et traitement des **infections sur matériel endo-urétéral** de l'adulte. Recommandations de bonne pratique Comité d'infectiologie de l'AFU – Juin **2020**

# Info-antibio N°81<sup>vi</sup>: Mai 2018

Lettre d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur ce [lien](#).

**Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité**

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques...

## Infections urinaires communautaires de l'adulte 2017

Les épreuves sont dans MMI, sur [EM-consulte](#) et [science-direct](#), avec accès réservé aux abonnés. La version définitive sera disponible en accès libre. Les liens dans cet info-antibio seront alors modifiés. Voir aussi le [diaporama de synthèse du groupe recommandations de la SPILF](#)

### Cystite aiguë simple :

1<sup>er</sup> choix : fosfomycine trométamol, dose unique de 3g - 2<sup>ème</sup> choix : pivmécillinam 5j

S'il y a besoin d'un 3<sup>ème</sup> choix, il faut faire un ECBU et suivre les choix proposés pour les cystites à risque de complication.

Les fluoroquinolones ne sont plus recommandées dans cette indication

### Cystite aiguë à risque de complication : ECBU systématique, et traitement selon l'antibiogramme, par ordre de préférence :

1<sup>er</sup> choix amoxicilline 7j, 2<sup>ème</sup> choix pivmécillinam 7j, 3<sup>ème</sup> choix nitrofurantoïne 7j, 4<sup>ème</sup> choix fosfomycine/trométamol (3 doses J1-J3-J5), 5<sup>ème</sup> choix triméthoprim 5j

Si un traitement différé n'est pas possible (patiente très symptomatique) :

Nitrofurantoïne (excepté DFG<40ml/mn) ou fosfomycine/trométamol (3 doses J1-J3-J5)

Les fluoroquinolones et le céfixime ne sont plus recommandés dans cette indication

Adaptation à l'antibiogramme pour avoir le spectre le plus étroit possible dans l'ordre ci-dessus.

### Cystite aiguë récidivante sans FdR de complications (les autres relèvent d'une concertation multidisciplinaire)

Traitement de chaque épisode comme une cystite simple (si cystite post coitale, TT avant/ou après rapport)

Une antibioprofylaxie au long cours est à éviter au maximum (risque de résistance, toxicité, récurrence à l'arrêt)

Ne se discute que si au moins un épisode par mois, en cas d'échec des autres mesures

La nitrofurantoïne est contre-indiquée au long cours et non recommandée en administrations répétées

Bêta lactamines et fluoroquinolones ne sont pas recommandées

Triméthoprim 150mg/j / cotrimoxazole 400-80mg/j / fosfomycine trométamol (3g tous les 7j)

### Pyélonéphrite simple, sans signe de gravité: Traitement de 7j si β-lactamine IV ou quinolone d'emblée ou en relais, 10j sinon.

Traitement probabiliste : fluoroquinolone (cipro/levoflo) sauf prise dans les 6 mois précédents

C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone) si prise de quinolone dans les 6 mois précédents. Pas de C3G orale.

Si allergie : aminoside (amika, genta, tobra en monothérapie 5 j) ou aztréonam

### Pyélonéphrite à risque de complication, sans signe de gravité : Traitement de 10j si tout va bien (plus long au cas par cas)

Premier choix en probabiliste: C3G IV.

### Adaptation à l'antibiogramme pour les pyélonéphrites

Si possible amoxicilline, à défaut : coamoxiclav ou fluoroquinolone (cipro/levo/oflo) ou céfixime ou TMP-SMX

Cas particulier du relais en cas de BLSE (choix à moduler selon terrain/tolérance/modalités d'administration)

1<sup>er</sup> choix Fluoroquinolone ou TMP-SMX, 2<sup>ème</sup> choix coamoxiclav, 3<sup>ème</sup> choix céfixime ou pipéracilline-

tazobactam, ou témocilline, 4<sup>ème</sup> choix aminoside monothérapie, 5<sup>ème</sup> choix imipénème ou mérépénème en

attaque, ertapénème en relais.

### Pyélonéphrite grave (choc septique, sepsis grave (quick SOFA ≥2), besoin d'un geste urologique sauf simple sondage vésical):

Traitement de 10j

Traitement probabiliste : C3G parentérale + amikacine

Si portage urinaire BLSE dans les 6 mois :

Tenir compte des données bactériologiques : par exemple, utiliser pipéracilline/tazobactam s'il était S

Si pas de sensibilité antérieure : carbapénème (imipénème ou mérépénème) + amikacine puis adaptation

Si choc septique et FdR BLSE (portage urinaire dans les 6 mois, tt/ péni/inhib C2G C3G FQ dans les 6 mois, hospitalisation

dans les 3 mois, voyage récent en zone d'endémie BLSE, long séjour) : imipénème ou mérépénème + amikacine

Relais par adaptation à l'antibiogramme comme pour une PNA simple.

Si allergie aux carbapénèmes : aztréonam + aminosides

**Colonisation gravidique:** par ordre de choix : amoxicilline, pivmécillinam, fosfomycine trométamol, TMP (sauf 2 1<sup>ers</sup> mois), nitrofurantoïne, TMP-SMX (sauf 2 1<sup>ers</sup> mois), coamoxiclav, céfixime. Traitement de 7 j (sauf fosfo 1 dose)

**Cystite gravidique:** en probabiliste : fosfomycine trométamol ou pivmécillinam. Si échec ou R, par ordre : amoxicilline, fosfomycine trométamol pivmécillinam, TMP (sauf 2 1<sup>ers</sup> mois), nitrofurantoïne, TMP-SMX (sauf 2 1<sup>ers</sup> mois), coamoxiclav, céfixime. 7j (fosfo 1j)

**Infection urinaire masculine :** traitement probabiliste comme les pyélonéphrites. En relais privilégier fluoroquinolones et TMP-SMX.

Traitement de 14j (FQ, TMP-SMX, β-lactamine parentérale) ou 21j (autres cas)

Médecine et  
maladies infectieuses



### Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Recommandations sur les ATB, EPP: [infectiologie.com](#). ATB rationnelle en soins primaires: [antibiodic.com](#). AMM, pénuries, effets indésirables [ANSM](#). Avis et évaluations: [HAS](#) - [HCSP](#). Outils de communication: [CPias](#)  
Sites régionaux d'information sur les ATB: [Lorraine](#) - [Nord Pas de Calais](#) - [Pays de la Loire](#)

# Quand évoquer une infection urinaire sur matériel?

- Fièvre, hypothermie, hypotension, AEG sans autre cause
- Mictions douloureuses, pollakiurie, douleur sus-pubienne post désondage
- Aggravation des troubles cognitifs, de la dépendance, et/ou aggravation d'une incontinence urinaires
- Aggravation de la spasticité (vessie neurologique)

Un changement d'odeur ou d'aspect des urines ne sont pas des signes spécifiques d'infection urinaire

# Analyse biologique > ECBU

- Milieu de jet ou par ponction directe après désinfection de l'opercule des sondes
- Pas de place pour la bandelette urinaire (sur matériel)
- Ne pas tenir compte de la leucocyturie
- Bactériurie à  $10^5$  ufc/ML...mais signes cliniques priment +++
- Sur la SV en place (pas de changement au préalable)

# Qui faut-il dépister/traiter?

- Les patients symptomatiques

*Attention aux urgenturies et autres signes mictionnels associées à une bactériurie au décours d'une RTUP ou de la mise en place d'une sonde urétérale*

- Et dans certaines situations asymptomatiques de « bactériurie isolée » :
  - Grossesse
  - Certaines situations chirurgicales

# Quizz 1

Il est nécessaire de dépister et de traiter une colonisation urinaire (donc sans symptôme) dans les situations suivantes: V ou F

- Cystoscopie diagnostique
- RTUP
- Avant chirurgie orthopédique ou cardio-vasculaire
- Chez les patients transplantés rénaux
- Chez les autres immunodéprimés

# Quizz 1

Il est nécessaire de dépister et de traiter une colonisation urinaire (donc sans symptôme) dans les situations suivantes:

- Cystoscopie diagnostique: abstention possible
- RTUP : 48h avant, jusqu'à l'ablation de la SV - 7 jours max
- Avant chirurgie orthopédique ou cardio-vasculaire: non recommandé
- Chez les patients transplantés rénaux : abstention possible
- Chez les autres immunodéprimés: non recommandé



# Quizz 2

Il est nécessaire de dépister et de traiter une colonisation urinaire: V ou F

- Avant l'ablation ou le changement de sonde vésicale
- Chez tous patients porteurs de sonde endo-urétérale
- Avant un changement de sonde endo-urétérale chez un patient asymptomatique
- Avant l'ablation d'une sonde endo-urétérale chez un patient asymptomatique
- Chez un patient en auto ou hétérosondage
- Chez tout patient hospitalisé en réanimation

# Quizz 2

Il est nécessaire de dépister et de traiter une colonisation urinaire:

- Avant l'ablation ou le changement de sonde vésicale
- Chez tous patients porteurs de sonde endo-urétérale
- Avant un changement de sonde endo-urétérale chez un patient asymptomatique
- Avant l'ablation d'une sonde endo-urétérale chez un patient asymptomatique
- Chez un patient en auto ou hétérosondage
- Chez tout patient hospitalisé en réanimation

Il est fortement recommandé de traiter une IUAS avant changement de sonde endo-urétérale

# Antibiothérapie probabiliste

- En présence d'infection sur matériel endo-urétéral: association **pipéracilline-tazobactam** en probabiliste (accord d'experts) :
- En cas de signes de gravité (sepsis, choc septique ou dilatation du haut appareil urinaire): ajout d'amikacine
- En cas de signes de gravité et de facteurs de risque d'EBLSE: association carbapénème et amikacine.
- En cas de documentation bactériologique antérieure (moins de 3 mois): l'antibiothérapie probabiliste doit prendre en compte ce résultat.
- En cas d'allergie à la pénicilline, il est recommandé en probabiliste d'utiliser l'association vancomycine-aztréonam (accord d'experts) :

# Dans quel délai?

- Dans l'heure en cas de sepsis sévère
  - Dans les 12 heures en cas d'infection parenchymateuse
  - Dans les autres situations, ou en cas de doute diagnostique, il est fortement recommandé de différer l'antibiothérapie en attendant les résultats de l'ECBU
- > Réévaluation systématique à 48h avec l'antibiogramme

# Sonde vésicale

- En cas de sonde vésicale: sevrage si possible
- Si indispensable, changement après 24h d'antibiothérapie efficace

De façon générale, se poser régulièrement la question de l'indication et de la nécessité du sondage vésical à demeure +++

> Désondage nocturne entre 22h et minuit après une chirurgie urologique, et en fin de nuit dans les autres cas

# Stratégie urologique (1)

- Pas de changement systématique du **matériel endo-urétéral** en présence d'une infection.

Sauf si: (accord d'experts)

- dilatation du haut appareil urinaire ou majoration d'une dilatation connue (laissant penser que le matériel n'est plus perméable)
- non amélioration clinique après 72 heures d'antibiothérapie bien conduite
- rechute ou récurrence de l'infection sur matériel

# Stratégie urologique (2)

- En cas de changement, aucune recommandation ne peut être émise sur le **délai optimal**.
- En cas de dilatation du haut appareil urinaire et de sepsis (critères « sepsis III » de 2016 de l'IDSA ) ou de choc septique, ce changement doit être réalisé **en urgence** (accord d'experts).
- Pas de mise en culture des matériels endo-urétéraux (même en cas d'infection) – concordance dans seulement 15% des cas.

# Durée

- Il est recommandé de traiter au moins 5 jours et au plus 10 jours une infection sur matériel endo-urétéral selon le type d'infection urinaire (hors abcès) (accord d'experts)
- En cas de prostatite associée aux soins : 14 jours
- En cas de cystite associée aux soins : 5 à 7 jours (voire 3 jours si <75 ans, et ablation de la SV)
- Pas de contrôle de l'ECBU au décours +++



# Cas particulier des candiduries

- Colonisation : abstention, sauf si pré-opératoire d'urologie (FLUCONAZOLE per os 400 mg J1, puis 200 mg J2, 48h avant et 48h après)
- En cas de portage prolongé sur JJ, surrisque d'obstruction à long terme : vigilance accrue des candiduries prolongées si matériel endourétéral (DFG, douleurs lombaires, dilatation uretère sus-jacent)