

Prévention des IUN

Dr Gwenaél Rolland-Jacob

Journées ARLIN Bretagne
13-14 Octobre 2011

1

Recommandations

- Conférence de consensus : IUN de l'adulte 2002 [SPILE-AFU](#)
- Guide to the Elimination of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTIs) [APIC 2008](#)
- Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes- 2009-[SFHH-ORIG](#)
- Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTI) [HICPAC](#), [CDC, 2009](#)
- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins [SFHH](#), [HCSPE](#), Ministère de la santé, 2010 (R70à R83)

2

Niveaux de recommandations*

(Conférence consensus 2002)

Force de la recommandation*

- A : il est fortement recommandé de faire...
- B : il est recommandé de faire...
- C : il est possible de faire ou de ne pas faire ...
- D : il est recommandé de ne pas faire ...
- E : il est fortement recommandé de ne pas faire...

Niveau de preuve de la recommandation*

- Niveau I : au moins un essai randomisé de bonne qualité,
- Niveau II : au moins un essai non randomisé, ou une étude cas / témoins ...
- Niveau III : opinion d'expert, expérience clinique, étude descriptive, consensus professionnel ...

* IDSA Société Américaine de Maladies Infectieuses

3

Niveaux de recommandations

(HICPAC CDC guidelines 2009)

Table 1. Modified HICPAC Categorization Scheme* for Recommendations

Category IA	A strong recommendation supported by high to moderate quality† evidence suggesting net clinical benefits or harms
Category IB	A strong recommendation supported by low quality evidence suggesting net clinical benefits or harms or an accepted practice (e.g., aseptic technique) supported by low to very low quality evidence
Category IC	A strong recommendation required by state or federal regulation.
Category II	A weak recommendation supported by any quality evidence suggesting a trade off between clinical benefits and harms
No recommendation/ unresolved issue	Unresolved issue for which there is low to very low quality evidence with uncertain trade offs between benefits and harms

4

Introduction

- Essentiel des données épidémiologiques publiées
 - Patients nécessitant une aide à la vidange vésicale
 - Patients présentant une incontinence
- Etude de l'efficacité de mesures préventives

5

Mesures générales et spécifiques

- Hydratation des patients adaptée à la saison, l'âge et les pathologies
- Hygiène globale des patients, des soignants et des soins
- Mesures spécifiques des PEC des soins de la sphère uro-génitale

6

IUN et SAD

- Sondage très fréquent : 9,4% des patients (enquête prévalence 2006).
- IUASAD : plus fréquente des IUN (65-80%)
 - 1-7 IU pour 100 jours de SAD
 - 50% patients sondés 7 à 10 jours présentent 1 bactériurie
- Indication SAD injustifiée dans 21 à 38% des cas
- Durée SAD injustifiée dans 47% des cas
- IUN moins fréquentes si :
 - Absence de geste invasif ou moyens alternatifs au SAD⁷

Limiter au maximum les indications SAD (A-II) (IB)

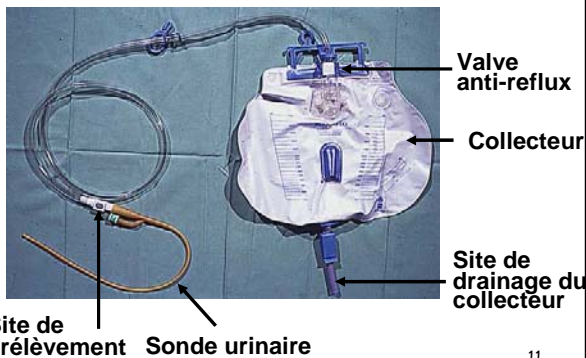
- Rétention urinaire aigue, globe vésical, obstruction urinaire
- Surveillance de la diurèse patients soins intensifs
- Chirurgie
 - Surveillance des urines pendant une intervention
 - Chirurgie des voies uro-génitales
- En post chirurgical
 - Si liquide de remplissage +++ ou diurétique+++
 - Prévention macération des plaies chirurgicales périnéales et sacrées chez patient incontinent
- En fin de vie si nécessaire au confort du patient
- Incontinence isolée n'est pas une indication de SAD (SFHH)

Si indication de SAD...

Prévention des infections liées au SAD

- Limiter durée du sondage au maximum (A-II) R71
- Reconsidérer chaque jour l'indication (A-II) R71
- Choix du matériel adapté aux besoins cliniques et en fonction de la durée prévisible du sondage (R75)
 - Petit diamètre de sonde (II) (sauf maternité, chirurgie)
 - Ballonnet 10ml suffisant chez adulte (sauf urologie)
 - Lubrifiant/anesthésique stérile en unidose
 - Choix du matériau de la sonde (enduit siliconé, hydrogel, etc)
- Au moment du sondage, SAD doit être connectée à un sac collecteur stérile : drainage clos (R76) (A-II) (IB)¹⁰
 - Non déconnectable sauf impératifs cliniques

Système clos de drainage urinaire



11

Pose SAD : quelle prévention ?

- Pose : respecter les bonnes pratiques d'asepsie (SFHH)
 - Désinfection des mains (A-II), gants stérile, matériel stérile (C-III) (IB)
 - Système clos : sonde connectée au collecteur avant la pose
 - Bien fixer sonde pour éviter mouvement et traction urétrale (IB)
 - Système de recueil : déclive, pas de contact avec le sol (R77) (B-III) (IB)
 - Si rupture d'asepsie (déconnection, fuites) : remplacer sonde et système clos
- Professionnels formés : pose et soins (IB) (R74)
- Changer la sonde en cas d'IU ?
 - Changement qu'après au moins 24h de traitement ATB

12

Suivi du SAD, quelle prévention ?

- Maintenance du système clos :
 - Désinfecter mains et enfiler des gants avant toute manipulation du système y compris vidange (R77) (IB)
 - Se désinfecter les mains à l'ablation des gants
 - Utiliser aseptiquement un site de prélèvement pour tous les prélèvements (R77)
 - Vider sacs assez souvent pour éviter reflux (R77)
 - Utiliser un récipient propre pour chaque patient pour éviter de contaminer robinets de vidange (R77)
- Hygiène du patient :
 - toilette quotidienne avec un savon doux médical (B-II)

13

SAD : ce qui est inutile ou non recommandé

- Ne pas mettre d'antiseptique dans le sac (D-III) (R77)
- Ne pas faire d'antibioprophylaxie (R77)
- Ne pas changer systématiquement les sondes (R77)
- Ne pas faire d'irrigations ou d'instillations vésicales
 - Sauf irrigation vésicale continue avec sondes double voie en post-opératoire en urologie (E-II) (R77)
- Il ne faut pas changer la sonde en cas de bactériurie asymptomatique en réanimation (SFAR-SRLF)

14

Utiliser les alternatives au SAD (1)

- Etui pénien (B-III) (II) R70
 - Absence de rétention ou d'obstruction vésicale
 - Surveiller risque IU en cas de résidu post-mictionnel ou si port permanent
 - Changer l'étui pénien tous les jours (ORIG).
 - Toilette soigneuse quotidienne permettant le dépistage des complications locales
 - ulcération, macération, surinfection (mycose), phimosis (ORIG).

15

Utiliser les alternatives au SAD (2)

- Sondages évacuateur isolé (C-III) R70
 - vessie neurologique (B-II) (II), dysfonctionnement vidange vésicale (II), post-opératoire, maternité, gériatrie
 - Niveau asepsie idem SAD.
 - Système clos pré-connecté.
 - Utiliser un échographe (bladder scan) pour limiter fréquence
- Sondage itératif réalisé par le patient (autosondage)
 - Evite la contamination croisée
 - Matériel stérile n'a pas montré d'avantage/ sondage propre
 - Antisepsie pas d'avantage/ toilette simple
 - Programme d'éducation patient et famille est efficace
 - Kits avec sondes lubrifiées est utile, diamètre petit

16

Utiliser les alternatives au SAD (3)

- Echographie sus-pubienne (bladder scan) préférable au sondage pour mesurer le résidu vésical (B-III)
 - Pour définir la meilleure méthode de drainage et la meilleure périodicité (R72)
 - Indications connues par les soignants (IB)
 - Equipement nettoyé et désinfecté entre chaque patient (IB)
- Le cathéter sus-pubien
 - Indications limitées (encadrement par un urologue nécessaire)
 - Risque de complications graves
 - Pose par un chirurgien entraîné
 - Asepsie de niveau chirurgical (préparation cutanée)
 - Connecté à un sac collecteur stérile : drainage clos
 - Recommandations idem système clos SAD (R80)

17

Spécificité de la personne âgée

- Incontinence urinaire
 - 50% des résidents en EHPAD
 - **n'est en aucun cas une indication au sondage urinaire au long cours**
- Promouvoir la rééducation comportementale (B-II)
 - Education et aide à la miction à heures fixes

18

Prévention des IU en EHPAD (ORIG)

- SAD ne doit pas être la méthode systématiquement retenue en première intention.
- Cibler les indications de la mise en place d'une SAD :
 - rétention, aggravations de plaies, fin de vie.
- Choisir la méthode de drainage urinaire la plus adaptée par ordre de préférence
 - conduite aux toilettes à intervalles réguliers, étui pénien, changes, sondages itératifs.
- Si rétention urinaire chronique, préférer le sondage intermittent au SAD. 19

Autres spécificités

- Maternité
 - Sondage évacuateur stérile ponctuel (sac collecteur) sondes auto ou pré-lubrifiées : pendant l'accouchement sous péridurale
- Rééducation fonctionnelle
 - Sondage évacuateur : matériel stérile à UU très maniable avec lubrification de la sonde (bonne tolérance et ergonomie)
 - Sondage propre en remplacement du sondage évacuateur stérile : matériel propre au patient lavé et séché
 - Echographie pour adapter la fréquence
- Chirurgie urologique
 - Dépistage et traitement des bactériuries avant chirurgie²⁰
 - Protocoles d'antibioprophylaxie

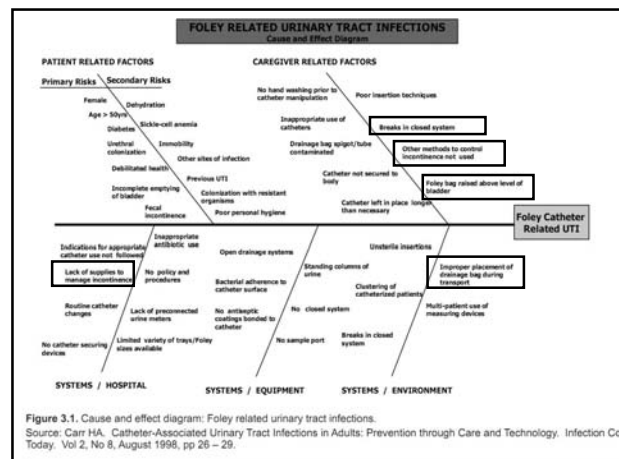
En pratique
par où commencer pour
diminuer le taux IUN
dans mon ETS ?

Mettre en œuvre un programme
d'amélioration de la qualité (IB)

Identifier problématique et causes

- Identifier la problématique
 - Prévalence IUN, prévalence sondage, incidence IUN/sonde ?
 - Cas groupés, épidémie, pseudo-épidémie ?
 - IUN à BMR récurrentes ?
 - Demandes ou réclamations exprimées par le personnel, ou par les patients et/ou familles ?
- Analyse systémique des causes RMM
 - Diagramme arbre des causes Ishikawa en groupe multi-disciplinaire
 - +/- tableau synoptique, courbe épidémique, résultats audits
 - Proposition d'un plan d'amélioration et suivi des actions

23



Quelques objectifs types...

- Garantir un usage approprié du sondage
- Identifier et ôter les sondes non utiles
- Garantir la compliance aux bonnes pratiques d'hygiène
- Etc...

25

Quelques outils...

- Procédures de soins
 - Indications d'arrêt du sondage
 - Indications sondage intermittent
 - Indications et utilisation du bladder scan
 - Etc...
- Alertes/rappels informatisés
 - pour identifier tous les patients sondés et décider de la poursuite du SAD
- Suivi des pratiques à l'aide d'indicateurs de processus et de résultats
 - Feedback auprès des équipes +++

26

Quelques indicateurs...

- % personnel IDE formé
- % traçabilité date de pose et de retrait dans le dossier
- % traçabilité indication SAD dans le dossier
- % bonnes pratiques SAD
- Taux d'incidence IUN sur SAD pour 1000 journées de sondage (B-II)
 - cadre de protocoles standardisés (C-Clin Ouest)
- Taux de bactériémies secondaires à une IUN sur SAD

En conclusion

- Poser indications SAD, choisir alternatives si possible
- Si SAD : système clos
- Pose et suivi doit respecter recommandations hygiène
- Tracer indication sondage, date pose SAD
- Diminuer au maximum durée SAD
- Indicateurs qualité d'unité/ETS
- Feedback régulier des indicateurs auprès du terrain
- RMM si nécessaire, analyse des causes racines
- Professionnels formés

28