

Urines foncées et malodorantes : PRELEVER ou NE PAS PRELEVER ?

Telle est la question !

Evaluation des pratiques paramédicales et
médicales vis-à-vis des BU et des ECBU
en EHPAD

Journée EMA EMH Occitanie 19 septembre 2023 Lézignan

Aline JAMMES pharmacien, CHU Toulouse

DU Hygiène Hygiène hospitalière

1- Quelques rappels

SPILF. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte, actualisation 2017 des recommandations 2014

Colonisation

- processus physiologique
- bactéries présentes sans dommage pour l'hôte

Infection

- processus pathologique
- Bactéries virulentes
- → dégâts tissulaires / inflammation
- → signes cliniques

Colonisation urinaire

- Bactériurie asymptomatique
- Colonisation par flore d'origine digestive (entérobactéries, anaérobie, streptocoques), flore d'origine cutanée (staphylocoque à coagulase négative, corynébactérie) flore d'origine génitale (lactobacilles notamment pour la femme)
- Pas de seuil de leucocyturie

Infection urinaire

- Signes cliniques évocateurs + bactériurie significative + leucocyturie significative
- En cas de discordance clinique/bactério, clinique ++++

IU simples : patients sans facteur de risque

IU à risque de complication : plus sévère ou plus difficile à traiter.

âge → facteur de risque

IU graves : initialement simple ou à risque de complication

si critère de gravité : risque de EBLSE si traitement probabiliste

FDR de complication d'une IU

- anomalies organiques ou fonctionnelles de l'arbre urinaire (résidu vésical +++)
- certains terrains : **sujet âgé « fragile »**, sexe masculin, grossesse, insuffisance rénale chronique sévère, immunodépression grave

>75 ans : FDR de complication +++

FDR d'EBLSE

- **vie en structure de long séjour,**
- antécédent de colonisation ou d'infection à EBLSE datant de moins de 6 mois
- ttt par certains ATB datant < 3 mois
- hospitalisation datant < 3 mois
- voyage en zone d'endémie d'EBLSE

Éléments de gravité

- sepsis grave
- choc septique
- geste urologique (hors sondage simple)

Outils diagnostiques : bandelette urinaire, ECBU, recherche de résidu vésical post-mictionnel, bilan biologique, uroscanner, hémoculture, échographie abdominale, IRM prostatique

BU :

- uniquement valeur d'orientation
- performances différentes chez la femme et chez l'homme (VPN élevée chez la femme, VPP élevée chez l'homme)

ECBU :

- Indications :
suspicion clinique d'IU
diagnostic des colonisations nécessitant un traitement (grossesse et geste urologique programmé)
- indispensable avant antibiothérapie si IU (sauf cystite simple)
- pas d'ECBU de contrôle, sauf si évolution clinique défavorable

ECBU + :

- seuil de leucocyturie > 10⁴UFC/ml
- seuil de bactériurie significative variable selon l'espèce en cause et le sexe du patient :

Espèces bactériennes	Homme	Femme
E. coli	>10 ³ UFC/ml	>10 ³ UFC/ml
S. saprophyticus		
Entérobactéries (autre que E. coli, entérocoque, P. aeruginosa, S. aureus)	>10 ³ UFC/ml	>10 ⁴ UFC/ml

Chez le sujet âgé ?

Définition du sujet âgé

- les sujets de plus de 75 ans et les sujets de plus de 65 ans cumulant au moins 3 critères (perte de poids involontaire au cours de la dernière année, vitesse de marche lente, faible endurance, faiblesse /fatigue, activité physique réduite)

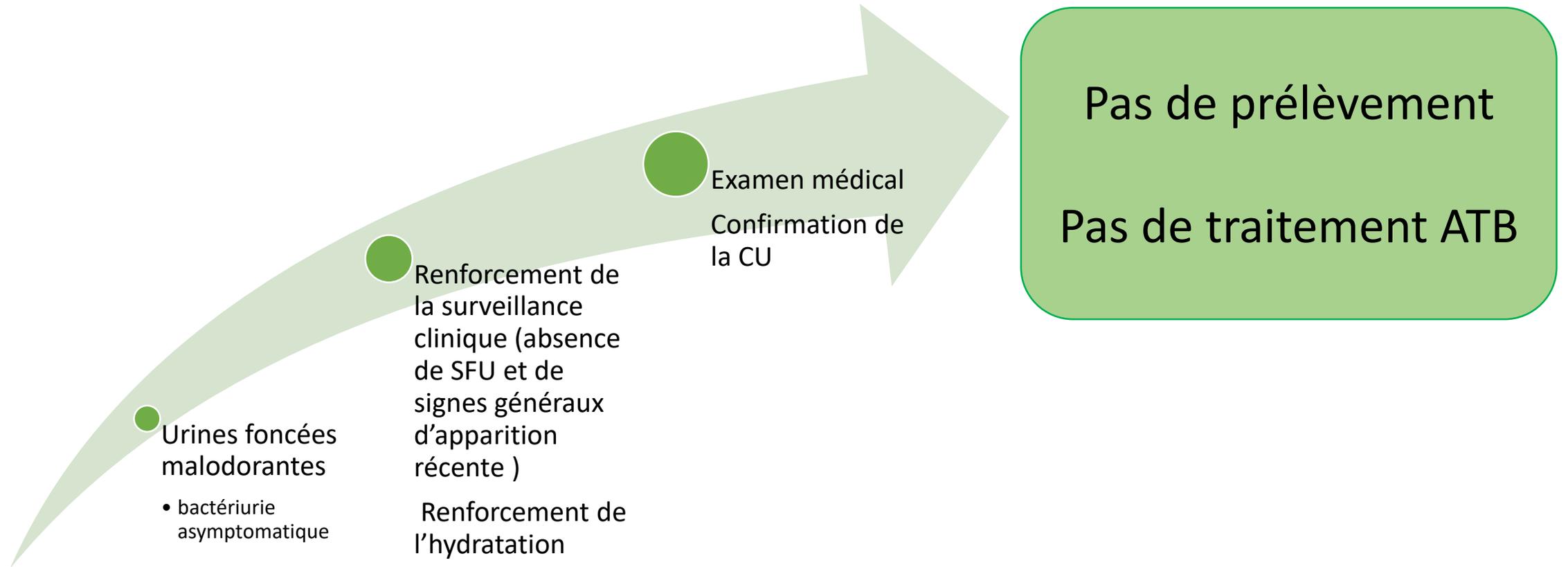
Facteurs favorisant les IU

- stase urinaire, (résidu post-mictionnel +++),
- sondage urinaire à demeure,
- hydratation insuffisante,
- carence en œstrogène,
- présence d'une vessie neurologique.

Clinique

- paucisymptomatique et atypique !
- confusion, anorexie, nausées, vomissements, chutes, baisse des capacités fonctionnelles, somnolence, désorientation, dépendance, hypotension orthostatique, modification du comportement en cas de troubles cognitifs

Colonisation urinaire chez le sujet âgé en EHPAD



Colonisation urinaire chez le sujet âgé en EHPAD

ANTIBIORESISTANCE

IMPASSE
THERAPEUTIQUE

Urines foncées
malodorantes

- bactériurie
asymptomatique

Prélèvement
inapproprié

- BU
- ECBU

Traitement
ATB inutile

- Traitement
probabiliste
- Traitement
curatif par
anticipation

2- Enquête auprès des AS, des IDE et des Medco

Alors qu'il existe
de nombreuses recommandations
de ne pas faire de prélèvement
pour les colonisations urinaires,
quelles sont les pratiques
de prélèvements des soignants
en cas d'urines foncées et malodorantes ?

2- Enquête auprès des AS, des IDE et des Medco

Une situation fréquente en EHPAD

« Mme P., âgée de 85 ans, non sondée, résidente en EHPAD depuis 2 ans, présente des urines malodorantes et foncées depuis 24 heures.

Elle n'a pas de signes cliniques d'infection urinaire.

(mictions fréquentes, brûlure lors de la miction, rétention d'urine apparition/aggravation d'une incontinence, apparition de douleurs abdominale/lombaire/pelvienne)

Elle n'a pas non plus de signes généraux d'apparition récente.

(fièvre, hypothermie, somnolence, apparition/aggravation de trouble du comportement, perte d'appétit, apparition/aggravation d'une dépendance, décompensation de comorbidité) »

Questionnaires AS, IDE, medco

47 EHPAD de Haute-Garonne
(soit 3532 résidents) - EMH31
Mail + flyer avec QR code
Période: avril à mai 2023

62 réponses

36 IDE

14 AS

12 médco

Questionnaire à destination de l'AS

« Mme P., âgée de 85 ans, non sondée, résidente en EHPAD depuis 2 ans, présente des urines malodorantes et foncées depuis 24 heures.

Elle n'a pas de signes cliniques d'infection urinaire.

(mictions fréquentes, brûlure lors de la miction, rétention d'urine apparition /aggravation d'une incontinence, apparition de douleurs abdominale/lombaire/pelvienne)

Elle n'a pas non plus de signes généraux d'apparition récente.

(fièvre, hypothermie, somnolence, apparition/aggravation de trouble du comportement, perte d'appétit, apparition/aggravation d'une dépendance, décompensation de comorbidité) »

Vous venez de faire la toilette de cette résidente, et vous constatez que celle-ci présente des urines malodorantes et foncées. Que faites-vous ?

1. Vous faites une **bandelette urinaire**
2. Vous demandez au médecin traitant ou au médecin coordonnateur de prescrire un **ECBU**
3. Vous informez l'IDE que la résidente a des urines malodorantes et foncées et vous lui demandez la **CAT**
4. Vous recherchez d'éventuels **signes d'infection urinaire** ou de **signes généraux d'apparition récente**
5. Autre : précisez :

Questionnaire à destination de l'IDE

« Mme P., âgée de 85 ans, non sondée, résidente en EHPAD depuis 2 ans, présente des urines malodorantes et foncées depuis 24 heures.

Elle n'a pas de signes cliniques d'infection urinaire.

(mictions fréquentes, brûlure lors de la miction, rétention d'urine apparition /aggravation d'une incontinence, apparition de douleurs abdominale/lombaire/pelvienne)

Elle n'a pas non plus de signes généraux d'apparition récente.

(fièvre, hypothermie, somnolence, apparition/aggravation de trouble du comportement, perte d'appétit, apparition/aggravation d'une dépendance, décompensation de comorbidité) »

L'AS, qui vient de faire la toilette de cette résidente, vous signale que celle-ci présente des urines malodorantes et foncées. Que faites-vous ?

1. Vous demandez à l'AS de faire une **bandelette urinaire**
2. Vous demandez à l'AS de **renforcer la surveillance** et de lui signaler d'éventuels signes d'infection urinaire ou de signes généraux d'apparition récente
3. Vous informez le médecin traitant ou le médecin coordonnateur que la résidente a des urines malodorantes et foncées et vous lui demandez la **CAT**
4. Vous demandez au médecin traitant ou au médecin coordonnateur de prescrire un **ECBU**
5. Autre : précisez :

Questionnaire à destination du médoco

« Mme P., âgée de 85 ans, non sondée, résidente en EHPAD depuis 2 ans, présente des urines malodorantes et foncées depuis 24 heures.

Elle n'a pas de signes cliniques d'infection urinaire.

(mictions fréquentes, brûlure lors de la miction, rétention d'urine apparition /aggravation d'une incontinence, apparition de douleurs abdominale/lombaire/pelvienne)

Elle n'a pas non plus de signes généraux d'apparition récente.

(fièvre, hypothermie, somnolence, apparition/aggravation de trouble du comportement, perte d'appétit, apparition/aggravation d'une dépendance, décompensation de comorbidité) »

L'IDE, en charge de cette résidente, vous signale que celle-ci présente des urines malodorantes et foncées.

Que faites-vous ?

1. Vous prescrivez un **ECBU**
2. Vous demandez à l'IDE de faire une **bandelette urinaire**
3. Vous demandez à l'IDE de **renforcer la surveillance** (recherche d'éventuels signes d'infection urinaire ou de signes généraux d'apparition récente)
4. Vous prescrivez un **traitement antibiotique probabiliste**
5. Vous prescrivez un **traitement antibiotique curatif par anticipation** (à administrer si ECBU +)
6. Autre : précisez :

	Pourcentage	AS	IDE	Méd
Recours à une BU	Oui	78,6	38,9	58,3
	Non (réponse adaptée)	21,4	61,1	41,7
Recours à un ECBU	Oui	42,9	22,2	25
	Non (réponse adaptée)	57,1	77,8	75

Un usage des BU et des ECBU qui reste ancré (ritualisé ?) dans les pratiques paramédicales et médicales

	Pourcentage	AS	IDE	Méd
Renforcement surveillance clinique	Oui (réponse adaptée)	42,9	88,9	100
	Non	57,1	11,1	0
Questionnement sur la conduite à tenir	Oui (réponse adaptée)	71,4	52,8	NA
	Non	28,6	47,2	NA

Commentaire libres (AS, IDE +++) : renforcement hydratation

Une appropriation limitée des notions de CU et IU

Une sous-estimation de l'importance des signes cliniques pour différencier CU et IU

Le renforcement de l'hydratation : une conduite bien connue et d'application effective.

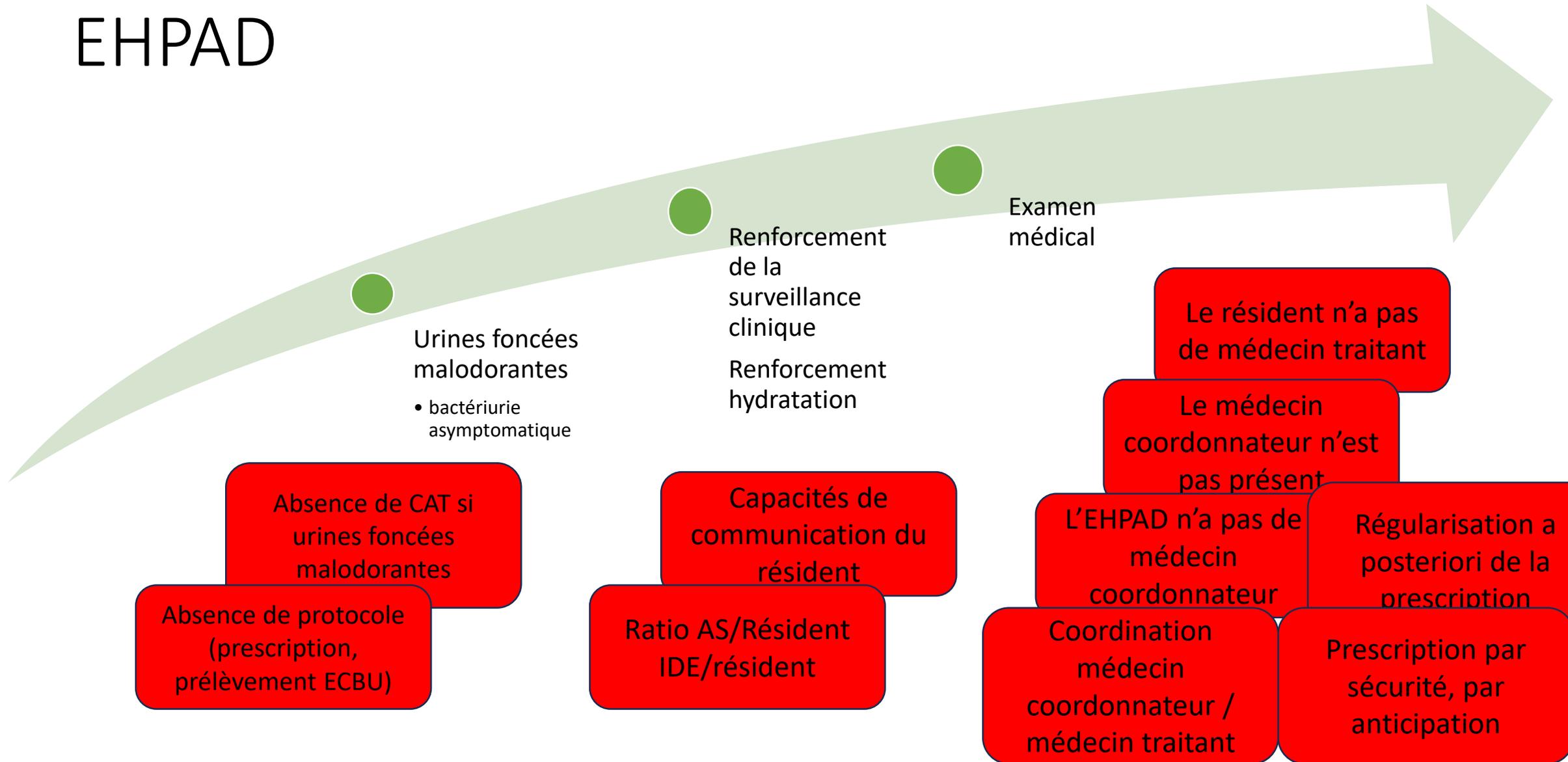
	Pourcentage	AS	IDE	Méd
--	-------------	----	-----	-----

Traitement ATB probabiliste	Oui	NA	NA	41,7
	Non (réponse adaptée)	NA	NA	58,3

Traitement ATB Curatif par anticipation	Oui	NA	NA	8,3
	Non (réponse adaptée)	NA	NA	91,7

Des prescriptions
d'antibiothérapie
probabiliste qui
perdurent

Colonisation urinaire chez le sujet âgé en EHPAD



3- Pistes de réflexion :

Les ECBU font-ils toujours l'objet d'une prescription ?

Enquête Prévention, contrôle des infections, bon usage des antibiotiques

- « jamais de BU sans prescription médicale » : 14,7% des répondeurs
- « jamais d'ECBU sans prescription médicale » : 54,8% des répondeurs

Enquête Prévention, contrôle des infections, bon usage des antibiotiques, GinGER groupe EHPAD.pdf

https://www.cpiasauvergnerhonealpes.fr/animation/ri-phh_rephh_emh/2022/09_12_22/4_WEIL_GINGER_R_esultats_Enquete_PCI-BUA.pdf

Pertinence de la réalisation des ECBU en établissements de santé et en établissements médico-sociaux

Analyse de 1262 ECBU (+/-prescription, clinique, +/- BU préalable)
16% des ECBU ne font pas l'objet d'une prescription
45% des ECBU sont réalisés chez des patients asymptomatiques
40% des ECBU réalisés après une BU

CPIAS Rhone-Alpes, OMEDIT Rhone-Alpes. Pertinence de la réalisation des ECBU en établissements de santé et en établissements médico-sociaux. 2016.pdf. Disponible sur: [https://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Evaluation/enquete/ECBU/epp_ecbu/Rapport_EPP_ECBU.p](https://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Evaluation/enquete/ECBU/epp_ecbu/Rapport_EPP_ECBU.pdf)

	ECBU prescrit = 1071	ECBU non prescrit = 191
Prescription préalable		
symptomatologie	Sujet asymptomatique = 569	Sujet symptomatique = 690
BU préalable	ECBU après BU = 507	ECBU sans BU préalable = 751

→ Prescription par anticipation, régularisation de prescriptions

L'EHPAD a de multiples intervenants ...

Mise en place d'un antibiogramme ciblé en pratique de ville



Envoi d'outils à 6200 médecins libéraux

**Formations auprès de 144 professionnels
(médecins, biologistes, IDE) !**

- Delarozière JC, Loquet B, Garnier M. Mise en place d'un antibiogramme ciblé en pratique de ville. Médecine Mal Infect. 1 sept 2020;50(6, Supplement):S45-6.

→ Difficulté de déploiement de bonnes pratiques

Il est plus facile de prescrire que de ne pas prescrire

Colonisation urinaire et antibiothérapie: évaluation des pratiques dans un centre hospitalier universitaire

CHU de Nîmes, évaluation de la proportion de CU traitées par ATB chez des patients hospitalisés

→ Inclusion patients ayant un ECBU positif --> 75 patients : IU 56% (n=42) CU 44 % (n=33)

→ Parmi les CU :

- 15% (n=5) traitement probabiliste

- 63% (n=21) traitement après documentation bactériologique

difficulté pour le prescripteur de ne pas traiter une fois que la documentation bactériologique a été faite !

Bendjilali-Sabiani JJ, Aïn C, Pantel A, Poujol H. Colonisation urinaire et antibiothérapie: évaluation des pratiques dans un centre hospitalier universitaire. Médecine Mal Infect Form. 1 mai 2023;2(2, Supplement):S42.

→ Pression implicite ou explicite des familles, des aidants

→ Pression des soignants eux-mêmes

Il est plus facile de prescrire que de ne pas prescrire

Ordonnances de non-prescription

→ infections virales en médecine de ville : rhinopharyngite, grippe, bronchite aiguë et la plupart des otites et des angines

→ document, remis au patient par le prescripteur

→ « *Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'antibiotiques aujourd'hui ?* »

AMELI. Ordonnance de non prescription. Disponible sur <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/information-antibiotiques-non-prescrits-assurance-maladie.pdf>

Morisset O. Impact et acceptabilité de l'ordonnance de non prescription d'antibiotique auprès des patients. Médecine humaine et pathologie. 2020. [\(dumas-03145386\) Impact et acceptabilité de l'ordonnance de non prescription d'antibiotique auprès des patients - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance \(cnrs.fr\)](#)

Comment est perçu le risque de résistance ?

Résistance bactérienne et prescription antibiotique : perceptions, attitudes, connaissances d'un échantillon de médecins généralistes

risque d'émergence de résistance bactérienne suite à une utilisation inappropriée d'ATB = risque connu par les soignants sur le plan théorique, mais dans la pratique ?

91 % des médecins : « la résistance bactérienne est perçue comme un problème national »

Mais seulement 65 % des médecins : « la résistance bactérienne représente un problème dans leur pratique quotidienne »

Pulcini C, Naqvi A, Gardella F, Dellamonica P, Sotto A, Résistance bactérienne et prescription antibiotique : perceptions, attitudes, connaissances d'un échantillon de médecins généralistes. Médecine Mal Infect 40 (2010) 703-709

Quelles sont les attentes des infectiologues et des médecins EHPAD ?

Attente des infectiologues :
agir en AMONT

prescription

Attente des médecins EHPAD : solliciter l'infectiologue dans les situations complexes (BMR, infections complexes, transfert)

Prise en charge du résident

Enquête Prévention, contrôle des infections, bon usage des antibiotiques, GInGER groupe EHPAD.pdf
https://www.cpiasauvergnerhonealpes.fr/animation/riphh_rephh_emh/2022/09_12_22/4_WEIL_GINGER_Resultats_Enquete_PCI-BUA.pdf

→ Un delta entre les attentes infectiologues / médecins EHPAD

Conclusion

Développer une culture de la sécurité des soins → certification des ESMS

- Exemple : protocole de réalisation de l'ECBU, protocole de prescription de l'ECBU, protocole de non-prescription de BU

Coopérer entre équipes mobiles (EMH, EMA, gériatrie, psychiatrie, ...)

Exemple : sensibilisation sur le risque iatrogène d'un traitement antibiotique chez le sujet âgé fragile

Coopérer dans les CPTS

**PRELEVER ou
NE PAS PRELEVER ?**

Notre système de santé évolue !

- Pratiques avancées (IDE, IDEC, Pharmacien)
- Télémédecine, téléconsultation

Exemple : développer les accès à distance (aux résultats des ECBU, au dossier du résident)

Une nouvelle notion :

le « microbiote urinaire » ?

Merci pour votre attention

Aline Jammes

jammes.a@chu-toulouse.fr