

PRÉLÈVEMENTS URINAIRES EN EHPAD : LEVONS LE PIED !

Les prélèvements urinaires sont des actes anodins en apparence et sont réalisés chez le sujet âgé dans un large éventail de situations. Pourtant, même une simple bandelette urinaire (BU) peut avoir des conséquences importantes et aboutir à une prescription inappropriée d'antibiotique (ATB).

Or, l'antibiorésistance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est plus importante qu'en ville. Les taux de *E. coli* résistants aux céphalosporines de troisième génération (principalement par production d'une BLSE = *béta-lactamase à spectre élargi*) et aux fluoroquinolones étaient respectivement de 9,9% et 19,1% en EHPAD contre 3,4% et 11,4% en ville (données PRIMO 2019, Santé Publique France).

De nombreux antibiotiques sont prescrits dans le cadre d'infections urinaires (IU) et il a été démontré qu'une proportion non négligeable était injustifiée ou inadaptée, en premier lieu en raison du traitement des colonisations urinaires.

Mieux cibler les indications des prélèvements urinaires est donc un moyen de réduire les prescriptions d'antibiotiques inappropriées. Cette lettre propose quelques pistes de réflexion pour y parvenir.

Notion fondamentale : la colonisation urinaire est TRÈS fréquente en EHPAD

La colonisation urinaire, ou bactériurie asymptomatique, est la présence d'une bactérie dans un prélèvement urinaire alors que cette bactérie n'est responsable d'aucune infection.

La colonisation urinaire augmente avec l'âge et on estime qu'elle **peut atteindre 50% des personnes âgées en institution.**

Autrement dit, **une chance sur deux qu'un ECBU soit positif sans qu'il n'y ait d'infection urinaire.**

Cette notion est fondamentale pour raisonner en EHPAD et devrait être bien assimilée par les professionnels paramédicaux également.

La colonisation urinaire ne doit JAMAIS être traitée. Traiter ne diminue ni la survenue d'IU ultérieures, ni la morbi-mortalité. Au contraire, traiter expose le résident aux effets secondaires des antibiotiques et majore le risque d'émergence de résistances bactériennes.

Et la colonisation urinaire en pré opératoire ?

Une colonisation urinaire découverte en pré opératoire ne doit JAMAIS être traitée SAUF en cas de chirurgie urologique.



Infection urinaire, le diagnostic «pratique»

Il peut être difficile de trouver le temps d'aller examiner un résident en urgence quand l'activité de consultation est intense.

Aussi, le diagnostic d'IU a ce côté «pratique» en ce sens qu'il peut être géré par téléphone.

Pourtant, il faut se méfier de cette équation : «appel pour un prélèvement urinaire positif + manque de temps pour aller examiner le résident = diagnostic d'IU posé + antibiothérapie par téléphone».

Il faut reprendre le contexte, les **symptômes ayant motivé la réalisation du prélèvement** et examiner le résident au moindre doute. **Se méfier du diagnostic d'IU trop hâtif !**

«On fait l'ECBU et on verra bien»

Du fait de la colonisation urinaire très fréquente en EHPAD, **l'indication d'un prélèvement urinaire doit bien être pesée.**

Faire un ECBU «pour voir» c'est prendre le risque de retrouver une bactérie non responsable du tableau clinique, et **qu'on sera toujours tenté de traiter** une fois le résultat sous les yeux.

Des BU sont encore trop souvent réalisées pour des urines malodorantes ou foncées et reviennent positives. En l'absence d'autres symptômes **il faut savoir refuser la réalisation de l'ECBU.** Dans ce contexte, la communication entre professionnels paramédicaux et entre infirmier.e et médecin est primordiale car il a été montré que la «pression», réelle ou ressentie, par le médecin de la part de l'infirmier.e pour réaliser un prélèvement urinaire était une cause de prescription d'ECBU.

La BU a-t-elle encore une place en EHPAD ?

Du fait des difficultés de réalisation (incontinence...) et de la fréquence de la colonisation urinaire, la place de la BU en EHPAD est discutable... le risque est qu'elle soit réalisée trop systématiquement et qu'elle oriente à tort les professionnels.

En dehors de signes urinaires évidents chez la femme (pour rappel la BU a une mauvaise valeur prédictive négative chez l'homme) où une BU négative permet d'éliminer le diagnostic d'IU, **cet examen ne devrait être utilisé qu'avec parcimonie et après avis médical.**



Le problème des sondes urinaires

Pour rappel :

- La BU est toujours positive et est donc, plus encore que dans les autres situations, inutile.
- La colonisation des sondes augmente avec le temps : **100% des sondes sont colonisées à 1 mois.**

Si un ECBU est réalisé, il doit être prélevé sur le site collecteur prévu à cet effet.

Tous les messages de cette lettre sont également valables en présence d'une sonde, voire davantage puisque les symptômes sont encore moins spécifiques. Le plus simple est alors la prévention : rediscuter régulièrement l'indication de la sonde et l'ablation dès que possible.

Garder à l'esprit que **la simple présence d'une sonde peut être responsable d'une confusion**, en l'absence de toute IU.

QUAND RÉALISER UN PRÉLÈVEMENT URINAIRE EN EHPAD ?

Signes «classiques» d'IU



- Les signes classiques ne sont pas si fréquents : pollakiurie, hématurie, brûlures mictionnelles Ils ne s'interprètent que par rapport à l'état de base, ces troubles pouvant être chroniques chez le sujet âgé.
- L'apparition ou la majoration d'une incontinence ou d'une urgenturie sont également évocatrices. La réalisation d'une BU +/- d'un ECBU est justifiée dans ce cas.

Confusion / Chute / Altération de l'état général (AEG)

Ces tableaux sont souvent multi factoriels et la **iatrogénie** joue un rôle important.

Toujours en raison de la fréquence de la colonisation, il faut garder à l'esprit que la probabilité que l'ECBU soit positif est importante, avec le **risque de partir sur le diagnostic d'IU et de passer à côté d'un autre diagnostic.**

La confusion n'est pas prédictive d'une IU. Elle est aussi fréquente chez les résidents colonisés que chez les résidents infectés.

Fièvre nue

Seulement 10% des tableaux de fièvre avec ECBU positif seraient dus à une IU.

Le reste correspondant donc à une fièvre d'une autre origine avec une colonisation urinaire.

Avant une chirurgie.

Sauf chirurgie urologique

Pour contrôler l'éradication d'une BMR

Avant un changement de sonde

Jamais de prélèvements

MESSAGES CLÉS

- **Devant des signes aspécifiques (confusion, chutes, AEG, fièvre...) l'IU est un diagnostic d'élimination même en présence d'une bactériurie → examen clinique indispensable ++**
- **En l'absence de diagnostic évident : réaliser une biologie de débrouillage et réévaluer à 48h**
- **En l'absence de signes de gravité : pas d'ATB ++, éviter de se jeter sur l'ECBU : temporiser 48h (peu de risque de dégradation si l'IU finalement diagnostiquée avec quelques jours de retard)**



LE MOT DE L'EXPERT

Dr Guillaume Chapelet, MCU-PH Gériatre, CHU de Nantes

«La question du diagnostic différentiel entre colonisation et infection urinaire est fréquemment rencontrée en EHPAD, notamment car le diagnostic d'infection urinaire est souvent difficile chez le sujet âgé. Ainsi, plusieurs études ont mis en évidence que 30 à 60% des prescriptions d'antibiotiques seraient inadaptées (durée, molécule, indication). Les risques du surtraitement sont multiples, tant sur le plan individuel, lié à la mauvaise tolérance des antibiotiques, que collectif, en favorisant l'émergence de résistances bactériennes.

En pratique, plusieurs éléments peuvent orienter le diagnostic et la prescription, mais sans qu'ils ne soient ni très sensibles ni très spécifiques, en particulier chez des patients porteurs de sonde urinaire à demeure :

- Présence de signes fonctionnels urinaires, notamment une dysurie, avec une attention particulière portée à la majoration récente des signes fonctionnels urinaires
- Présence de fièvre
- Présence de critères de gravité cliniques, notamment hémodynamiques
- Présence de «signes gériatriques» de sepsis, certes aspécifiques, comme l'apparition d'une confusion, la perte d'autonomie pour les actes basiques de la vie quotidienne ou l'augmentation de la fréquence de chutes.

Sur le plan thérapeutique, en EHPAD, les infections urinaires sont considérées comme à risque de complication. A noter que, malgré un terrain à risque de complication, il y a rarement une urgence à débiter une antibiothérapie probabiliste en l'absence de critères de gravité clinique.

En cas de doute diagnostique et dans la mesure du possible, il est préférable de proposer une **réévaluation clinique**, et éventuellement biologique, plutôt que de prescrire un traitement probabiliste. Une fois le traitement en place, i.e en cas d'infection urinaire, il faut rester vigilant à proposer une adaptation de l'antibiothérapie selon l'antibiogramme, afin d'éviter l'utilisation prolongée d'antibiothérapie à large spectre.

L'autre dilemme de la prise en charge concerne les infections avec critères de sévérité, notamment lors de l'évaluation de la balance bénéfice/risque de la prescription d'antibiotique, la disponibilité des mesures diagnostiques et thérapeutiques en EHPAD et la nécessité d'organisation d'un transfert. En pratique, une discussion collégiale est souvent nécessaire, prenant en compte la présence de directives anticipées, l'avis consultatif de la personne de confiance, de la famille ou du représentant légal, et le ressenti des personnels médicaux et paramédicaux. Ce dilemme reste heureusement peu fréquent dans le cas des infections urinaires.»

Antib'EHPAD, QU'EST-CE QUE C'EST ?



Vous êtes un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans la région Pays de la Loire ? Rejoignez le programme Antib'EHPAD !

Conçu par les Antibio-référents régionaux des Pays de la Loire et MedQual regroupés dans le nouveau Centre Régional en Antibiothérapie, en lien avec le CPIAS, les Relais Territoriaux en Hygiène (RTH), les Equipes Multidisciplinaires en Antibiothérapie (EMA), l'ARS et la DRSM, **Antib'EHPAD** consiste à mettre en œuvre un **programme de bon usage des antibiotiques** dans la prise en charge des infections urinaires en EHPAD grâce à des outils clés en main variés.

Pour plus de renseignements, pour les EHPAD des Pays de la Loire uniquement, vous pouvez contacter un référent du projet : Sonia Thibaut (sonia.thibaut@chu-nantes.fr)

SOURCES :

- « Surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques en soins de ville et en établissements pour personnes âgées dépendantes. Mission PRIMO. Résultats préliminaires 2019 » disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/>
- Van Buul L et al. Antibiotic use and resistance in long term care facilities. *Review J Am Med Dir Assoc.* 2012 Jul;13(6):568.e1-13.

- Lemoine L et al. Prospective evaluation of the management of urinary tract infections in 134 French nursing homes. *Med Mal Infect.* 48 (2018) 359-364
- SPILF. Recommandations pour la prise en charge des infections urinaires communautaires de l'adulte. juillet 2018
- Révision des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins

(IUAS) de l'adulte. mai 2015

- Gahr P et al. HEALTHCARE PROFESSIONAL SURVEYS: JUDICIOUS ANTIBIOTIC USE IN MINNESOTA LONG-TERM CARE FACILITIES. *JAGS MARCH 2007-VOL. 55, NO. 3*
- Gavazzi G et al. Diagnostic criteria for urinary tract infection in hospitalized elderly patients over 75 years of age: a multicenter cross-sectional study. *Med Mal Infect.* 2013 May;43(5):189-94