



La petite histoire d'une sonde urinaire et ses complications.

Jeudi 21 mai 2026

Dr Sophie PANAGET (infectiologue)

Dr Caroline LAURANS (hygiéniste)

Dr Anne VACHEE (biologiste)

Dr François PECOUX (urologue)



La sonde vésicale : théorie et pratique

Dr François PECOUX
(urologue)

Quels types de matériels utilisés?

Durée de vie d'une sonde vésicale?

Quelles est la mesure/échelle d'une sonde vésicale? Quelle taille pour sonder un homme/une femme?

Le ballonnet : je mets quoi? Combien? Pourquoi?

Qu'est qu'une béquille? Quand j'utilise la béquille?

Que dire à son patient par la suite? La nuit? Le jour?

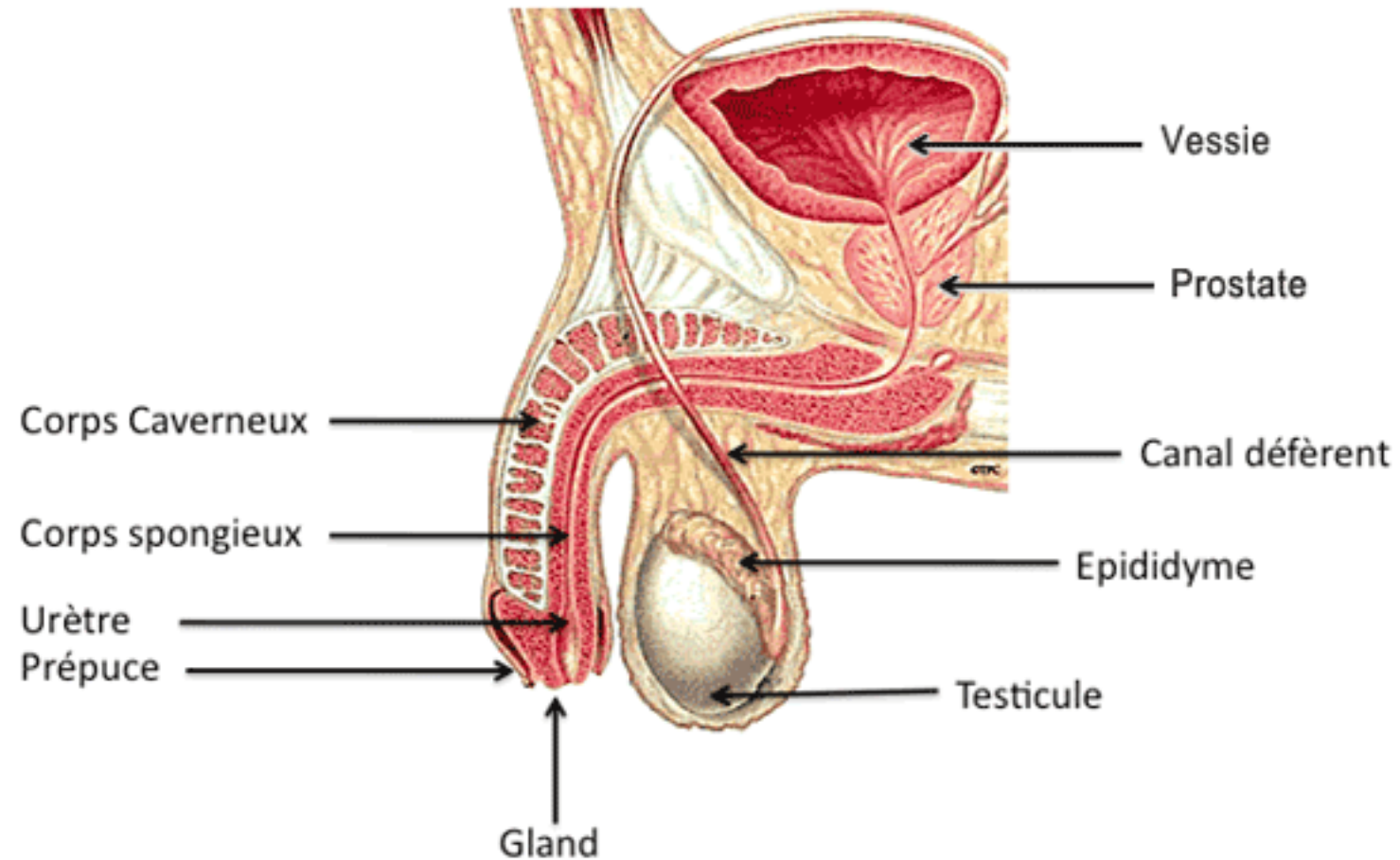
Pourquoi des fuites autours de la sonde?

Quelles questions à poser avant pose de sonde?

Pourquoi incliner la verge lors du sondage?

Que dire à mon patient lorsqu'il rentré sondé chez lui?

L'ennemi

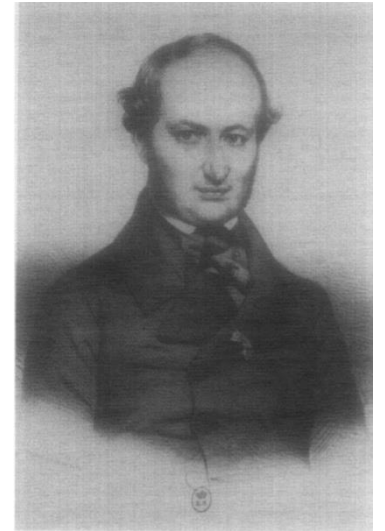


« le premier sondage chez homme doit être fait par un médecin »

- **Article R4311-10:** L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin du Premier sondage vésical chez l'homme en cas de RETENTION
- Laisseriez-vous sonder votre papa par un cardiologue (ou laisser un urologue interpréter l'ECG de votre papa)
 - Les médecins n'ont aucune formation sur le sondage, aucune connaissance du matériel

S V.

Le matériel



- Sonde de FOLEY (simple courant)
- Sonde de DUFOUR (double courant)=> HEMATURIE
- composition: LATEX-SILICONEE (intérêt sur l'installation retardée du biofilm avec le silicone)
- Béquille= HOMME(cf. anatomie)
- Ballonnet
- Taille variable : CHARRIERE ou FRENCH: circonférence de la sonde
P: $2\pi R \Rightarrow CH/\pi =$ calibre de la sonde

Les sondes



Durée de vie?

Durée du sondage

- toujours limitée la durée, ne pas la protocoliser
- LATEX et PVC < 7 jours de sondage => COURTE DUREE
- SILICONNE < 6 semaines => LONGUE DUREE
- Le sondage à demeure est un échec thérapeutique (risque de cancérisation), l'auto-sondage doit être privilégié voire les prothèses urétrales.
- en terme de risques infectieux, sur une courte durée:
autosondage > hétérosondage > cystocatheter > SV

Sondes de Foleys

Durée de pose

Nbre de Semaines					
Matériau	1	1 à 2	2 à 3	3 à 4	4 à 6
Latex	Red	Green	Green	Green	Green
PVC	Red	Green	Green	Green	Green
Latex enduit (Silicone, Hydrogel, Ptfé)	Red	Red	Green	Green	Green
Polyuréthane	Red	Red	Red	Green	Green
Latex revêtement triple couches (interne et externe) hydrogel	Red	Red	Red	Red	Green
Latex revêtement (interne et externe) elastomère de silicone	Red	Red	Red	Red	Green
Silicone revêtement triple couches hydrogel	Red	Red	Red	Red	Green
Silicone	Red	Red	Red	Red	Red

Auto- ou hétéro-sondage (HDJ nécessaire)

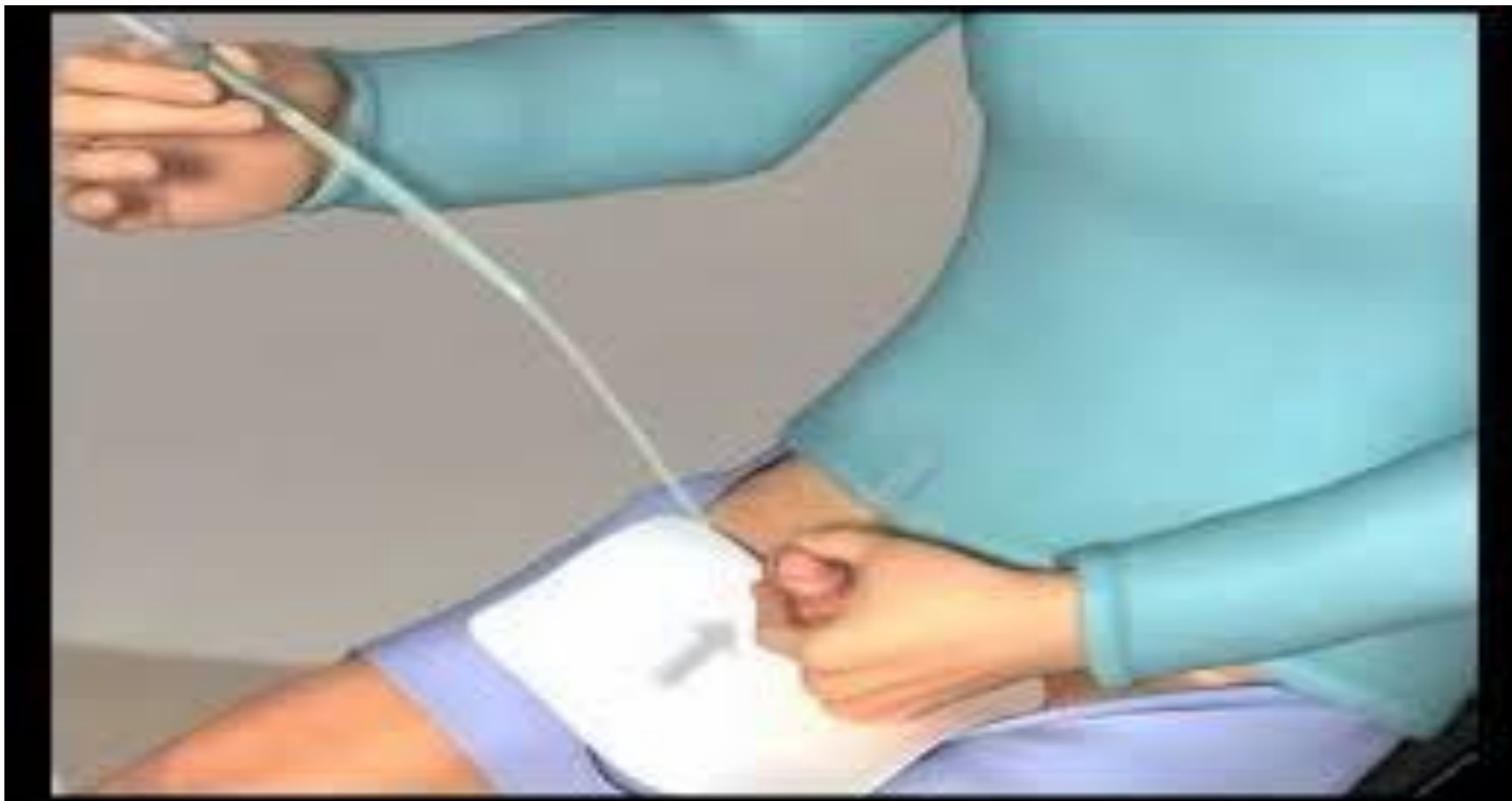


- L'auto-sondage nécessite:
 - la coopération du patient
 - l'apprentissage d'une stomathérapeute
 - un minimum de 4 par jour, pour un volume < à 400cc/sondage (augmenter la fréquence sinon)
- L'hétéro-sondage nécessite:
 - un personnel paramédical disponible
 - d'adapter la fréquence à la diurèse
 - est plus infectant que l'auto-sondage
 - doit être réalisé avec une sonde auto lubrifiée adaptée
 - ne doit pas être réalisé au long court, peut déboucher sur l'auto-sondage (blessé médullaire)
 - idéale dans le post opératoire des poses de prothèses orthopédiques, après césarienne..

Auto- et hétéro-sondage



Auto-sondage homme



Patient porteur d'une sonde à la maison: que dire?

- Ne jamais déconnecter la sonde de la poche: augmente le risque septique
- Changement du collecteur par une ide tous les 3/4 jours
- Recalottage: risque de PARAPHIMOSIS
- Prescription de poche de nuit (2l) adaptable sur le poche de jour
- Boissons abondantes
- Remise d'une feuille d'information patient
- Attacher la poche à la jambe lors de la déambulation, respecter la position déclive de la poche pour assurer une meilleure vidange.

Poche urinaire de nuit



les complications

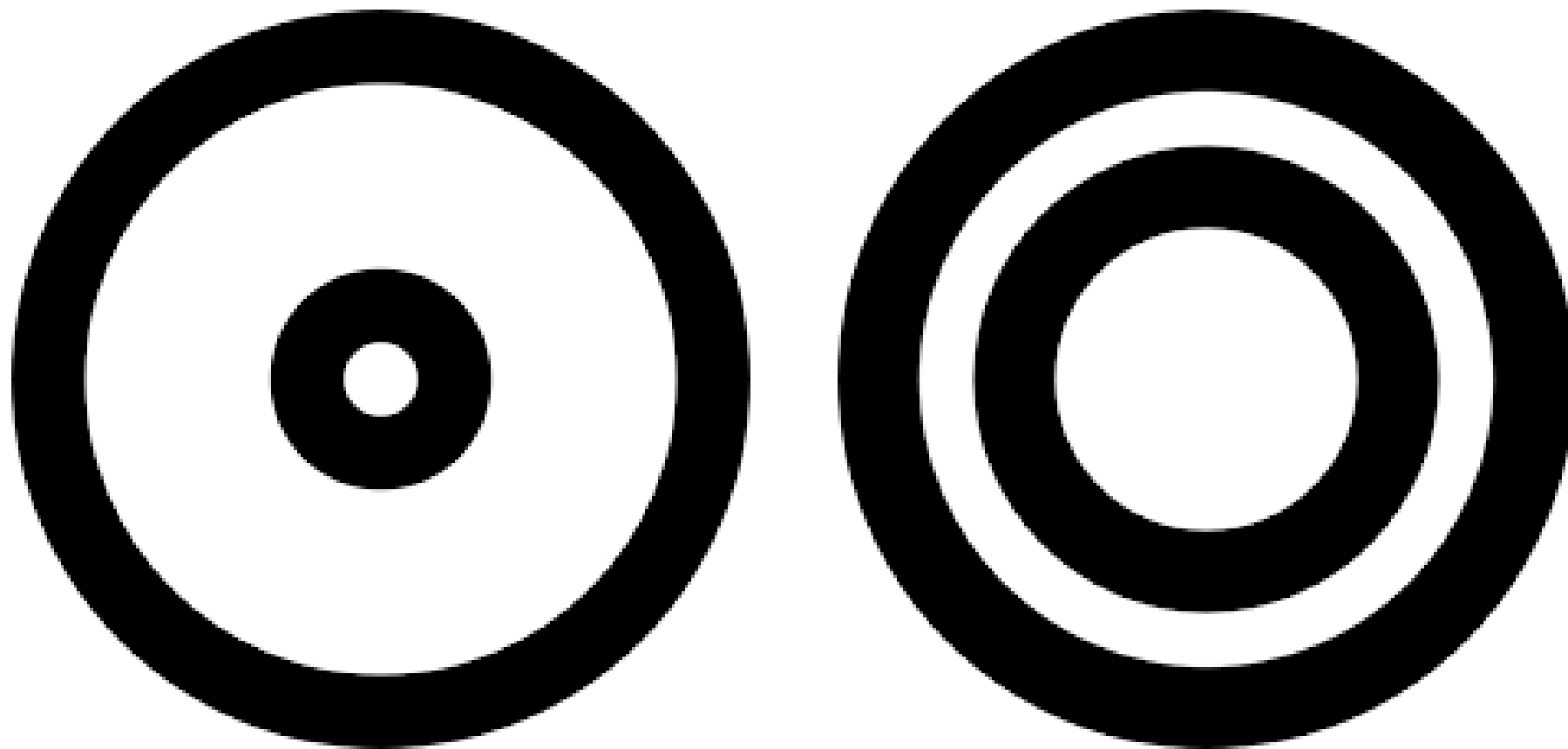
- AIGUES
 - INFECTIONS
 - urétrorragies
 - fausses routes
- CHRONIQUES:
 - INFECTIONS
 - sténose urétrale
 - cancérisation (inflammation chronique)

Bonnes pratiques

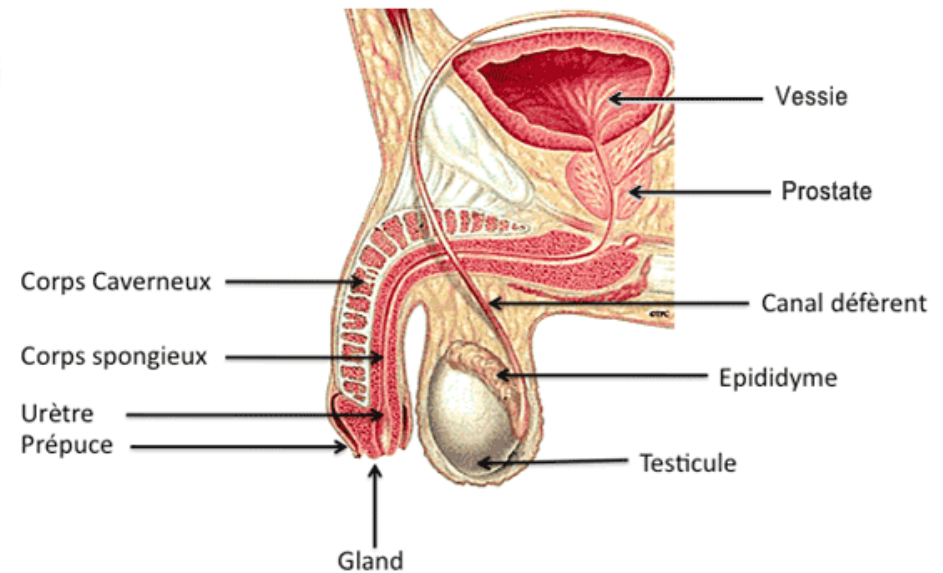
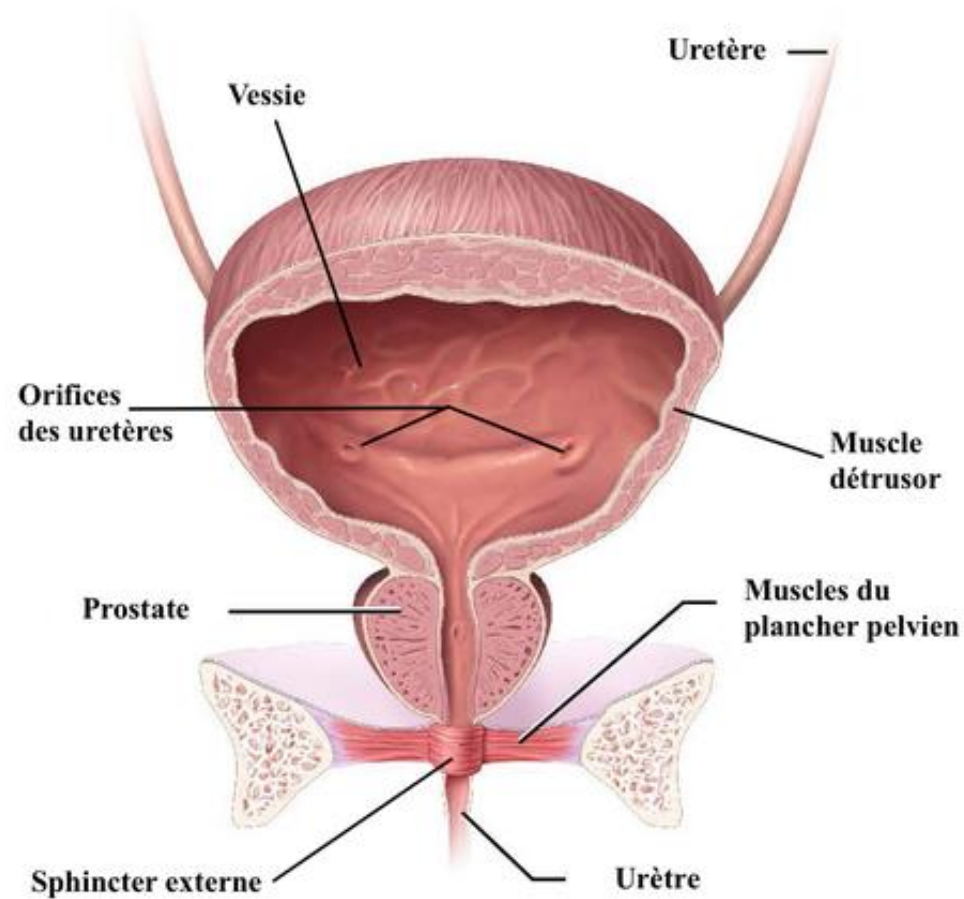
- Ch 18 béquillée chez l'homme, Ch 16 droite chez la femme
- Ch 20,22,24 réservées au lavage vésical
- le sondage en système clos et le recalottage sont systématiques
- béquille dans l'axe du ballonnet, orientée vers le haut
- doute sur une fausse route: sondé avec gros calibre et non l'inverse
- **une sonde bien posée ne revient pas dans les mains**
- attendre l'arrivée des urines dans la sonde est faussement rassurant
- poire de gel de xylocaïne chez l'homme pour lubrifier (double effet: lubrifiant et anesthésiant mineur)



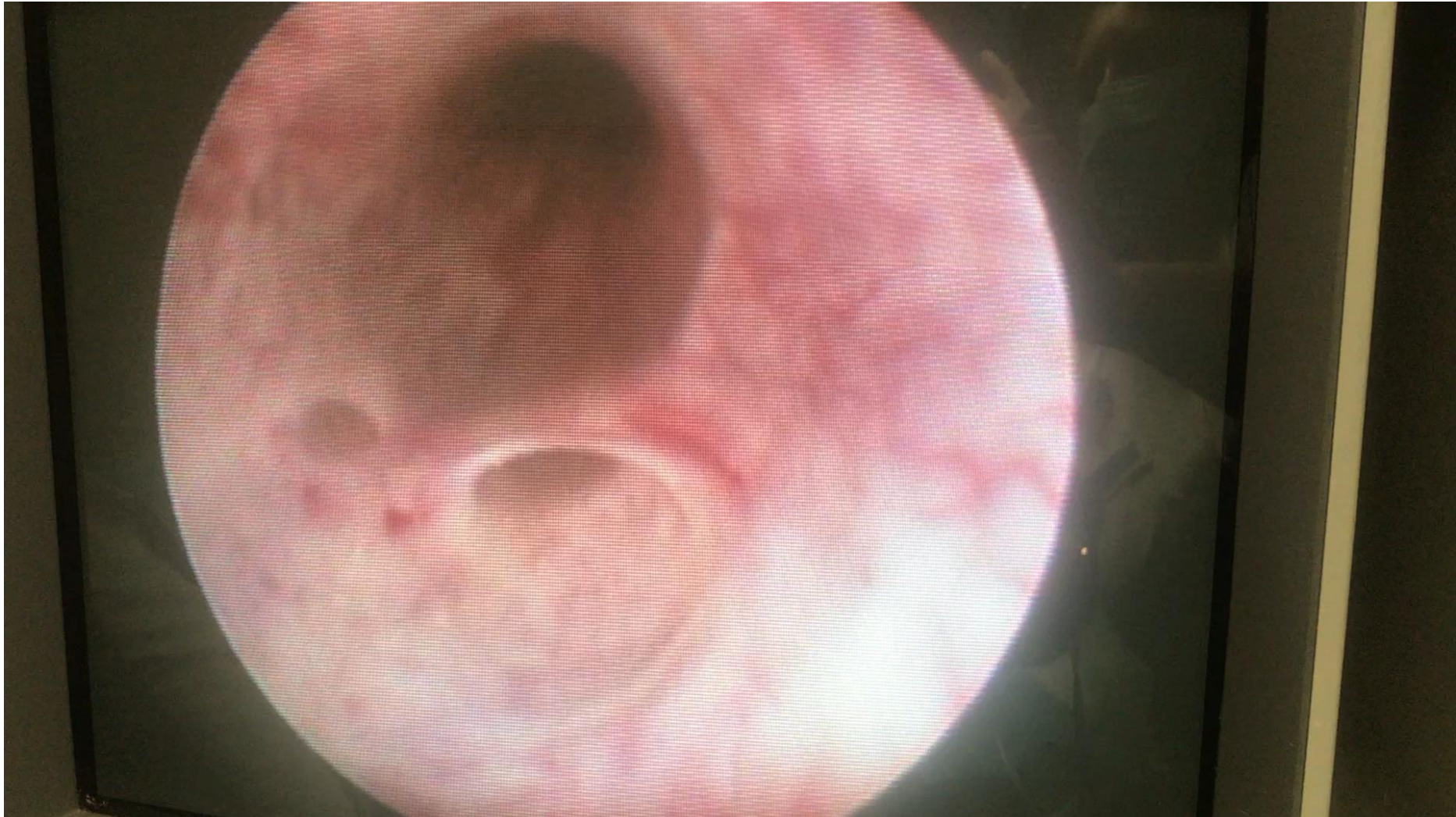
Pourquoi un gros calibre pour sonder ?



Pourquoi la fausse route ? Et ou ?



Fausse route en endoscopie



A retenir pour éviter la fausse route

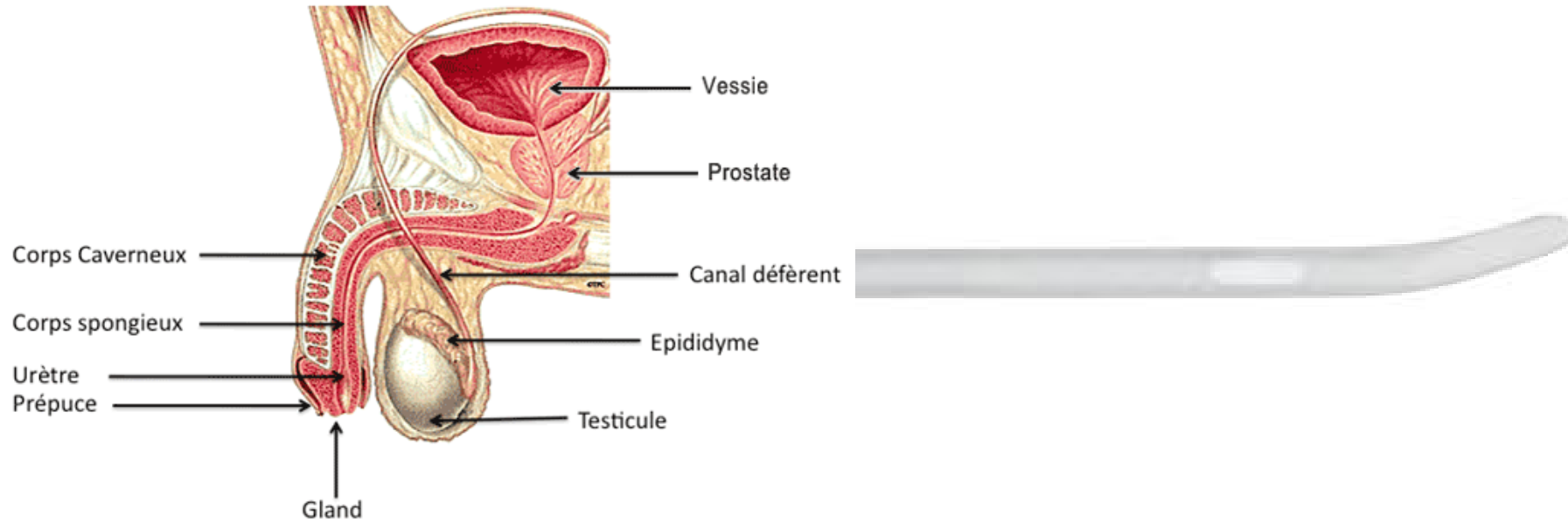
LA POSE D'UNE SONDÉ VÉSICALE CHEZ
L'HOMME FAIT MAL



« MONSIEUR, BOUGEZ LES ORTEILS ET
DESSERREZ LES FESSES »

Pourquoi incliner la verge à 50% de la sonde?

Béquille +++



Poire de gel de Xylocaïne

- Lubrifier l'urètre pénien, bulbaire voir prostatique à contrario du gel disponible dans le kit de sondage classique => **injection avec puissance ++++**
- Connaitre la douleur sphinctérienne, permettant les réactions excessives lors du passage de la sonde => **injection avec puissance++++**
- Anesthésier => **injection avec puissance**



Le ballonnet

Remplissage **10 CC** à l'eau stérile



Complications aiguës et risque vital

- Si RAU et insuffisance rénale aiguë: risque de **syndrome de levée d'obstacle** et de troubles ioniques=> compenser perte pour perte pendant 24/48h (risque de déshydratation aiguë et de troubles ioniques)
- Sur RAU, clamber 10 mn tous les 300/400 cc pour éviter l'**hématurie à vacuo**: rupture par hyperpression sanguine dans la microcirculation vésicale dont la dilatation est progressive.

Complications chroniques: les escarres



Lutter contre les escarres

- Surveiller!!!!!!
- Allongé: verge collée au ventre
- Debout: sonde fixée à la cuisse passant sous le slip/caleçon



Rétention aiguë d'urines

- CAT en fonction du volume d'urines
 - < 1 litre: simple distension vésicale
 - α- + 10 jours de sondage
 - > 1 litre: CLAQUAGE DE VESSIE => laisser reposer la vessie
 - α- (exemple: XATRAL 1 cp le soir) + 1 mois de sondage
 - traitement étiologique (PROSTATITE)

Sonde urinaire et infection

Risque infectieux est lié:

- Technique de pose septique (pas de sondage clos)
- Type de sonde utilisée
- Durée du sondage (toujours la remettre en question)
- Le terrain/ patient

**50% des patients sondés plus de 7 à 10 jours
présenteraient une bactériurie**

Diminuer le risque infectieux

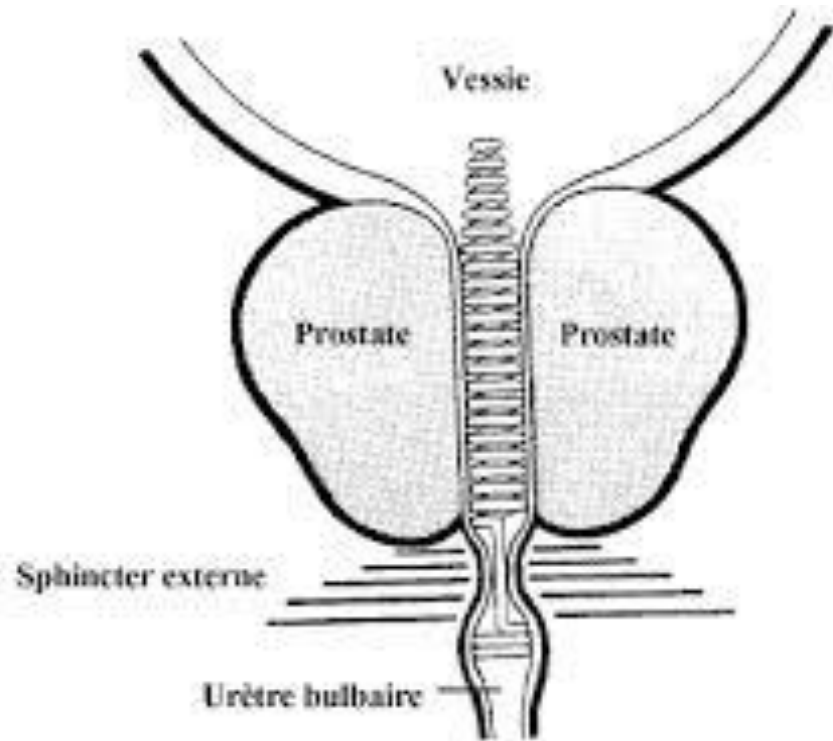
- **Respect impératif du système clos**
- **Apports hydriques : 1,5 l/24 H**
- Toilette périnéale :
 - ✓ 1x/jr + après selles
 - ✓ pas de désinfection systématique du méat
 - ✓ douche possible
- S'assurer de la perméabilité du système de drainage
- Sac collecteur : position déclive/niveau de remplissage
- Vérifier l'absence de fuites (méat, sac)
- Urines : aspect/quantité=> adapter l'hydratation
- Tracer la surveillance quotidienne

Alternatives au sondage à demeure

- **prothèse urétrale d'incontinention** (rétention chronique par dysinergie vésico-sphincterienne)
- **prothèse urétrale prostatique** (rétention sur prostate obstructive)

Pose sous rachi-anesthésie, durée 1 an, +/- Peniflow

Prothèse urétrale



Les conduites « as been », « old school », à ne pas faire

- **Clampage de la sonde itératif** avant reprise mictionnelle « kiné vésicale »????!?!?! Et surtout risque de casser le canal « ballonnet » empêchant son dégonflage (idem clampage avant prélèvement)
- **Ne pas utiliser une béquille chez l'homme**
- **Utiliser une très petite charrière** en pensant que cela fait moins mal=> fuites et fausses routes
- **Dire que « ça ne fait pas mal »**
- **Gonfler à plus de 10 cc** un ballonnet sans raison => intolérance de la sonde
- **Ne jamais se remettre en question**

ECBU sur sonde

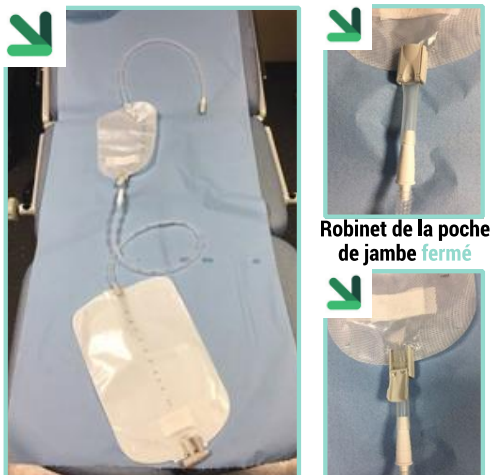
- Sur sonde neuve
- Clamper la sonde (PAS SUR LE CORPS DE LA SONDÉ)
- Récupérer les urines au bout de 10 mn
- ECBU \neq TRAITEMENT
- Une colonisation urinaire ne se traite pas
- Des urines malodorantes seules ne se traitent
- L'hydratation prévient l'infection

Connaitre la sonde vésicale, sa pose, son suivi permet:

- Diminuer la morbidité du geste: fausse route sous anticoagulant,
- Diminuer les complications: sténose urétrale, hématuries
- Réduire les couts en santé de la collectivité: ecbu abusif, antibiothérapie inutile, hospitalisation prolongée, meilleure gestion de stocks en pharmacie
- Participer en pleine conscience à diminuer l'émergence de résistance bactérienne

Information patient sondé à domicile

CONNEXION DE LA POCHE DE JAMBE A LA POCHE DE NUIT



Le robinet de la poche de nuit doit être **fermé**

Robinet de la poche de jambe **fermé**

Robinet de la poche de jambe **ouvert**

Etre porteur d'une sonde vésicale n'empêche pas de se doucher mais ne pas prendre de bain.

MATERIEL NECESSAIRE

- Savon
- Serviette-gant
- Désinfectant (Dakin ou bétadine)
- Compresses stériles
- Fixations élastique de jambe (lanières)

QUE FAIRE...

JE SUIS PATIENT :

- Je fais de la fièvre, j'ai des fuites, j'ai des douleurs dans le ventre, si ma poche ne se remplit plus
 - ♦ J'appelle mon infirmière ou mon médecin traitant
- J'ai du sang dans mes urines
 - ♦ Je bois plus

JE SUIS PROFESSIONNEL DE SANTÉ :

- En cas de fièvre du patient, pratiquer un ECBU sur le site de prélèvement et pas sur la poche de recueil
- Pratiquer une instillation en cas de sonde bouchée
- En cas de contractions vésicales, faire prescrire un antispasmodique ou un anticholinergique.

COMMENT PORTER LA POCHE



- Afin de favoriser l'écoulement des urines, je porte ma poche sur le mollet
- Si je souhaite porter une jupe ou un bermuda, je peux fixer ma poche sur la cuisse.

Etre porteur d'une sonde vésicale n'empêche pas de sortir de chez soi.

Hôpital Victor Provo - 1/17 Bd Lacordaire
CS 60359 - 59056 Roubaix Cedex

Réf. IP 105 - Mars 2019 - Service communication

Centre  Hospitalier
de Roubaix



JE RENTRE
CHEZ MOI
AVEC UNE SONDE
URINAIRE...



Information à destination
des patients et à son entourage

www.ch-roubaix.fr



Prévention des infections associées aux soins sur sonde urinaire

Dr Caroline LAURANS

(hygiéniste, Unité de Gestion du Risque Infectieux (UGRI))



Enquête nationale de prévalence 2022 en établissement de santé

Principales infections associées aux soins

Infections urinaires (28,0%)

Pneumonie (16,6%)

Infection du site opératoire (14,3%)

Bactériémie (12,1%)



Enquête nationale de prévalence 2024 en EHPAD

Principales infections associées aux soins

Infections respiratoires (36,2%)

Infections urinaires (31,7%)

Infections cutanée (25,8 %)

Les principaux micro-organismes identifiés lors des IUAS sur sonde sont

- **les entérobactéries** (*Escherichia coli* 25 à 40%, *Klebsiella pneumoniae* 7,5 à 10%, *Proteus mirabilis* 5,5 à 7 %),
- *Pseudomonas aeruginosa* 10% environ,
- *Staphylocoques aureus* 4,5 à 5%



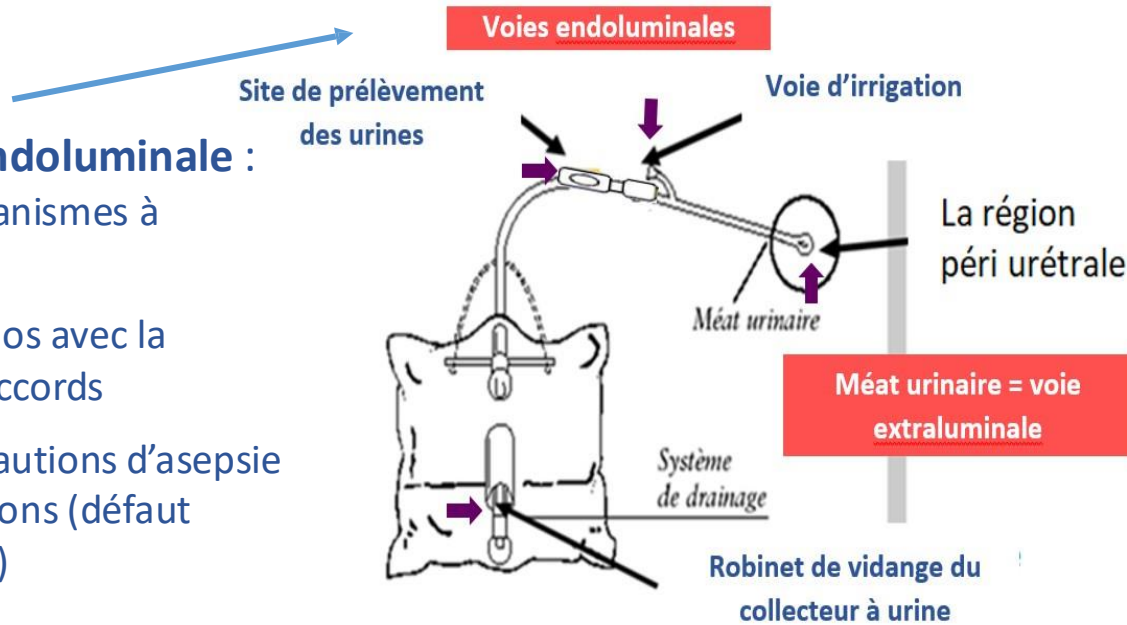
En l'absence de sonde vésicale : le principal mécanisme est la voie ascendante, à partir du tube digestif, à travers l'urètre jusqu'à la vessie, parfois jusqu'aux reins.

En présence d'une sonde vésicale, il y a deux mécanismes possibles :

Acquisition par voie endoluminale :

Progression des microorganismes à l'intérieur de la sonde :

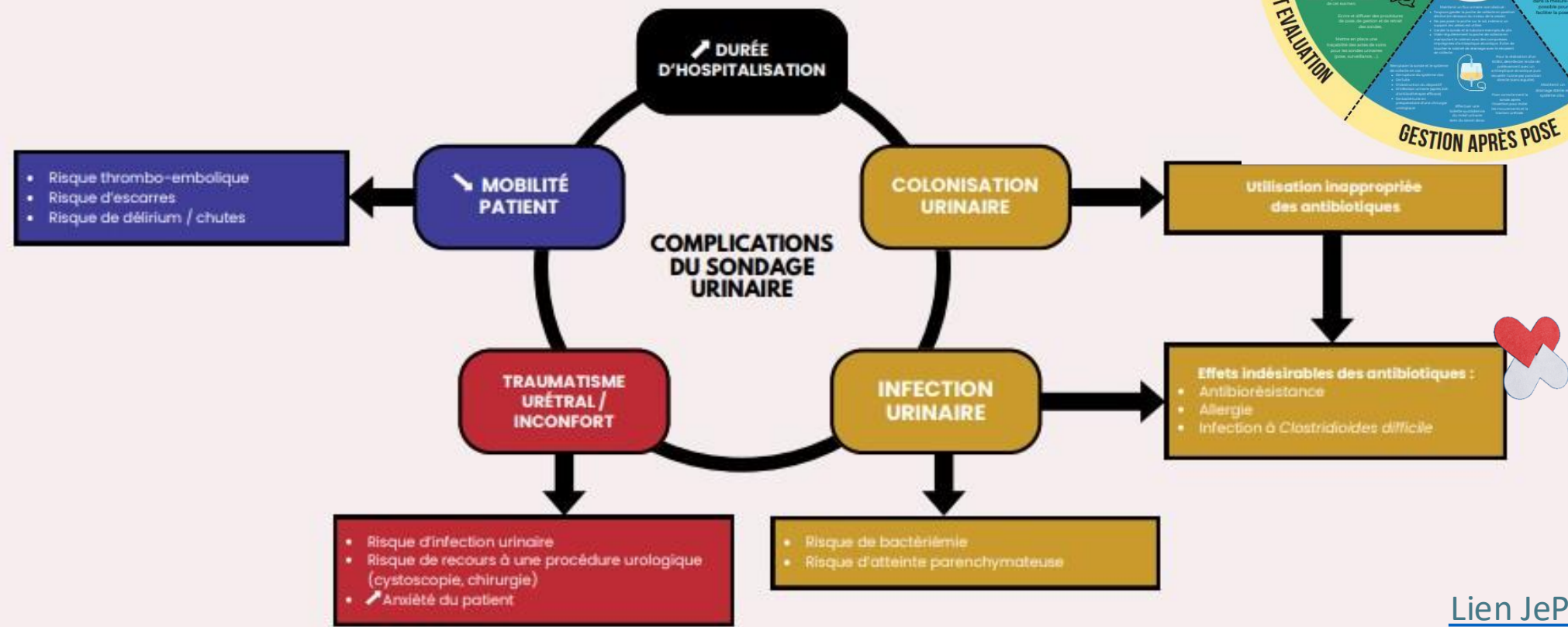
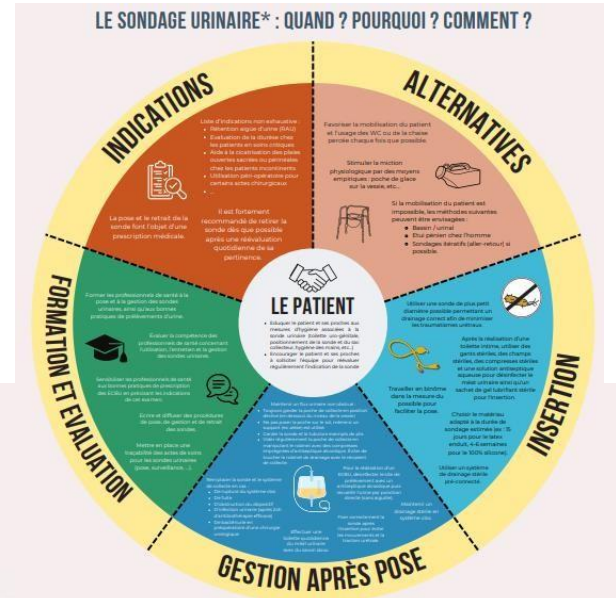
- rupture du système clos avec la contamination des raccords
- non respect des précautions d'asepsie durant les manipulations (défaut hygiène des mains ...)



Acquisition par voie extraluminale ++:

- défaut d'asepsie lors de la pose de la sonde
- bactéries d'origine digestive colonisant le périnée puis migrent vers l'urètre et la vessie par capillarité à partir d'un **biofilm** formé sur la surface externe de la sonde

➡ Zones à risque bactérien :
Portes d'entrées possibles



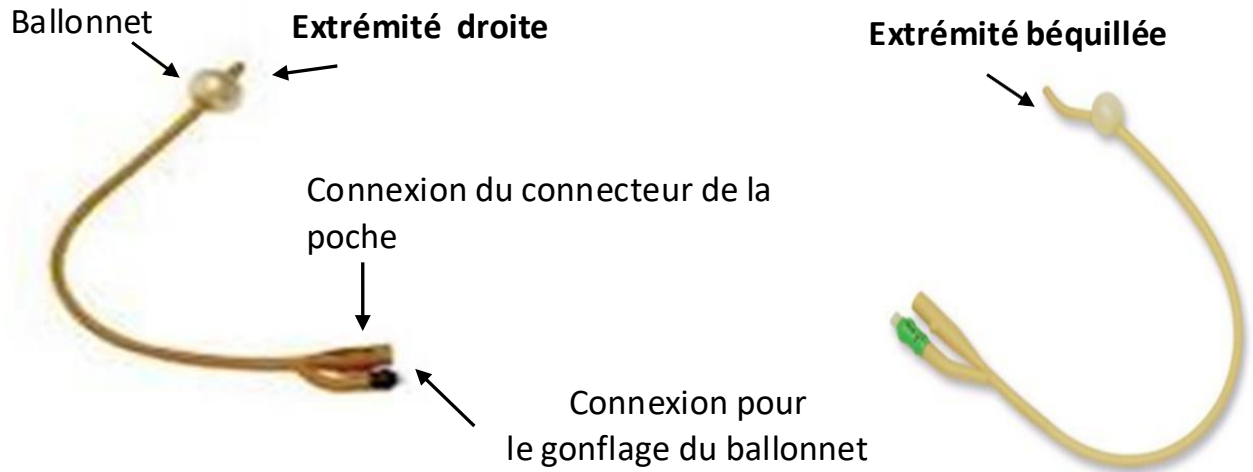
[Lien JePPRI](#)

Adapté de "Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute-care hospitals: 2022 Update", SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation, Journal of Hospital Infection (2023) et "Révision des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte", SF2H/SPIILF/AFU (2015)

***Ce document concerne davantage le sondage à demeure que le sondage intermittent**

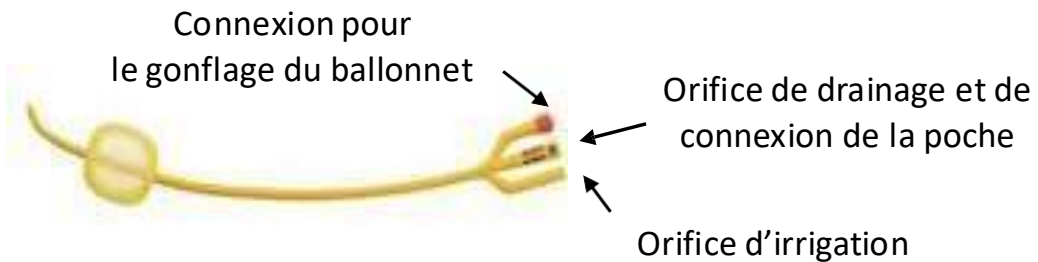


Sonde 2 voies ou simple courant



La sonde béquillée est plus adaptée à l'urètre masculin, facilite le passage du coude

Sonde 3 voies ou double courant pour irrigation post-chirurgicale



Matériaux en fonction de la durée du sondage

Latex enduit téflon ou latex siliconé :

Durée d'utilisation 7 à 15 jours

- Avantages: glisse à l'insertion, souplesse, prix
- Inconvénients: lumière interne faible, incrustation et allergie possible

Latex enduit hydrogel :

Durée maximale d'utilisation 4 semaines

- Avantages: glisse à l'insertion, souplesse, meilleure résistance à l'incrustation
- Inconvénients: lumière interne faible, allergie possible

100% silicone :

Durée maximale d'utilisation 4 à 6 semaines

- Avantages: résistance à l'incrustation, biocompatibilité, grande lumière interne, meilleure résistance à la chaleur et au vieillissement
- Inconvénients: prix élevé

[Matériaux et durée d'utilisation de la sonde \[Bon usage des sondes urinaires et des étuis péniens\]](#)



Le choix doit s'orienter vers un collecteur muni :

- d'une valve anti-retour pour empêcher le reflux d'urine vers les voies urinaires
- d'un site de prélèvement sans aiguille pour
 - permettre le prélèvement aseptique des urines,
 - préserver le système clos,
 - prévenir des AES et éviter d'endommager le collecteur (perçage)



Collecteur stérile pour sondage de longue durée, ≥ 1 semaine avec
Valve anti reflux
Site de prélèvement
Robinet de vidange
Système de fixation adapté
Chambre compte-goutte



Collecteur stérile pour sondage de courte durée, \leq à 1 semaine avec

- Valve anti reflux
- Site de prélèvement
- Robinet de vidange



- **Privilégier** le recours au **sondage évacuateur intermittent**
- Vérifier la **prescription médicale**
- **Réévaluer quotidiennement la nécessité du drainage vésical**
- Utiliser une **sonde stérile adaptée à l'âge et durée du sondage**
 - Privilégier diamètre le plus petit possible compatible avec un bon drainage pour minimiser le risque de traumatisme de l'urètre
- Respecter **le système clos dès la pose de la sonde urinaire => privilégier les systèmes pré-connectés**
 - Ne pas déconnecter la poche de la sonde / Ne pas reconnecter la poche à la sonde
- Respecter **les règles d'asepsie** pendant toute la durée de la pose
- **Changer impérativement la sonde et le collecteur en cas d'échec** ou de fausse manœuvre au moment de la pose de la sonde



- Gel lubrifiant aqueux stérile en unidose

- Ne pas utiliser de vaseline stérile (incompatibilité avec le latex et silicone)

Prescription médicale si anesthésie des muqueuses (lidocaïne)

- Eau stérile pour gonfler le ballonnet

- Pas de NaCl 0,9% car risque de formation de cristaux et obstruction du canal servant au gonflement du ballonnet
- Volume d'eau stérile nécessaire pour gonfler le ballonnet indiqué sur la sonde

- Antiseptiques adaptés





Pour la pose de sonde urinaire à demeure chez adulte, quel(s) antiseptique(s) pouvez-vous utiliser ?

- la Bétadine dermique
- Le Dakin
- La Biseptine
- La Chlorhexidine alcoolique 2%



Pour la pose de sonde urinaire à demeure chez adulte, quel(s) antiseptique(s) pouvez-vous utiliser ?

- la Bétadine dermique
- Le Dakin
- La Bis ~~oxyméthylène~~ => contre-indiqué sur les muqueuses
- La Chlorhexidine ~~alcoolique~~ 2% => contre-indiqué sur les muqueuses



Antiseptique



- **Utilisation d'un antiseptique aqueux indiqué pour les muqueuses**
- Produits:
 - **PVP-I** (Bétadine[®] aqueuse): chez l'adulte, avec précaution chez l'enfant de 1 à 30 mois
 - **Hypochlorite de Na** (Dakin[®]): chez l'adulte et chez l'enfant prématuré
- **Utilisation de l'alcool 70% lors de la manipulation des connectiques** (site de prélèvement et robinet de vidange du collecteur à urine)

Autres produits

- Produit hydro-alcoolique (PHA) pour la désinfection des mains
- Savon doux en unidose pour la toilette génito-urinaire



Préparation de la muqueuse avant pose de sonde urinaire

Nettoyer au savon doux

Rincer à l'eau du réseau

Sécher avec une serviette à usage unique ou serviette propre

Désinfecter avec compresse stérile imprégnée d'une solution antiseptique aqueux, au moins une application

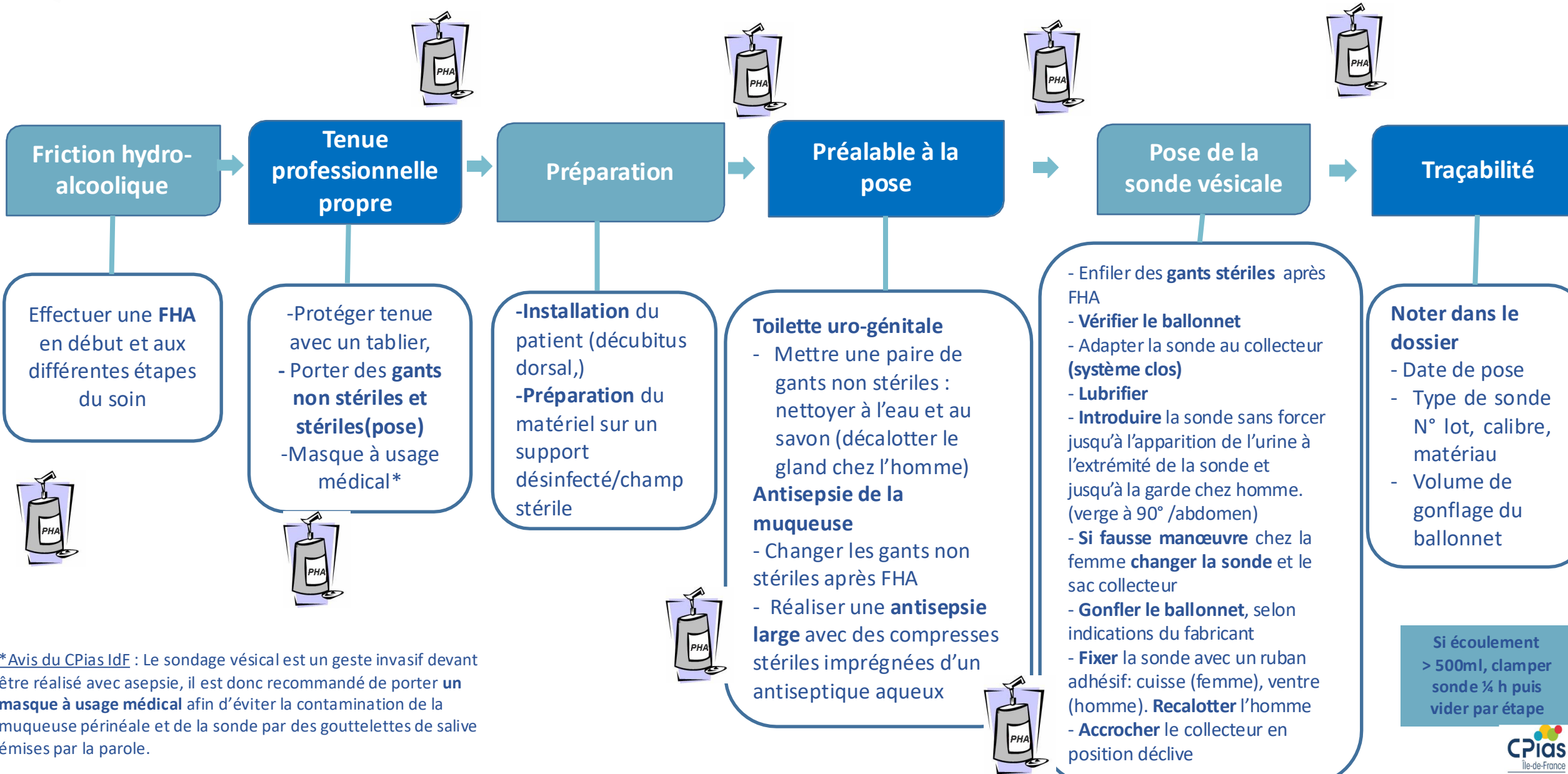
Respecter le temps de séchage spontané

Privilégier les flacons unidoses

Dater l'ouverture du flacon antiseptique

Ne pas toucher l'ouverture et verser l'antiseptique sur la compresse

Désinfecter du plus propre au plus sale, de l'avant vers l'arrière pour la femme



*Avis du CPias IdF : Le sondage vésical est un geste invasif devant être réalisé avec asepsie, il est donc recommandé de porter un **masque à usage médical** afin d'éviter la contamination de la muqueuse périnéale et de la sonde par des gouttelettes de salive émises par la parole.



Mesures d'hygiène

Respect des **précautions standard**

- **FHA** avant toute manipulation (et avant port de gants)
- **Port de gants** lors de soins à risque de contact avec des liquides biologiques ou de contact avec les muqueuses
- **Protection de la tenue professionnelle** avec un tablier lors des soins souillants et à risque de projection



Maintien du système clos

- Ne pas désadapter la sonde du collecteur pendant toute la durée du maintien de la sonde

Toilette quotidienne au **savon doux** et après **chaque selle**.

- Ne pas utiliser de produit antiseptique

Vidange aseptique des urines avec compresses imbibées d'alcool à 70% et régulière

- Eviter contact entre le robinet de drainage et le récipient de collecte

Prélèvement urines de manière aseptique par le site de prélèvement, désinfecté avec compresses stériles imbibées d'alcool à 70%



Révaluation quotidienne du maintien du sondage vésical

Perméabilité de la sonde

- Diurèse : quantité et aspect des urines
 - S'assurer d'un apport liquidien pour permettre un **débit urinaire suffisant** afin d'éviter une éventuelle colonisation bactérienne, sauf contre-indication médicale,
- Position en **déclive** du collecteur par rapport à la vessie (**sans contact avec le sol**)
- **Absence de pliures** de la sonde ou du collecteur
- Absence de fuite d'urine autour de la sonde
 - Si fuite, rechercher un coude, une obstruction de la sonde ou un ballonnet insuffisamment gonflé (**vérification régulière du gonflage du ballonnet**)
- Vidange régulière du collecteur
 - Si sac collecteur de petit volume, possibilité de connecter pour la nuit une poche de plus grande contenance au niveau du robinet évacuateur



OMéDit Centre Val de Loire





Fixation de la sonde pour éviter traction urétrale

- Femme: sur la cuisse
- Homme: sur abdomen

Paramètre clinique

- Température
- Présence de globe vésical,
- Douleur,
- Aspect du méat (rougeur, œdème).



Exemple d'une fixation optimale de la sonde vésicale. D'après F. Luyckx et M. Vallée.



Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants..... Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales: article R.4311-5 du code de la santé publique => protocole recommandé

R 72 *: Il est fortement recommandé de ne pas effectuer le changement systématique / planifié de la sonde

Mais respecter les recommandations du fabricant (durée de maintien différente en fonction du type de sonde) :
7-15j pour les sondes en latex enduit téflon ou latex siliconé/ 4 à 6 semaines pour les sondes en silicone

R 74 *: il est fortement recommandé de changer la sonde dans les cas suivants

- Obstruction
 - **Infection urinaire symptomatique (24 H après antibiothérapie)**
 - Bactériurie en préopératoire d'une chirurgie urologique
- et
- **pas de changement de sonde lors d'urines troubles**

Et aussi changer de sonde si rupture du système clos



l'aide soignant

Sous la responsabilité de l'IDE: Article R.4311-4 du code de la santé publique

- Surveillance du respect du système clos et aspect des urines
- Positionnement déclive de la sonde et de la poche (sans contact avec le sol)
- Vidange des urines du sac collecteur, de manière aseptique
- Mesure de la diurèse,
- Nettoyage quotidien du méat urinaire au savon doux
- Surveillance de la température



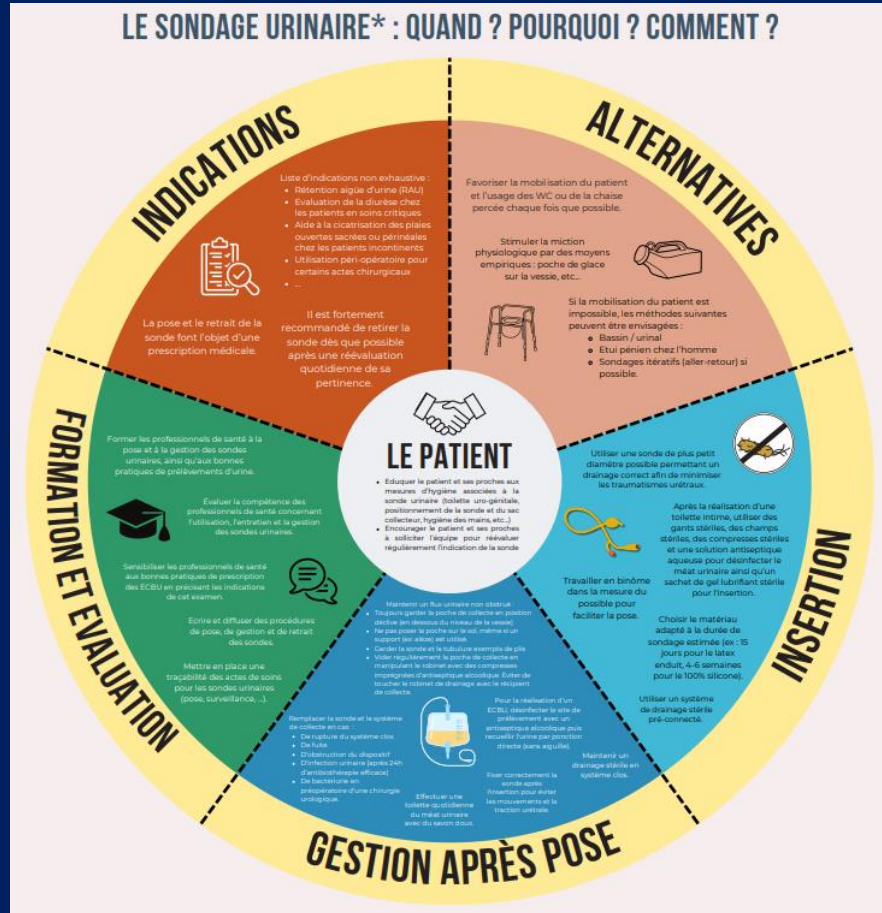
Mettre en place une traçabilité dans dossier du patient ou résident

- Traçabilité pose sonde urinaire
- Date du retrait de la sonde urinaire
- Acte de soins
- Éléments de surveillance



Et n'oubliez pas d'évaluer vos pratiques ! (EPP)

Pertinence, durée d'exposition, pose,...interrogez les patients !



usion

Messages clefs

- Proscrire les sondages urinaires « de confort », réévaluation quotidienne de la pertinence de la SAD
- Privilégier le sondage évacuateur itératif lorsqu'il est réalisable
- Médecins, soyez curieux des pratiques de vos collègues paramédicaux
- ➔ Formations des soignants et protocoles indispensables
- Attention augmentation de la résistance des entérobactéries !
- Toute antibiothérapie évitée permet de préserver le microbiote et lutter contre l'antibiorésistance !
- **La Prévention et le Contrôle des Infections (PCI ou « hygiène »)** est un point central dans la lutte contre l'antibiorésistance !



- Site de la SF2H / de la SPILF
- Site du REPIAS
- Site de la mission PRIMO
- Site des CPIAS et particulièrement CPIAS IdF





Epidémiologie des infections urinaires sur sonde

Dr Anne VACHEE (biologiste)

Sonde vésicale à demeure

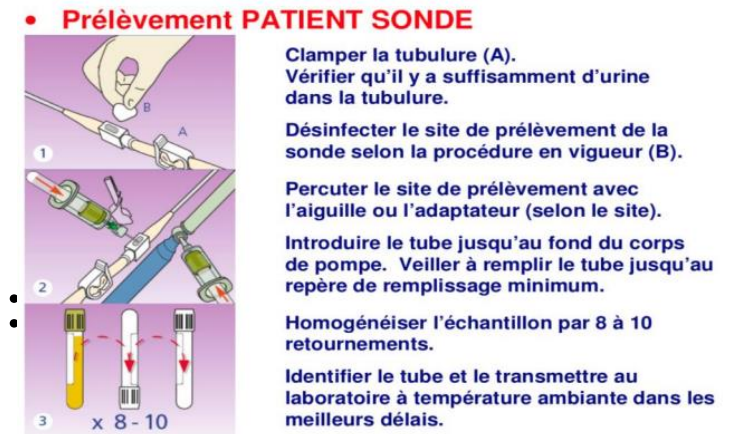
- L'incidence d'acquisition journalière d'une colonisation/sonde est de 3 à 10%
- 50% des patients sondés plus de 7 à 10 jours présenteraient une bactériurie
- Le risque cumulé est de 100% après 30 jours de sondage

→ BIOFILM :

- Il s'agit d'une population de microorganismes adhérant à une surface enrobée d'une matrice protectrice d'exopolysaccharides imbibée d'eau
- Il peut se développer sur une surface inerte
- Il protège les bactéries des actions antibactériennes du milieu environnant

ECBU sur sonde

- La bandelette n'est pas recommandée
- Respect des bonnes pratiques de prélèvement :
 - Désinfection du site de prélèvement
 - Ne jamais prélever dans le sac collecteur
 - Ne jamais rompre le système clos en déconnectant la sonde du sac collecteur
- La leucocyturie n'est pas contributive
- Le seuil de la bactériurie est de 10^5 UFC/ml
- La colonisation est quasi-systématique (sauf au moment du sondage)
- L'ECBU ne permet pas de distinguer une colonisation d'une infection
 - Signes cliniques associés
 - Persistance des signes locaux après ablation



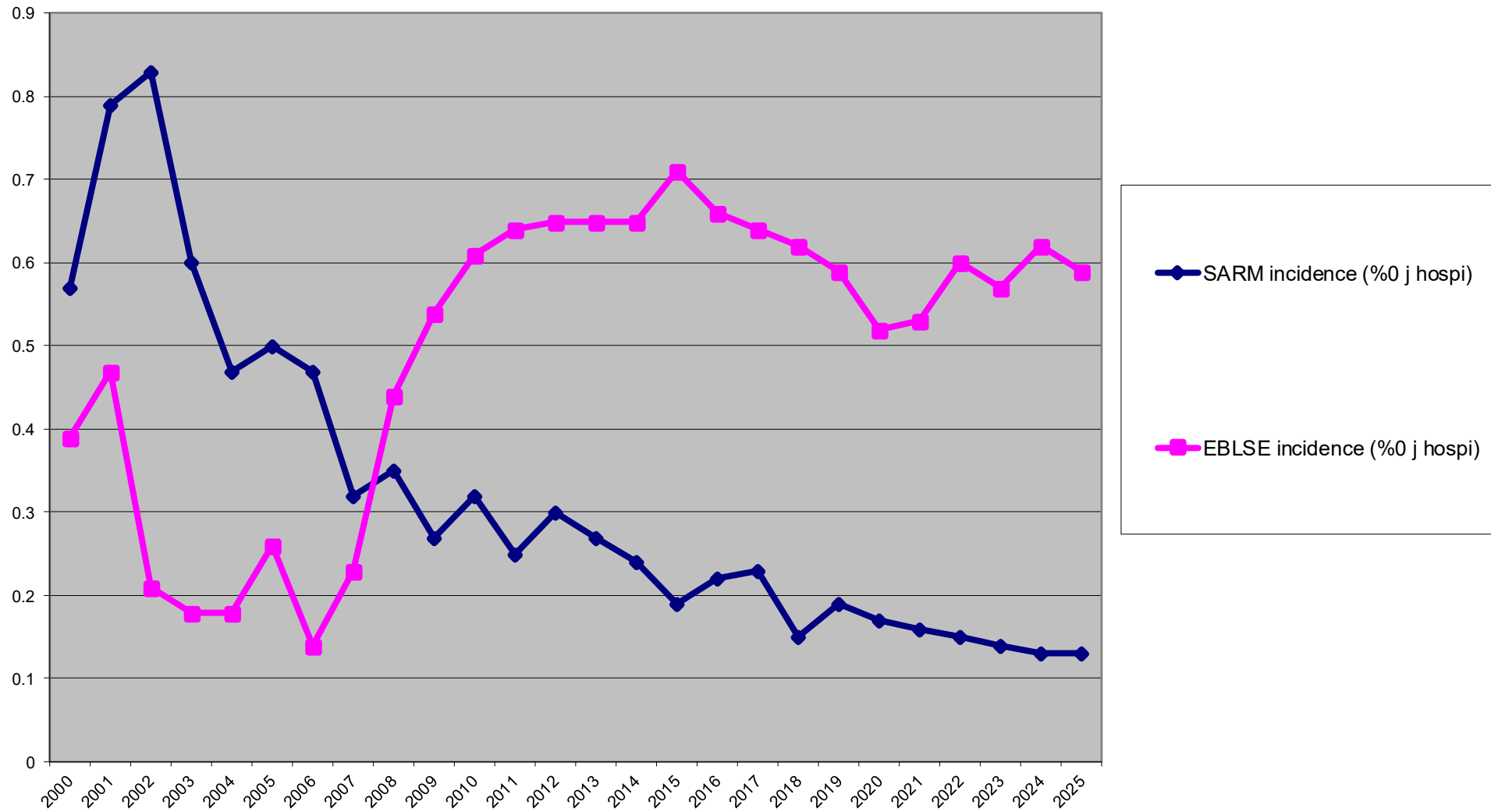
Epidémiologie microbienne

Bactérie	Patients non sondés	Patients avec sonde à demeure
<i>Escherichia coli</i>	Très fréquente (70–90 %)	Moins dominante (25–40 %)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Peu fréquente	Plus fréquente
<i>Proteus mirabilis</i>	Peu fréquente	Fréquente
<i>Enterobacter cloacae</i>	Rare	Plus fréquente
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Rare	Fréquente
<i>Enterococcus faecalis</i>	Peu fréquente	Fréquente
<i>Staphylococcus aureus</i>	Rare	Plus fréquente
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	Fréquente	Très rare
<i>Candida albicans</i>	Très rare	Plus fréquente

Epidémiologie microbienne

- Les principaux micro-organismes identifiés lors des IUAS sur sonde sont :
 - Les entérobactéries
 - Escherichia coli* 25 à 40%
 - Klebsiella pneumoniae* 7,5 à 10%
 - Proteus mirabilis* 5 %
 - Enterobacter cloacae* 5%
 - *Pseudomonas aeruginosa* 10%
 - *Staphylococcus aureus* 4,5 à 5%

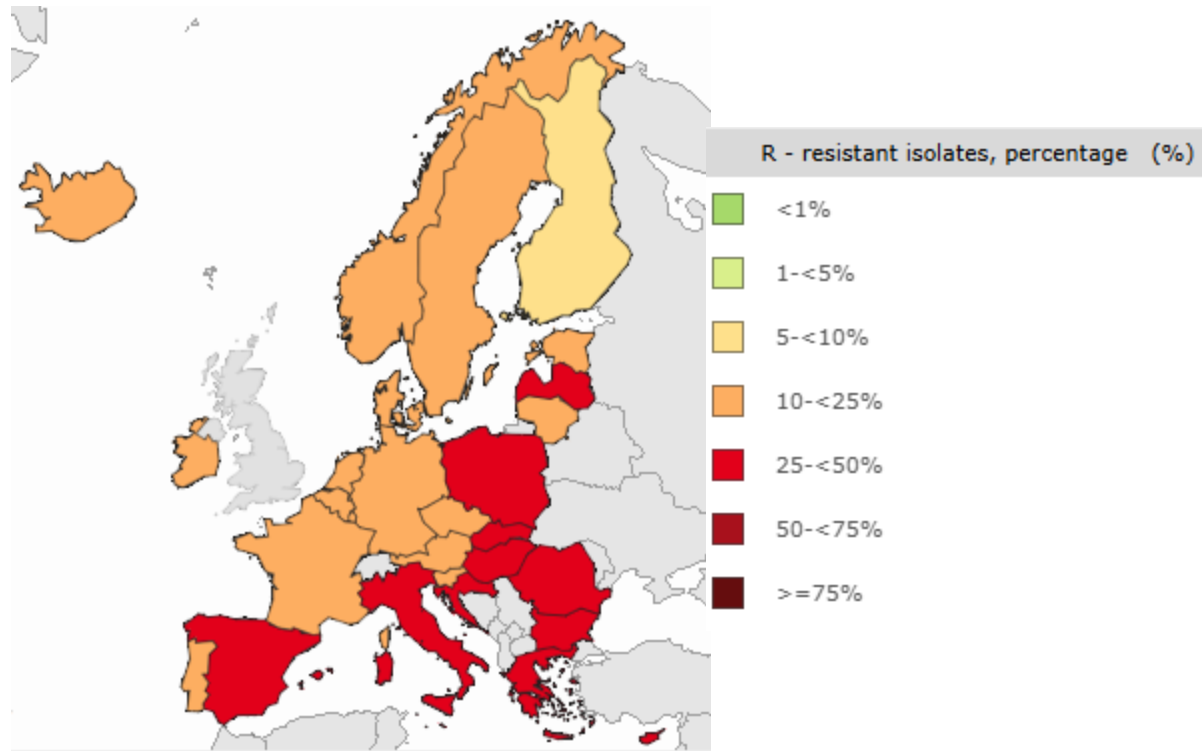
Incidence des BMR dans les prélèvements à visée diagnostique au CH de Roubaix



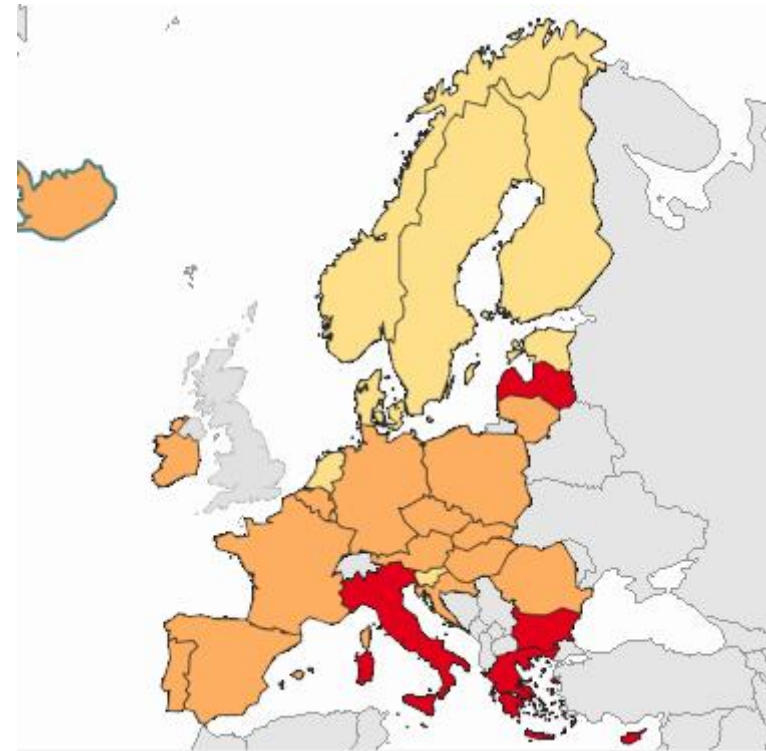
Epidémiologie de la résistance

- *Staphylococcus aureus*
 - CH de Roubaix 2024-2025
 - Urines (n = 140 souches) : 25% SARM
 - Tous prélèvements (hors dépistage) (n= 850 souches) 12% SARM

- *Escherichia coli*



FQ



C3G

Escherichia coli : résistance aux fluoroquinolones et aux C3G (Réseau Earss net 2024, infections invasives)

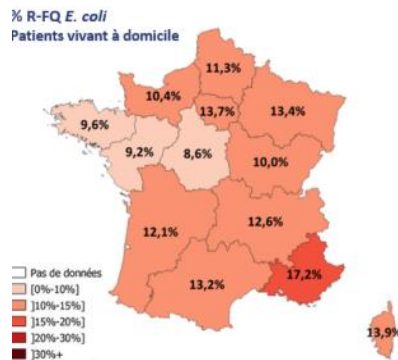
Résistance aux ATB en ville et EHPAD 2022



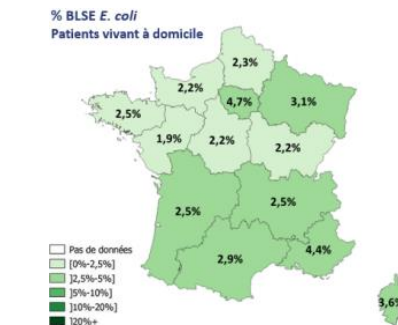
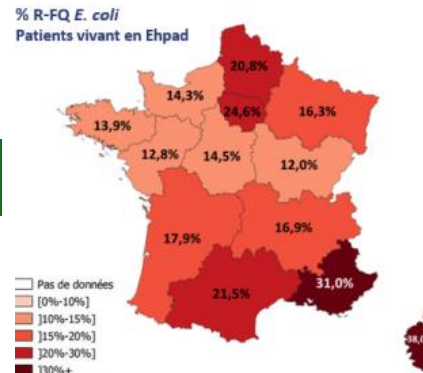
- 1773 laboratoires de ville / 791 185 antibiogrammes urinaires
 - 85% *E. coli* et 9,9% *Klebsiella pneumoniae*
- Grande variation régionale

Ville

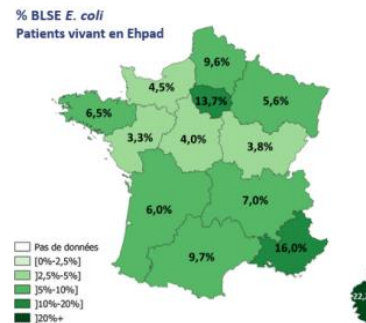
EHPAD



R-FQ



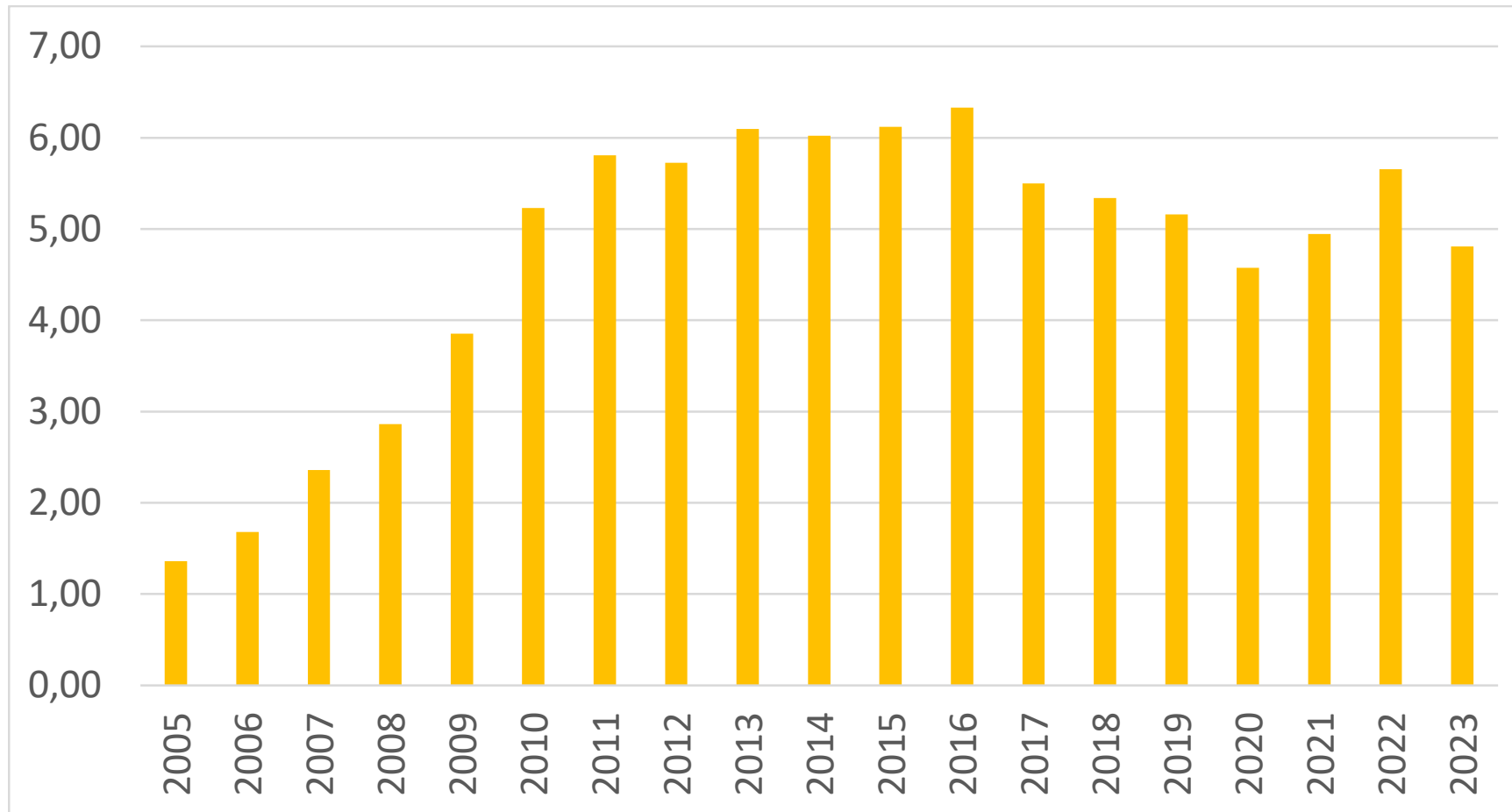
blse



<i>E. coli</i>	Ville	EHPAD
Amoxicilline	44%	52%
Augmentin	13%	18%
Mecillinam	8%	10%
Cefixime	5%	11%
C3G IV	3%	9%
FQ	13%	19%
Bactrim	21%	21%
Fosfomycine	2%	3%
Nitrofurane	1%	1%

Source K. Faure CRAtb
S. Alfandari gilar.org

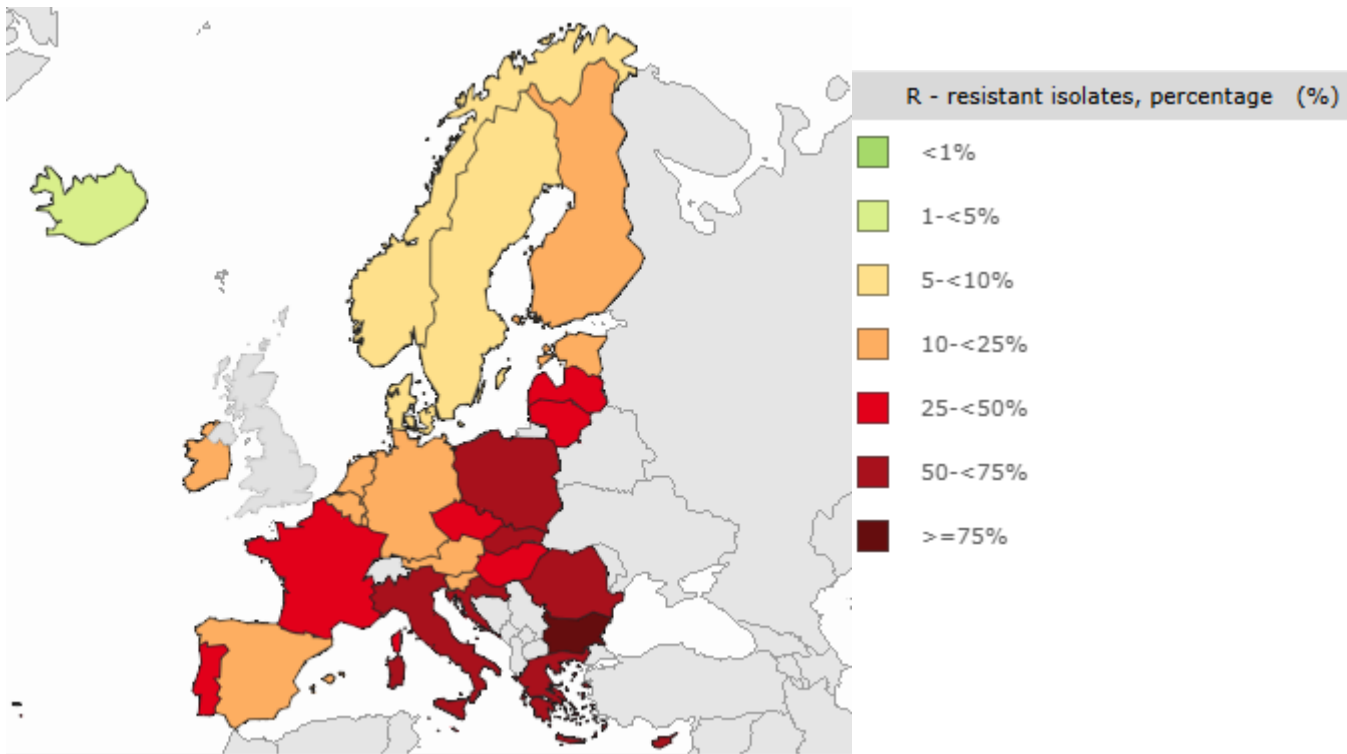
Prévalence (%) des souches d'*E.coli* BLSE dans le Nord Pas de Calais



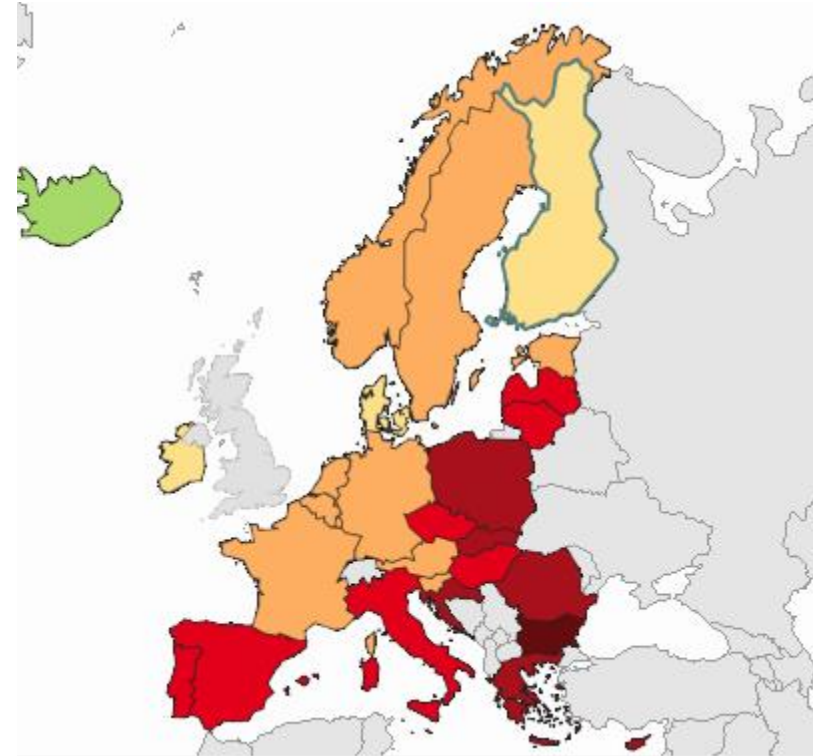
Prévalence (%) de la résistance des souches d'*E.coli* BLSE (Nord et Pas de Calais)

	Nb de souches	Amox-clav	Pip-tazobactam	Témocilline	Méicillinam	Cefoxitine	Ertapénème	Gentamicine	Amikacine	Ofloxacine	Ciprofloxacine	Fosfomycine	Furandantine	Cotrimoxazole
2021	1327	54,4	14,0	23,4	11,6	7,1	0,4	22,5	4,8	71,8	57,4	5,9	1,9	45,2
2022	1700	54,4	15,1	16,7	10,9	8,5	1,4	22,9	5,8	74,1	59,1	4,9	1,0	43,5
2023	1438	53,4	14,9	10,6	16,3	11,4	1,2	21,8	7,0	72,4	50,3	3,8	1,6	44,3
2024	1646	55,3	19,1	7,5	7,7	12,5	1,7	22,3	3,9	76,3	54,1	3,4	1,3	48,1

Klebsiella pneumoniae



FQ



C3G

Klebsiella pneumoniae : résistance aux fluoroquinolones et aux C3G (Réseau Earss net 2024, infections invasives)

Evolution de la résistance (%) de *Pseudomonas aeruginosa* entre 2021 et 2024 (Nord et Pas de Calais)

Année / molécule	2021	2022	2023	2024
Nombre de souches	3628	4568	3531	3708
Ticarcilline/acide clavulanique	38,0	33,1	32,4	32,1
Pipéracilline	24,7	21,2	20,0	19,0
Pipéracilline tazobactam	19,6	17,7	17,1	16,3
Ceftazidime	14,8	13,4	12,1	11,8
Imipénème	14,7	13,0	9,7	10,8
Méropénème	7,6	7,8	5,0	5,9
Amikacine	3,1	2,9	2,0	2,4
Tobramycine	4,7	4,8	4,1	4,1
Ciprofloxacine	11,3	11,5	9,3	9,5

Attention SFP =
sensible à fortes
posologies (hors
aminosides)

Conclusion

- Epidémiologie des infections urinaires sur sonde différente des infections communautaires
- Résistance aux antibiotiques fréquentes
 - Biofilm
 - Pression de sélection
- Importance du dialogue clinico-biologique



Infection urinaire sur sonde: Quoi ? Qui ? Comment ?

Dr Sophie PANAGET (infectiologue)

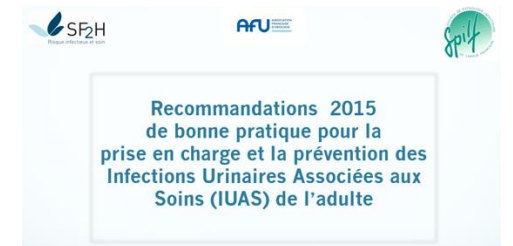
Ne sera pas abordé dans cette présentation :

- Les indications de prélèvement et de traitement en pré-chirurgie urologique
- Les infections pédiatriques

Définition de la symptomatologie

Signes cliniques d'une infection urinaire sur matériel endo-urinaire

- En présence d'un dispositif endo-urinaire, et **en l'absence d'autre cause identifiée**, à évoquer devant:
 - fièvre, hypothermie (<36°),
 - hypotension,
 - altération de l'état mental, malaise général ou léthargie
- Après ablation du dispositif, il est fortement recommandé d'évoquer une IU sur matériel endo-urinaire : en cas de persistance de signes locaux :
 - miction douloureuse,
 - Pollakiurie
 - douleur sus-pubienne



Cas particuliers des sujets âgés

- Diagnostic souvent par excès
 - Grande fréquence des colonisations bactériennes
 - Contamination fréquente des prélèvements.

Recommandations 2015
de bonne pratique pour la
prise en charge et la prévention des
Infections Urinaires Associées aux
Soins (IUAS) de l'adulte

Il est fortement recommandé d'éliminer d'autres sites d'infection devant des signes évocateurs d'IUAS même en présence d'une bactériurie chez le sujet âgé (A-III)

- Il est fortement recommandé d'évoquer une IU devant:
 - aggravation des troubles cognitifs ou de la dépendance,
 - apparition et/ou aggravation d'une incontinence urinaire,
 - associés ou non à des signes fonctionnels mictionnels ou à une fièvre

Cas particuliers des sujets présentant une vessie neurologique

- Il est recommandé d'évoquer une infection urinaire chez le patient ayant une vessie neurologique **en l'absence d'autre cause identifiée** devant:
 - une fièvre
 - et/ou une augmentation de la spasticité
 - et/ou une modification de l'aspect des urines

Qui traiter ?

Qui traiter ?

Le patient symptomatique après avoir réalisé les prélèvements

Qui ne pas traiter ?

Qui ne pas traiter ?

- Le patient asymptomatique !!
 - Et donc : pas de prélèvement ni de traitement si :
 - Urines malodorantes
 - Urines foncées
 - Fin de traitement pour IU et signes cliniques résolus
- Signes qui relèvent une colonisation ou une déshydratation
=> Majorer l'hydratation du patient

Antibiothérapie

Probabiliste, adaptée et durée

Antibiothérapie probabiliste

Pour le lieu de prise en charge :

- Rechercher les critères de sévérité
- Et selon : hospitalisation ou ATB au domicile (lieu de vie)

Antibiothérapie probabiliste

- Pour le choix de la molécule : bien intégrer dans le raisonnement : l'histoire récente du patient
 - Hospitalisation : oui/non?
 - Antibiothérapie récente : oui/non ?
 - Chirurgie récente des voies urinaires : oui/non ?
 - Infection urinaire récente : oui/non ?
 - Données microbiologiques urinaires récentes connues ?

Antibiothérapie : pour le patient stable, au domicile

Et sous réserve d'adaptation aux données microbiologiques connues

➤ Cystite sur SU : attendre le résultat de l'ECBU

Sauf si symptomatologie trop invalidante : fosfomycine-trométamol:

En adaptant à l'ECBU : Amoxicilline, pivmécillinam, nitrofurantoïne

➤ PNA sur SU : Ceftriaxone 2g/j en IV

- Relai oral à 48h si amélioration clinique et apyrexie, et selon ECBU :
Amoxicilline, amox - acide clav, quinolone, cefixime, cotrimoxazole

➤ IU masculine sur SU : Ceftriaxone 2g/jour en IV

- Relai oral à 48h si amélioration clinique et apyrexie et selon ECBU: Quinolone, cotrimoxazole

Durées de traitement

- Cystite aigue sur SU : 3 jours
- Pyélonéphrite aiguë **à risque de complication et/ou associée aux soins** : 10 jours
- Infection urinaire masculine 14 jours

Guidelines

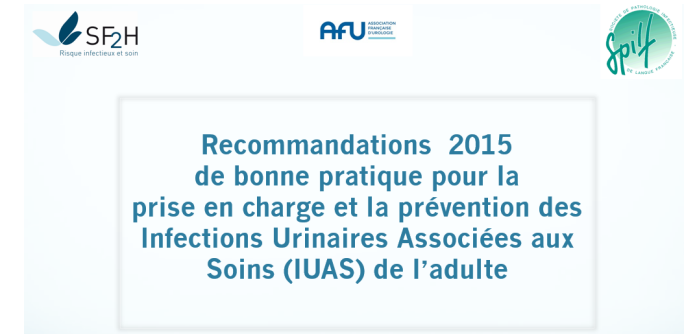
Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations

Durées des traitements anti-infectieux. Recommandations françaises SPILF et GPIP

Changement de la sonde urinaire

Changer la sonde urinaire

Après 24 heures d'antibiothérapie efficace



Merci de votre attention



CPTS DE LA MARQUE

CROIX | WASQUEHAL | VILLENEUVE D'ASCQ

4 avenue Jussieu

59170 Croix

contact@cptsdelamarque.org

