

# Le best of des « boulettes » de la microbiologie clinique

Aurélien DINH

Infectiologie, Hôpital R. Poincaré, Garches, APHP  
Université Versailles Saint Quentin en Yvelines

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Cas clinique 1

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Lombalgies

- Patient 78 ans
- ATCD : HTA, IDM stenté, Diabète 2 sous insuline, ACFA et Poly arthrite rhumatoïde sous corticoïdes + Embrel
- Consulte pour dorsalgies sans fièvre évoluant depuis 5 jours
- Il n'a pas de signe neurologique mais précise que ces lombalgies inhabituelles ne cèdent pas aux AINS
- Le bilan biologique retrouve CRP=124 mg/L

# Boulette 1

- On a prescrit des AINS en pensant à une lombalgie inflammatoire/microcristalline

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Diagnostic delay of pyogenic vertebral osteomyelitis and its associated factors

M Jean, JO Irisson, C Gras, F Bouchand, D Simo, C Duran, C Perronne, D Mulleman, L Bernard & A Dinh

Symptômes	A l'origine de la première consultation, n (%)	Au diagnostic, n (%)
Température > 38°5	46 (52,2)	43 (48,9)
Rachialgie	76 (86,4)	79 (89,7)
Rachialgie fébrile	37 (42,2)	40 (45,5)
Syndrome radiculaire	26 (29,7)	26 (29,5)
Radiculalgie fébrile	7 (8)	11 (12,5)
Déficit moteur	8 (9,1)	10 (11,4)
Déficit sensitif	2 (2,3)	6 (6,8)
Déficit sensitivo-moteur	1 (1,1)	3 (3,4)
Troubles sphinctériens	4 (4,6)	5 (5,7)
Compression médullaire	3 (3,4)	6 (6,8)
SIRS	/	22 (25)

# Diagnostic delay of pyogenic vertebral osteomyelitis and its associated factors

M Jean, JO Irisson, G Gras, F Bouchand, D Simo, C Duran, C Perronne, D Mulleman, L Bernard & A Dinh

<b>Biologie</b>	
PNN, moyenne G/L (range)	9,63 (2,45-22,1)
CRP, moyenne mg/L (range)	140,43 (6-435)

**Toute rachialgie avec syndrome inflammatoire >> SDI**

# Impact des AINS

	Si prise d'AINS, n=26	Sans AINS, n=62	
Délai diagnostic moyen, jours	46,5	45,9	$p = 0,056$
Température > 38°5 au diagnostic	42.3%	48.3%	$p = 0,151$
Déficit neurologique	7.7%	12%	$p = 0,318$

# Boulette 2

- On a prescrit une radiographie simple, comme elle était normale on s'est arrêté là.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Délais diagnostiques

Délai clinique,		Jours
Du premier symptôme à la première consultation	Moyen (range, écart-type)	<b>4,09</b> (0-60, +/- 9,9)
	Médian	2
De la première consultation au diagnostic	Moyen (range, écart-type)	39,2 (2-280, +/- 48,6)
	Médian	23
Du premier symptôme au diagnostic	Moyen (range, écart-type)	<b>45,5</b> (2-280, +/- 60,4)
	Médian	27

La radio normale allonge le délai diagnostique  
(34.7j ± 37.8 vs 14.0j ± 14.8 ; p=0,002)

# Boulette 3

- L'IRM était normale on a considéré que le diagnostic de SDI était éliminé.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

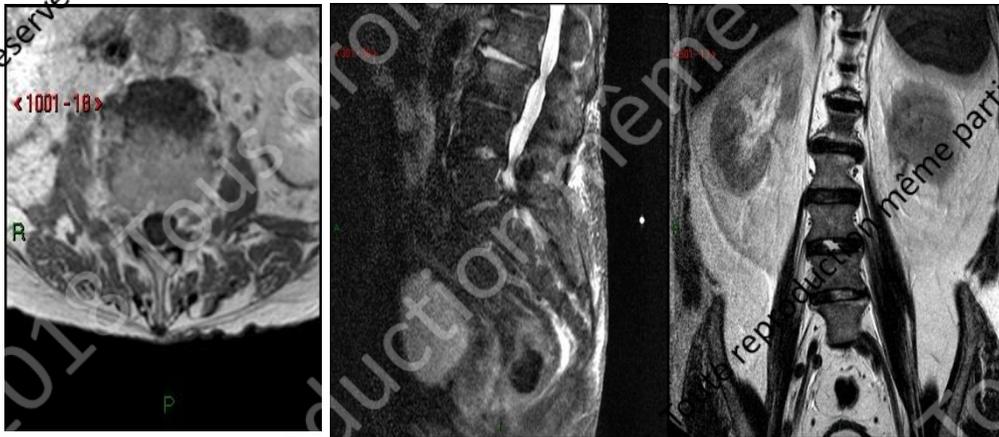
# Spondylodiscites infectieuses :

une IRM (Imagerie Résonance Magnétique nucléaire) initiale normale n'élimine pas le diagnostic

## MATERIEL et METHODE:

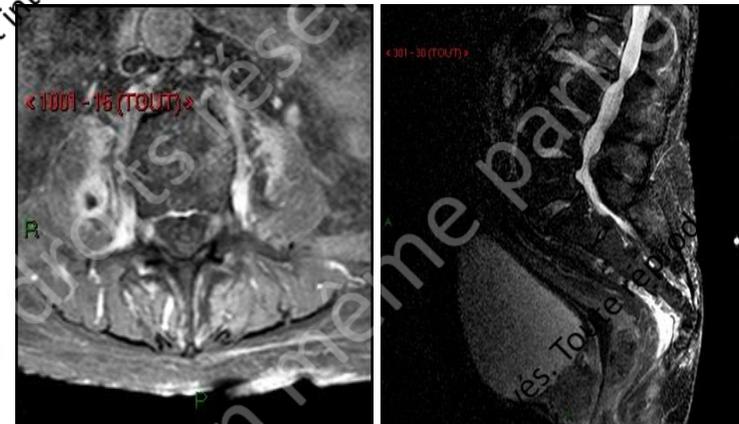
Dossiers de 10 patients, colligés sur 4 centres, présentant une spondylodiscite dont l'IRM initiale n'avait pas permis de poser le diagnostic.

### IMAGE 1 (J0)



Anomalie de signal modéré des corps vertébraux avec hypersignal liquidien franc du disque contrastant avec le pincement discal..

### IMAGE 2 (J7)



Majoration des signes et abcès des muscles paravertébraux.

**Délai entre le début des symptômes et la première IRM était de 4,1j (1-8) le délai entre la première et la deuxième IRM était de 14,2j (4-30).**

# Boulette 4

- La SDI est finalement confirmée, on a réalisé une PBDV d'emblée.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Diagnostic delay of pyogenic vertebral osteomyelitis and its associated factors

M Jean, JO Irisson, G Gras, F Bouchand, D Simo, C Duran, C Perronne, D Mulleman, L Bernard & A Dinh

Microbiologie, n (%)	
Hémocultures positives	67 (76,1)
PBDV positives	23 (26,1)

**Faire des hémocultures même si le patient est apyrétique**

# Boulette 5

- On a fait 3 hémocultures post geste puis on a débuté une antibiothérapie.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.



## Recommandations de Pratique Clinique pour les spondylodiscites primitives, et secondaires à un geste intra-discal

# Aspects diagnostiques des spondylodiscites infectieuses

### ● Diagnostic microbiologique et anatomopathologique

- Quels prélèvements effectuer pour faire le diagnostic microbiologique d'une spondylodiscite ? (R15 à R20)
- Quand et comment réaliser une ponction biopsie vertébrale pour faire le diagnostic d'une spondylodiscite ? (R21 à R28)
- Quelles sont les techniques microbiologiques et anatomopathologiques à mettre en place à partir des prélèvements effectués pour le diagnostic de spondylodiscite, et leur interprétation ? (R29 à R33)

# Microbiologie (1)

## ● Hémocultures

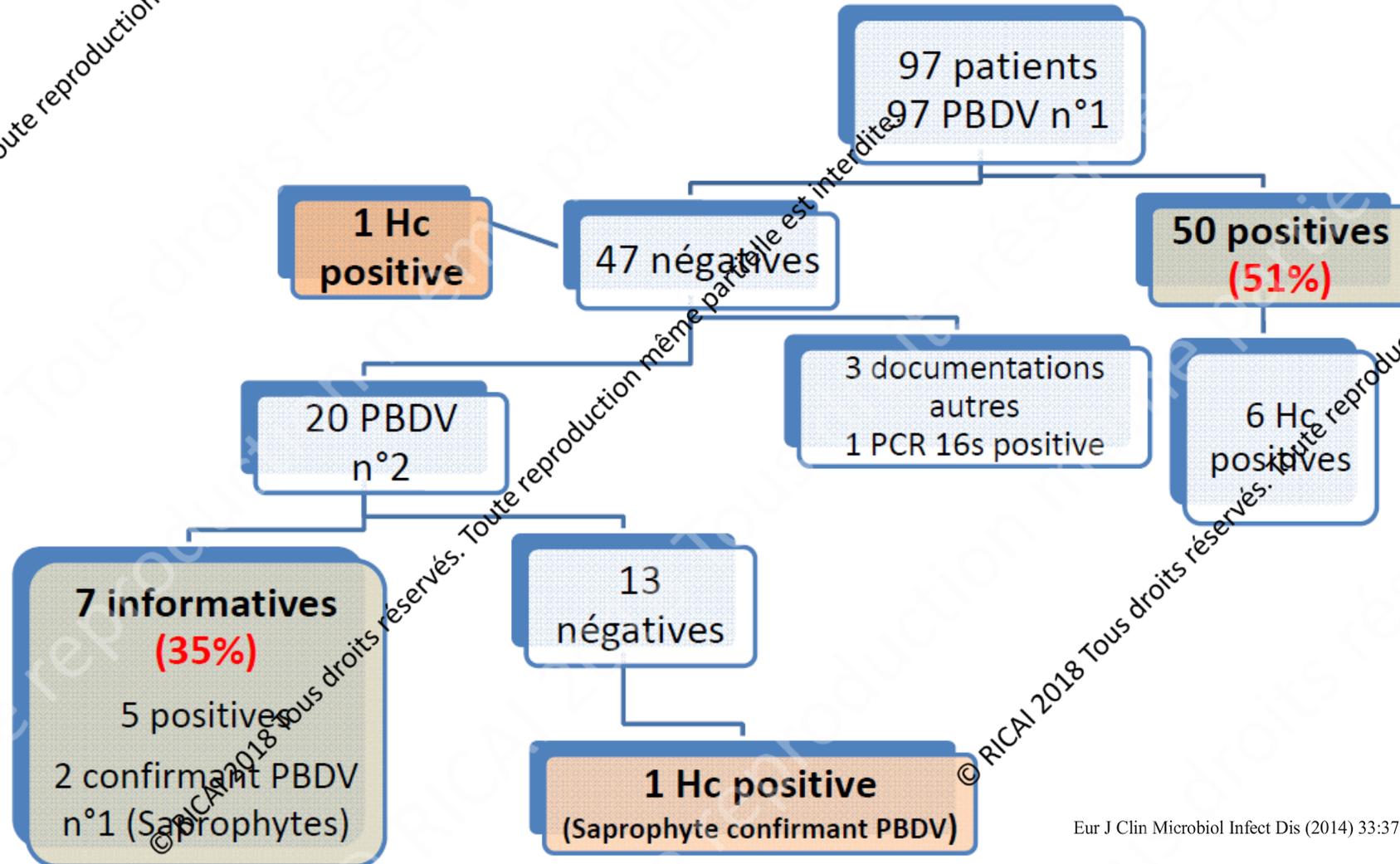
- SD primitives : 35 – 59%
- SD post-opératoires : 14%

## ● Ponction-biopsie disco-vertébrale (PBDV)

	Legrand 2001, n=70	hémocultures positive (17)	hémocultures négative (53)
PBDV	positive (45)	17 (24,3%)	28 (40%)
	négative (25)	0	25 (35,7%)
	Cotty 1988, n=23	hémocultures positive (8)	hémocultures négative (15)
PBDV	positive (12)	2 (8,7%)	10 (43,4%)
	négative (11)	6 (26%)	5 (21,7%)

# Microbiological diagnosis of vertebral osteomyelitis: relevance of second percutaneous biopsy following initial negative biopsy and limited yield of post-biopsy blood cultures

G. Gras • R. Buzele • J. J. Parenti • F. Debiais • A. Dinh •  
M. Dupon • F. Roblot • D. Mulleman • C. Marcelli •  
J. Michon • L. Bernard



# Boulette 6

- On a retrouvé 3 Hémoc + à SAMS et on a fait un relais per os à J7

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Antibiotic treatment for 6 weeks versus 12 weeks in patients with pyogenic vertebral osteomyelitis: an open-label, non-inferiority, randomised, controlled trial

Louis Bernard, Aurélien Dinh, Idir Ghout, David Simo, Valerie Zeller, Bertrand Issartel, Vincent Le Moing, Nadia Belmatoug, Philippe Lesprit, Jean-Pierre Bru, Audrey Therby, Damien Bouhassira, Eric Dénes, Alexa Debard, Catherine Chirouze, Karine Fèvre, Michel Dupon, Philippe Aegerter, Denis Mulleman, on behalf of the Duration of Treatment for Spondylodiscitis (DTS) study group\*

	6-week regimen (n=176)	12-week regimen (n=175)	Total (n=351)
Age, years	62 (16)	60 (17)	61 (17)
Female	61 (35%)	48 (27%)	109 (31%)
Comorbidity			
Immunodepression	5 (3%)	11 (6%)	16 (5%)
Diabetes	36 (20%)	18 (10%)	54 (15%)
Clinical characteristics			
Fever	87 (49%)	95 (54%)	182 (52%)
Back pain	172 (98%)	165 (94%)	337 (96%)
Duration of infection, days	34 (19–58)	34 (18–57)	34 (18–58)
Number of sites of vertebral osteomyelitis			
1	159 (90%)	154 (88%)	313 (89%)
≥2	17 (10%)	21 (12%)	38 (11%)
Type of site of vertebral osteomyelitis			
Cervical level	28 (16%)	24 (14%)	52 (15%)
Thoracic level	46 (26%)	50 (29%)	96 (27%)
Lumbar level	125 (71%)	121 (69%)	246 (70%)
Sacral level	19 (11%)	26 (15%)	45 (13%)
Associated endocarditis*			
Duke definite	23/127 (18%)	28/130 (22%)	51/257 (20%)
Probable	4/127 (3%)	1/130 (1%)	5/257 (2%)
Neurological signs	25 (14%)	32 (18%)	57 (16%)

# Début de traitement IV

- Pas d'Endocardite confirmée à l'écho cœur
- SAMS FQ et RFP S
- On a relayé per os à J21

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Antibiotic characteristics used during the pyogenic vertebral osteomyelitis study

	6-week (N=176)	12-week (N=175)	Total (N=351)	P-value
<b>Treatment duration</b> —median [IQR]	6[6, 6.6]	12.1[12, 13]	9.3[6, 12.1]	
<b>Oral fluoroquinolon and rifampin</b> —n(%)	76 (43.2)	79 (45.1)	155 (44.2)	0.793

## Others association---no (%)

Rifampin and aminosides	22	25	47
Rifampin and amoxicillin	3	4	7
Fluoroquinolon and aminoside	14	11	25
Fluoroquinolon and methicillin	4	3	7
Fluoroquinolon and cephalosporin	6	6	12
Amoxicillin and aminoside	15	17	32
Cephalosporine and aminoside	4	3	7
Methicillin and aminoside	2	0	2
Others	30	27	57

## IV Treatment duration

Median	15	14	14	0.579
Interquartile range	7.0 – 28.0	6.5 – 26.5	7.0 – 27	

# Parenteral administration

- Median duration of IV administration: 20.8 days (IQR, 7-27 days).
- Antibiotic treatment administered parenterally
  - 0-7 days in 93 episodes (26.5%),
  - 8-14 days in 89 episodes (25.4%),
  - > 15 days in 171 episodes (48.5%).
- IV treatment >7d vs <7d : **No significant difference in outcome.**

# Boulette 7

- On prévoit 12 semaines de Traitement ATB

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Antibiotic treatment for 6 weeks versus 12 weeks in patients with pyogenic vertebral osteomyelitis: an open-label, non-inferiority, randomised, controlled trial

Louis Bernard, Aurélien Dinh, Idir Ghout, David Sime, Valerie Zeller, Bertrand Issartel, Vincent Le Moing, Nadia Belmatoug, Philippe Lesprit, Jean-Pierre Bru, Audrey Therby, Damien Bouhassira, Eric Dénes, Alexa Debard, Catherine Chirouze, Karine Fèvre, Michel Dupon, Philippe Aegerter, Denis Mulleman, on behalf of the Duration of Treatment for Spondylodiscitis (DTS) study group\*

	6-week regimen	12-week regimen	Difference in proportion of patients*	95% CI
Intention-to-treat analysis, n	176	176		
Cured	160 (90.9%)	159 (90.9%)	+0.1	-6.2 to 6.3
Cured and alive†	156 (88.6%)	150 (85.7%)	+2.9	-4.2 to 10.1
Cured without further antibiotic treatment‡	142 (80.7%)	141 (80.6%)	+0.1	-8.3 to 8.5
Per-protocol analysis, n	146	137		
Cured	137 (93.8%)	132 (96.4%)	-2.5	-8.2 to 2.9
Cured and alive†	133 (91.1%)	126 (92.0%)	-0.9	-7.7 to 6.0

# Boulette 8

- S'il y avait eu du matériel on aurait traité 6 mois

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Successful 6-Week Antibiotic Treatment for Early Surgical-site Infections in Spinal Surgery

Marie-Paule Fernandez-Gerlinger,<sup>1,2</sup> Robin Arvieu,<sup>3</sup> David Lebeaux,<sup>1,2</sup> Karama Rouis,<sup>1</sup> Pierre Guigui,<sup>2,3</sup> Jean-Luc Mainardi,<sup>1,2</sup> and Benjamin Bouyer<sup>2,3</sup>

**Background.** The incidence of spinal surgical site infections (SSIs) remains stable at less than 10%. Surgical reinterventions may be hampered by decubitus, treatment-related adverse events, and cost. In the context of emergence of bacterial resistance, a short duration of antimicrobial treatment is of critical importance. If the duration of treatment for SSI is currently 12 weeks, the aim of our study was to assess the efficacy of an antimicrobial treatment shortened to 6 weeks.

**Methods.** This prospective study was carried out from November 2014 to July 2016 in an 827-bed teaching hospital. After surgical management of SSIs, patients received broad-spectrum antibiotics intravenously for 10 days and orally for the remainder, for a total of 6 weeks. Success was defined as absence of relapse, superinfection, or surgical failure at the end of treatment and at 1-year follow-up.

**Results.** Eighty-five patients were included in this study. The median delay between initial surgery and diagnosis of SSI was 16 days. In 65 cases (76.4%), SSIs were monomicrobial. Among these, *Staphylococcus aureus* was found in 30 cases (46%). Failure was observed in 7 cases (8.2%), with more than half caused by anaerobic bacteria.

**Conclusions.** Surgical management of SSI followed by a 6-week antibiotic treatment is associated with favorable outcome. Anaerobic bacteria seem to play a role in the occurrence of relapses. A 6-week reduction in antibiotic treatment leads to reduction in cost and, likely, also to reduction in the emergence and spread of resistant microorganisms.

**Keywords.** surgical site infection; spinal surgery; 6-week antibiotic therapy.

# Boulette 9

- On a immobilisé le patient 6 mois avec un corset

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Paramètres	Stratégie	Stratégie 1: durée longue	Stratégie 2: durée courte	<i>p</i>
		N=56	N=20	
Age moyen (ans)		65	67,5	NS
Sexe Masculin		60%	55%	NS
Chirurgie du rachis		16%	0%	0,06
Atteinte lombaire		82%	65%	0,11
<i>S. aureus</i>		25%	55%	0,014
<b>REEDUCATION</b>				
Durée moyenne décubitus (DDS+ Reverticalisation) (j)		33,7 (22+11,7)	19,7 (14+5,7)	< 0,001
Délai du corset / prise en charge (j)		12,4	11,3	NS
<b>DÉCUBITUS</b>				
Complications de décubitus		19,6%	15%	NS
Escarres		10%	5%	NS
<b>PRONOSTIC FONCTIONNEL</b>				
EVA douleur (>1 an)		1,2	0,8	0,06
État de santé général (>1 an)		67%	74%	0,48
Échelle EDQ5 (> 1 an)		2,7/12	1,8/12	0,19

# Boulette 10

- On prévoit de réaliser une IRM de contrôle toutes les 3 semaines pour s'assurer de la bonne évolution.

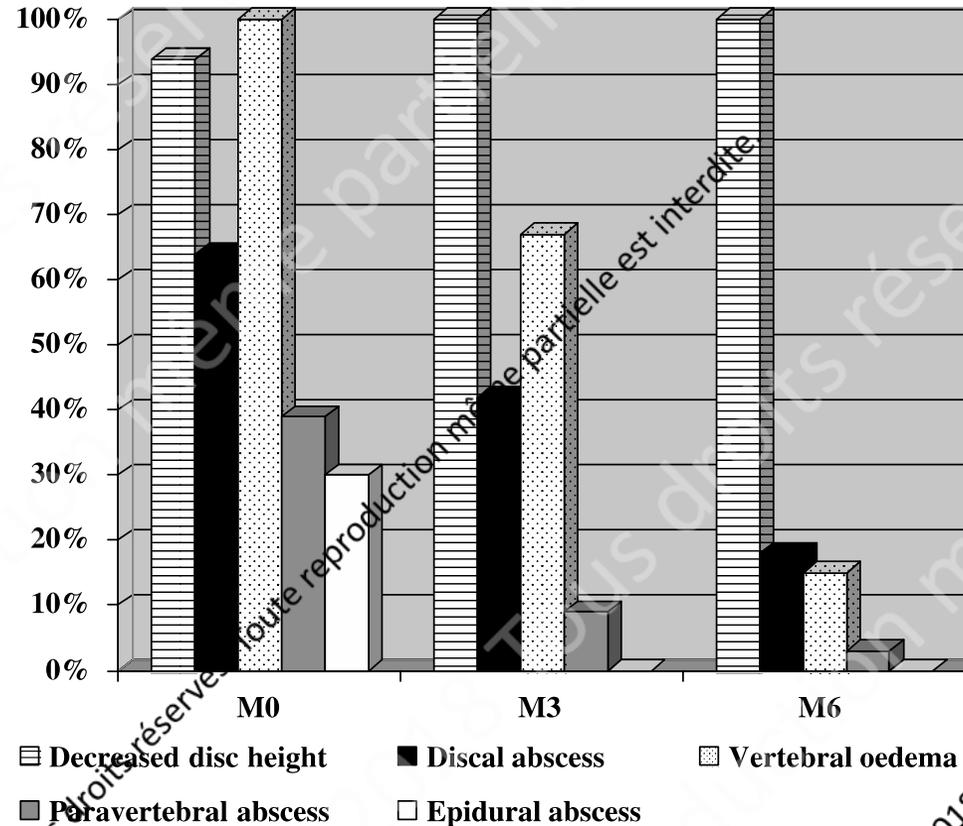
© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Imaging does not predict the clinical outcome of bacterial vertebral osteomyelitis

V. Zarrouk, A. Feydy<sup>1</sup>, F. Sallès, V. Dufour, P. Guigui<sup>2</sup>, A. Redondo<sup>3</sup> and B. Fantin



**Conclusions.** Imaging abnormalities often persist in patients with bacterial spondylodiscitis despite a favourable clinical and biological response to antibiotic treatment. They are not associated with relapses, neurological sequelae or persistent pain. Imaging controls are not necessary when bacterial spondylodiscitis responds favourably to treatment.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Cas clinique 2

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

## M. MALCHANCE



- Monsieur M. 85 ans a été hospitalisé pour OAP
- Dans ses atcd : HBP, HTA, Diabète sucré, insuffisance coronarienne
- Il est retourné à son EHPAD avec une SAD
- 6j après sa sortie, le médecin de l'EHPAD vous l'adresse en consultation pour fièvre à 38,5°C

# Boulette 1

- C'est sûr c'est une IU !

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Est ce une IU ?

- En cas de SAD : IU si présence d'au moins 1 signe :
  - **fièvre,**
  - hypothermie (<36°)
  - Hypotension
  - douleur lombaire
  - altération de l'état mental
  - malaise général
  - léthargie
- + **Sans autre cause identifiée (A-III).**

Un changement d'odeur ou d'aspect des urines ne sont **pas** spécifiques d'IU !!

# Boulette 2

- Pour confirmer le diagnostic je fais une BU !

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Intérêt de la BU

- Si négative mais signe clinique >> ECBU
- Si positive IU non exclue

Intérêt de la BU : « faible » !

Kellog JA et al., Am J Med 1987 ; Koeijers JJ et al., Clin Infect Dis 2007 ; Giesen LG et al., BMC Family Practice 2010

# Boulette 3

- Je change de sonde pour faire un ECBU

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# ECBU : oui mais quand ?

- Suspicion IUAS : faire ECBU **chaque fois que possible (A-I)** pour
  - quantifier la bactériurie,
  - isoler le(s) agent(s) infectieux et pratiquer un antibiogramme.
- **Pas de changement de sonde** pour réaliser ECBU **(D-III)**.  
(contrairement à IDSA)

# Boulette 4

- L'ECBU retrouve E. coli 10.2 CFU/mL ce n'est pas une IU

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Quels seuils retenir ?

- Si SAD :
  - seuil bactériurie :  $10^5$  ufc/ml (A-III)\*.
- Si pas de symptômes (A-III) :
  - Leucocytes
  - Bactéries
  - *Escherichia coli*
  - $> 10^4$  ufc/ml chez la femme pour les autres pathogènes qu' *E. coli*

**La clinique prime pour la décision thérapeutique**

\*Une bactériurie entre  $10^3$  et  $10^5$  ufc/mL peut être contrôlée sur un nouveau prélèvement.

# Boulette 5

- Il est fébrile, je débute des carbapénèmes car c'est une infection nosocomiale

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Rapidité ?

- Antibiothérapie = urgence ?

- Délai

- horaire si choc septique
- 12h si IU fébrile
- différé si IU non fébrile

# Quelle ATB ?

- Probabiliste ? Et si oui Laquelle ?
- Probabiliste sauf IU non fébrile
- Souvent C3G IV (risque d'émergence de R) ou pipéracilline - tazobactam

# Antibiothérapie

- **Pyélonéphrite** (par ordre de préférence)
  - – **pipéracilline+tazobactam** (intérêt *P.aeruginosa* et entérocoque), ceftriaxone, cefotaxime.
  - Si allergie aux bêta-lactamines : **aminosides**
  - Si direct ECBU : CGP>> **amoxicilline – acide clavulanique** (ajouter un aminoside si risque de SARM). Si allergie aux bêta-lactamines : glycopeptide.
  - **EBLSE** (FDR : colonisation connue, voyageur en contact avec le milieu de soin, antibiothérapie large spectre récente) : ajout de l'**amikacine**.
- **Prostatite** (par ordre de préférence)
  - Ceftriaxone, cefotaxime, pipéracilline+tazobactam.
  - Si allergie aux bêta-lactamines : cotrimoxazole ou fluoroquinolone.
  - Si facteurs de risque d'EBLSE: ajout de l'amikacine.

# Boulette 6

- Je retrouve cet antibiogramme, je le traite IV 28 jours
- *Escherichia coli* C3G S , FQ S, TMP SFX S

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Durée de traitement

- Combien de temps ?
- Durée :
  - Cystite : 5-7j
  - PNA, orchite : 10-14j
  - Prostatite : 14-21j

# Quel relais ?

- Relais per os adapté
  - FQ (si pas d'alternative mais efficacité ++)
  - Cotrimoxazole (pas sur entérocoque)
  - C3G orale >> NON sauf cystite
  - Carbapénèmes >> uniquement si R / BLSE
  - AG (bactéricidie) en cas de choc ou élargissement du spectre
- Évaluation 48h- 72H

# Boulette 7

- Je ne change pas la sonde car je risque une bactériémie

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Faut il changer la sonde ?

- **Oui** : changement de sonde indispensable
  - accélère la résolution des symptômes
  - réduit le risque de bactériurie post IUAS
- Il est fortement recommandé l'ablation du drainage dès que possible

• Quand ?

**24h après le début de l'antibiothérapie**

# Boulette 8

- Je dis au patient de faire changer sa sonde urinaire toutes les 3 semaines

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Changement de sonde

- **Ne pas effectuer le changement systématique/planifié de la sonde (E-III)**
- **Si désondage le réaliser en fin de nuit (B-II)**
- **Changement de sonde uniquement si (A-III) :**
  - obstruction,
  - infection symptomatique
  - en préopératoire d'une chirurgie urologique en cas de bactériurie

# Boulette 9

- Le patient doit bénéficier de corticoïdes pour une maladie de Horton.
- Je fais un ECBU et je le traite avant le bolus

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Bactériurie et immunodépression

- Il n'est pas recommandé de dépister ni traiter les colonisations urinaires chez les patients immunodéprimés autres que transplantés rénaux (D-III)
- Il faut réaliser **le bilan** de cette rétention
- Vous décidez de réaliser une **endoscopie**
- Quelle stratégie adoptez-vous vis à vis de la bactériurie ?

# Boulette 10

- Un geste endo urinaire est prévu
- Je fais un ECBU 15j avant et je traite par ciprofloxacine pdt 10j puis je recontrôle l'ECBU pour m'assurer de la stérilité

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

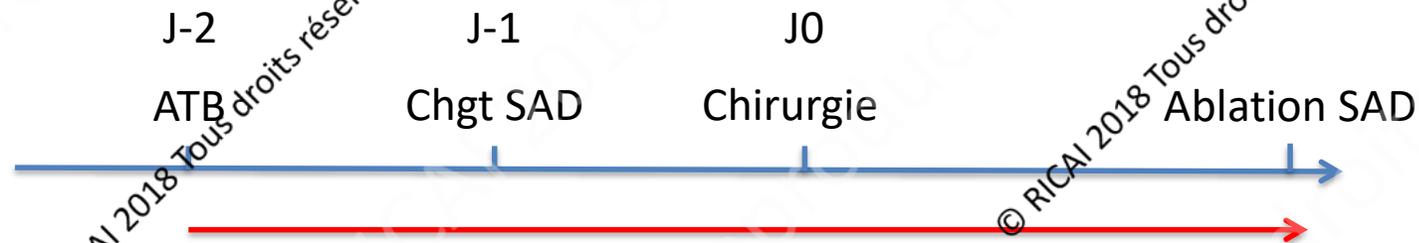
# Décolonisation

- **Traiter la colonisation** avant intervention au contact de l'urine si impossibilité d'obtenir la stérilité des urines autrement, notamment :
  - en retardant l'intervention
  - en changeant un dispositif endo-urinaire (A-I).
- Traiter les colonisations avant une intervention au contact de l'urine : **48 heures avant l'intervention** jusqu'à ablation de la sonde vésicale (A-III).
- **En cas de cytoscopie seule** : il est possible de dépister et traiter ou de ne pas dépister les bactériuries (C-II).
- Pas de traitement avant pose de **matériel orthopédique** et/ou **cardio vasculaire**

## Changer la sonde avant le geste

Chez un futur opéré urologique dont la sonde à demeure est colonisée, il est recommandé

- de changer la sonde après 24 heures d'antibiothérapie à visée curative (J-1),
- opérer après au moins 48 heures (J0),
- maintenir les antibiotiques uniquement jusqu'à l'ablation de la sonde
- faire sortir l'opéré au plus tôt sans ECBU s'il ne présente pas de signes d'infection urinaire.



# Pour prévenir les IUAS ?

Il faut utiliser des cathéters imprégnés d'antibiotiques ou de particules d'argent

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Pour prévenir les IUAS ?

1. Il faut faire des instillations vésicales d'antiseptiques ou d'anti-infectieux
2. Il faut utiliser des antibiotiques ou des probiotiques à visée prophylactique de l'infection urinaire chez le malade sondé asymptomatique

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Merci de votre attention

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2018 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.