

Les infections urinaires de la personne (très) âgée

Mots clés :

Infections urinaires ; Infection nosocomiale
Vieillesse
[Aging; Cross Infection; Urinary Tract Infection]

La prévalence de l'infection urinaire (IU) augmente avec l'âge, notamment chez les personnes institutionnalisées. Les bactériuries asymptomatiques (BA) posent de fréquents problèmes¹ d'évaluation de la situation et de décision thérapeutique (*Bibliomed* 665), surtout chez des patients atteints de multiples comorbidités. Les sondages urinaires sont par ailleurs un facteur de risque important d'infection nosocomiale. Parmi les publications récentes, une revue systématique de la littérature¹ et des recommandations (sociétés européennes d'urologie², *Infectious Diseases Society of America*^{3,4}) permettent d'actualiser les données anciennes sur ce sujet.

Données épidémiologiques

La prévalence de la BA augmente avec l'âge : de 0% chez les hommes de 68-79 ans à 5,4% chez les 90-103 ans, de 13,6 à 22,4% chez les femmes aux mêmes âges¹. Les handicaps fonctionnels la rendent plus fréquente chez les patients institutionnalisés (50% des femmes vs 25% à domicile, 35% des hommes vs 15) ou hospitalisés (50% des femmes vs 32, 34% des hommes vs 30), ou ayant eu un AVC (11,8% de BA)ⁱⁿ¹.

Les IU symptomatiques sont beaucoup plus rares : incidence annuelle (données américaines) de 0,1 à 2,4 cas par an pour 1000 patients âgés institutionnalisés³.

Physiopathologie

La BA est habituellement liée à une colonisation ascendante par la flore habituelle de l'intestin (*Bibliomed* 665), parfois favorisée par des anomalies des voies urinaires (ex : lithiase, persistance d'un résidu vésical), différentes comorbidités (Alzheimer, Parkinson, AVC, diabète, cirrhose, incontinence urinaire, constipation chronique). Les étuis péniens sont un facteur de risque d'IU indépendant, de même que l'utilisation des couches^{4,5}. Le sondage urinaire est de très loin la cause la plus courante d'IU nosocomiale à partir de la flore colique du patient lui-même : incidence de 3 à 10% par jour de sondage, 100% après 30j de sondage²...

Qui, quand et comment traiter ?

BA : ne pas traiter, même les patients institutionnalisés ou porteurs de sonde à demeure. Plusieurs études ont montré que le traitement antibiotique ne réduit pas le nombre d'épisodes symptomatiques, n'améliore ni la morbidité, ni la mortalité, favorise le développement de germes multirésistants et augmente

le coût des soins^{1,3}. Le traitement n'est justifié que dans certaines situations à risque : immunodépression, situation préopératoire, porteurs de prothèses articulaire ou cardiaque. En dehors de ces cas, le dépistage, même par simple bandelette urinaire, n'est pas recommandé¹⁻⁴.

IU symptomatique : traiter, sauf urgence après antibiogramme. Il est logique de retirer la sonde ou la changer si le drainage reste indispensable (recommandations gradées B par l'EAU²). L'irrigation-lavage n'a pas d'indications en routine⁴.

Mesures de prévention

En dehors de la prévention des facteurs favorisant (cf précédemment), il est recommandé (grades A et B)^{2,4} de limiter au maximum les indications et la durée des sondages, de respecter un protocole rigoureux lors des sondages (désinfection des mains, port de gants à usage unique, asepsie « chirurgicale », sondes adaptées), d'utiliser des systèmes clos (sac de recueil des urines maintenu en position déclive), de changer de sonde à des intervalles qui ne dépendent que des caractéristiques propres à chaque patient. La prophylaxie par antibiothérapie n'est pas recommandée pour les sondages à court terme (les données sont insuffisantes pour une recommandation pour les sondages à long terme. Les lavages-irrigations antibiotiques de la vessie ne sont pas recommandés, ni les sondes enduites d'antibiotiques ou imprégnées d'argent ou les antiseptiques dans le sac de recueil des urines. L'étui pévien (pour un temps limité), le cathétérisme sus-pubien ou le sondage intermittent sont, selon les cas, toujours préférables au sondage à demeure (grade B).

Que conclure pour notre pratique ?

La prévalence de l'IU augmente avec l'âge, encore plus chez les personnes âgées institutionnalisées, sans doute du fait de la plus grande fréquence de conditions morbides associées.

Les IU les plus fréquentes sont asymptomatiques et, sauf exception, à ne pas traiter : de nombreuses études ont montré que l'antibiothérapie est coûteuse, inefficace et induit des résistances bactériennes.

Les IU symptomatiques sont beaucoup plus rares, pour l'essentiel en rapport avec le sondage vésical parfois nécessité par les divers problèmes de la vidange de la vessie. Il faut insister sur les mesures de prévention indispensables, à commencer par la rigueur de l'indication et des règles d'asepsie, et l'importance de l'antibiogramme pour guider le choix de l'antibiothérapie.

Références

- 1- Ariathianto Y. Asymptomatic bacteriuria. Prevalence in the elderly population. *Aust Fam Physician*. 2011;40:805-9.
- 2- Grabe M et al. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. Update April 2010.
- 3- High KP et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation of Fever and Infection in Older Adult Residents of Long-Term Care Facilities: 2008 Update by the IDSA. *Clin Infect Dis*. 2009;48:149-71.
- 4- Hooton T et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 IDSA Guidelines. *Clin Infect Dis*. 2010;50:625-63.
- 5- European Association of Urology Nurses. Collecteur externe d'urine pour homme. Bonnes pratiques de soins 2008.