

JOURNAL WATCH

Risques infectieux et traumatiques

Les autres dangers des sondes vésicales chez les hommes

Si l'utilisation des sondes vésicales à demeure a certainement globalement régressé, près de 15 à 20% des patients hospitalisés restent néanmoins exposés à la mise en place temporaire d'une sonde. Les risques infectieux sont bien décrits et connus, pratiquement 100% des sondes étant colonisées après 30 jours. Par contre, les autres dangers liés aux sondes vésicales, en particulier traumatiques, sont beaucoup moins bien étudiés. Une étude s'est justement intéressée à détailler ces risques dans un collectif presque essentiellement masculin (hôpital de vétérans américains).

Cette étude a recensé prospectivement durant 16 mois (correspondant à 6'513 jours à risque) toutes les complications infectieuses et traumatiques associées aux sondes vésicales chez des patients hospitalisés. Un relevé systématique quotidien des symptômes (dysurie, urgences, douleurs), signes (fièvre), et diagnostics cliniques d'infection urinaire ou urosepsis retenus par les médecins en charge du patient a été complété par une surveillance quotidienne des demandes d'examen et culture d'urine. Simultanément, toutes les complications traumatiques (hématurie isolée, fausse-route, retrait/arrachage avec ballon gonflé ou mal dégonflé, mauvais positionnement) ont été relevées. Pour chaque patient, le suivi prenait fin au moment du retrait de la sonde.

Durant le suivi, 82 patients ont présenté un épisode d'infection, correspondant à 1.8% de l'ensemble des jours de suivi (à risque). En parallèle, 89 patients ont subi une complication traumatique (1.5% des jours de suivi). Si certaines de ces complications étaient relativement peu sévères (hématurie macroscopique se tarissant spontanément), certaines étaient sévères (perforation de la vessie) voire susceptibles d'avoir contribué au décès du patient (insertion traumatique d'une sonde avec fausse-route nécessitant la mise en place d'une sonde sus-pubienne la veille du décès). La complication la plus fréquente était le retrait avec ballon mal dégonflé

(36 événements), suivi des hématuries (33 cas) et des fausse-routes (11 événements). Un mauvais positionnement de la sonde, allant de la prostate à un positionnement intra-péritonéal, est survenu à 7 reprises.

Globalement, la fréquence des complications traumatiques était similaire à celles des événements infectieux, voire même supérieure si l'on ne considérait que les événements requérant une intervention thérapeutique.

Commentaires

Cette étude rappelle qu'un geste encore trop souvent banalisé peut avoir des conséquences iatrogènes considérables qui ne se limitent pas qu'aux infections. Malheureusement, la population étudiée est majoritairement masculine, et il est probable que les complications traumatiques soient nettement moins fréquentes chez les patientes, au moins lors de la pose de la sonde. Par contre, les risques de lésions par retrait intempestif sont certainement très proches. Mais curieusement, les données sont pratiquement inexistantes.

Au total, lorsque la décision de poser une sonde doit être prise, même temporairement, les mesures préventives ne doivent pas se limiter au risque infectieux mais prendre aussi en compte les risques traumatiques (arrimage et positionnement adéquat, etc.). La prudence reste donc particulièrement de mise chez les patients âgés pour lesquels d'autres complications (état confusionnel aigu, déconditionnement par restriction de la mobilité en raison de la sonde) peuvent encore s'ajouter et contribuer au risque déjà élevé de déclin fonctionnel durant une hospitalisation.

▼ Prof. Dr méd. Christophe Büla, Lausanne

Références :

1. Leuck AM, et al. Complications of Foley catheters: Is infection the greatest risk? J Urol 2012;187:1662-6

Conduite automobile

Trop vieux pour conduire?

Identifier les personnes inaptes à la conduite automobile et possiblement les dénoncer reste un problème délicat en pratique ambulatoire. Il n'y a actuellement pas de test de dépistage simple et rapide qui permette de juger de l'aptitude à la conduite, et le rôle du médecin traitant en Suisse se limite à pouvoir signaler à l'autorité compétente pour délivrer ou retirer le permis de conduire les patients qu'il juge inaptes, en raison de maladies ou d'infirmités physiques ou mentales ou pour cause de toxicomanie. En aucun cas la loi sur la circulation routière ne l'y oblige, sauf s'il est nommé expert. Mais est-il utile de conseiller à nos patients de renoncer à la conduite pour des raisons médicales? Une étude canadienne récente apporte un jugement tranché à ce sujet, mais les conséquences ne sont pas si anodines.

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle effectuée à Toronto, publiée en septembre dernier dans le *New England Journal of Medicine*. Menée d'avril 2006 à décembre 2009, elle recense 100'075 patients qui ont été mis en garde sur les risques de la conduite automobile par 6'098 médecins urgentistes. Les critères d'inclusion étaient des conducteurs, surtout âgés (plus de 75 % avaient plus de 65 ans), porteurs d'un permis de conduire en Ontario, ayant fréquenté des services d'urgences suite à un accident de la voie publique (AVP). Les mises en garde étaient toujours motivées par des problèmes médicaux précis répertoriés sur une liste de 20 diagnostics comprenant en particulier l'abus et la dépendance à l'alcool, l'épilepsie, la démence, les troubles du sommeil, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et la dépression, mais aussi la prise de certains médicaments psychotropes. L'étude comptabilise le nombre d'AVP chez ces conducteurs durant les 3 années précédant les avertissements (1430 AVP), ainsi que l'année suivante (273 AVP), ce qui représente une réduction du risque d'accident grave de 45 %. Sur la base de ces relevés, les médecins ne devraient donc pas hésiter à conseiller à leurs patients présentant un risque pour la conduite de renoncer à prendre le volant.

L'autre versant de l'étude met en évidence une diminution de 20 % du nombre de consultations auprès de leur médecin traitant durant l'année suivant l'avertissement, ainsi qu'une augmentation de 25 % des consultations pour motif de dépression aux urgences!

Limites de l'étude

A-t-on suspendu les permis des 100'075 conducteurs avertis par les professionnels de la santé? Combien conduisent toujours malgré la mise en garde? Étaient-ils fautifs dans les AVP? L'étude n'apporte



pas de précision sur ces questions. De plus, la réduction du risque calculée dans l'étude n'est qu'une réduction du risque relatif et, dans l'absolu, l'écart est assez mince (2.03 pour 1000 patients), étant donné le grand nombre de patients avertis. Selon les auteurs, 8 patients devraient être avertis pour éviter 1 AVP chaque 5 ans (NNT 8), si l'on prend en compte chaque année le nombre total d'AVP enregistrés en Ontario (229'196/an).

Commentaires

En conclusion, si les mises en garde des médecins permettent de diminuer le risque d'accidents de la route, les dommages collatéraux de leurs actes peuvent être conséquents pour leurs patients, surtout âgés, tels qu'une perte d'autonomie, un isolement social ou l'apparition de troubles thymiques comme la dépression. La relation médecin-patient peut en être durablement affectée. Pour ces raisons, la tâche du médecin est particulièrement difficile, et la recommandation de ne plus conduire ne devrait pas reposer sur un seul diagnostic clinique, mais sur une évaluation globale individualisée. L'état cognitif, les habitudes de conduite, la perception de ses propres capacités ainsi que l'avis des proches semblent en particulier être des facteurs à prendre en compte dans cette évaluation.

▼ Dr méd. Michèle Jean,
Hôpital de Martigny

Références :

1. Redelmeier Donald A et al. Physicians' Warnings for Unfit Drivers and the Risk of Trauma from Road Crashes. *N Engl J Med* 2012;367:1128-36
2. Büla C et al. Conduite automobile et troubles cognitifs : comment anticiper? *Rev Med Suisse* 2011;7:2184-9