Cas clinique 1

- Mr D, 25 ans, sans antécédent, était en vacances en Grèce, où il a été hospitalisé pour AVP avec volet costal.
- Après 5 jours de réanimation, il est passé en médecine pendant 2 jours, puis rapatrié vers votre service (soins continus)

→ Quel diagnostic devez vous évoquer ?

→ Quels examens pour en faire la preuve ?

→ Quelles mesures de prévention ?

Cas clinique 1

- Mr D, 25 ans, sans antécédent, était en vacances en Grèce, où il a été hospitalisé pour AVP avec volet costal.
- Après 5 jours de réanimation, il est passé en médecine pendant 2 jours, puis rapatrié vers votre service (soins continus)

→ Quel diagnostic devez vous évoquer ?

Portage de BMR/BHR

→ Quels examens pour en faire la preuve ?

Dépistage rectal 1 (ERV) + 2 (BLSE/ *A. baumannii*)

Dépistage nasal (SARM)

Dépistage de gorge (*A. baumannii*)

Cas clinique 1

- Mr D, 25 ans, sans antécédent, était en vacances en Grèce, où il a été hospitalisé pour AVP avec volet costal.
- Après 5 jours de réanimation, il est passé en médecine pendant 2 jours, puis rapatrié vers votre service (soins continus)

→ Quelles mesure de prévention ?

= Cas unique identifié dès l'arrivée

Information EOH/microbiologie

P. contact « renforcées »

Renforcement du personnel ?

Gestion des antibiotiques

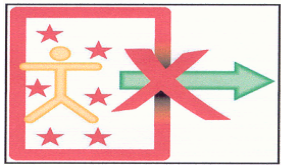
Organisation de l'aval

Dépistage des patients contacts (hebdo)

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS NORD VAL DE SEINE
Bichat - Claude Bernard

PRECAUTIONS CONTACT BMR :

SARM, entérobactéries BLSE, *Acinetobacter baumannii*



1. AVANT tout contact avec le PATIENT et son ENVIRONNEMENT et entre DEUX SOIN

. FRICTION DES MAINS avec une SHA

2. PORT de TABLIER pour tout contact ETROIT avec le PATIENT

3. PORT de GANTS UNIQUEMENT lors de contact avec un LIQUIDE BIOLOGIQUE

4. A la FIN DU SOIN et AVANT DE QUITTER LA CH

. JETER LE TABLIER (sac noir)

. FRICTION DES MAINS avec une SHA

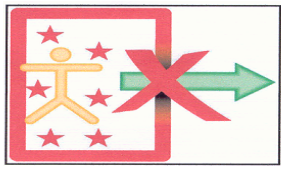
. Savon doux si mains VISIBLEMENT so

5. Entretien quotidien des surfaces de la chambre : détergent/désinfectant des surfaces

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS NORD VAL DE SEINE
Bichat - Claude Bernard

PRECAUTIONS CONTACT BHR :

ERV (entérocoque résistant à la vancomycine) et Entérobactéries productrices de carbapénémase (NDM1, KPC, …)



1. CHAMBRE SEULE ou REGROUPEMENT

2. AVANT tout contact avec le PATIENT
et son ENVIRONNEMENT et entre DEUX SOIN

. FRICTION DES MAINS avec une SHA

. PORT de GANTS et de TABLIER

3. Parfois SECTOR[illegible] et cohorting (perso[illegible]dié)

4. A la FIN DU SOIN et AVANT DE QUITTER LA CHAMBRE

. JETER LE TABLIER (sac noir)

. FRICTION DES MAINS avec une SHA

. Savon doux si mains VISIBLEMENT souillées

5. Entretien BIQUOTIDIEN des surfaces
de la chambre : détergent/désinfectant
des surfaces

Cas clinique 2

- Mr G, 65 ans, antécédent d'artérite des MI, Ins rénale chronique, cardiopathie ischémique, DIR avec pied diabétique, nombreuses hospitalisations, admis en réanimation pour Ins. rénale aigue
- Dépistage SARM et BLSE d'entrée négatifs
- Suites compliquées. 10 jours après l'admission, ECBU positif, avec suspicion d'ERV

→ Quelle stratégie de prise en charge ?

Cas clinique 2

- ECBU positif, avec suspicion d'ERV

→ Quelle stratégie de prise en charge ?

= haut risque de plusieurs cas

Le même jour :

P. contact « renforcées »

Information EOH/microbiologie, direction

Cellule de crise,

Arrêt des transferts (et admissions)

Confirmation ERV ?

Dépistage transversal des patients contact

Cas clinique 2

- ECBU positif, avec suspicion d'ERV

→ Quelle stratégie de prise en charge ?

= haut risque de plusieurs cas

Le lendemain :

Liste des patients transférés,

Information des structures d'aval,

PCC et dépistage des transférés en interne

Signalement ARS et CCLIN

Cas clinique 2

- ECBU positif, avec suspicion d'ERV

→ Quelle stratégie de prise en charge ?

= haut risque de plusieurs cas

Les jours suivants, selon le nombre de cas:

Regroupement des porteurs, des contacts

Personnel dédié ?

Dépistage hebdomadaire des contacts

Aide CCLIN ARLIN

Gestion des antibiotiques

Information du(des) patients

Liste des porteurs et des contacts, alerte si réadmission

Les bactéries « encore plus résistantes »

- Entérobactéries BLSE (*K. pneumoniae*) productrices de carbapénèmase
- Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)

- *Acinetobacter baumannii* imipénème R

Circonstances de découverte

- Identification dès l'admission :
  - Réadmission d'un patient contact ou d'un porteur (système d'alerte, au mieux informatisé)
  - Patient rapatrié de pays en situation épidémique

- Un cas avec prélèvement clinique :
  - Habituellement avec retard diagnostique
  - Il existe probablement d'autres porteurs, certains déjà transférés
  - Nombreux patients « contacts »

Prise en charge d'un patient « BHR »

- Découverte = urgence sanitaire (24 1eres heures)
  - Mesures spécifiques autour du(es) cas à mettre en œuvre immédiatement
    - » renforcement de l'hygiène : mesures ERG spécifiques
    - » organisation d'un dépistage autour du(es) cas : 3 dépistages négatifs requis
    - » signalement
  - Préparer l'organisation de secteurs dédiés (cas, contacts, indemnes) avec des équipes dédiées
  - Arrêt des admissions
  - Limitation des transferts : sorties « domicile » autorisées

Prise en charge d'un patient « BHR »

- Découverte = urgence sanitaire
- Prise en charge d'un patient déjà connu :
  - secteur dédié s'il existe
  - renforcement +++ des règles d'hygiène pour le cas : mesures spécifiques ERG
  - prévalence à la recherche d'un portage digestif pour les patients pris en charge par la même équipe ; à répéter (/8 j. ?) pendant la présence du cas
  - si un de ces patients devenait ERG + :

    = idem découverte : urgence sanitaire

Gestion d'un grand nombre de cas

- Organisation du laboratoire
- Principes de prise en charge
  - secteur et équipe dédiés
    - » pour les cas
    - » pour les contacts
  - dépistage
  - mesures d'hygiène spécifiques ERG
- Sortie du secteur des « cas ERG »
  - sous certaines conditions (dépistages itératifs, …)
  - sortie vers un EHPAD
- Gestion des « contacts ERG »
  - adaptation aux structures

Ouverture / fermeture des secteurs dédiés

- Anticipation des organisations
  - locaux
  - personnels
- Ouverture envisagée dès le 1er cas
- Fermeture du secteur des « cas ERG »
  - difficile
  - fonction
    - » du nombre de cas
    - » de l'épidémiologie locale et régionale
- Fermeture du secteur des « contacts ERG »
  - 15 jours après la dernière identification d'un cas

Organisation préalable

- Organisation des soins :
  - mise en place très rapide des mesures de contrôle
    - » renforcement des équipes soignantes
    - » identification de(s) secteur(s) d'hospitalisation mobilisables
  - préservation du fonctionnement des secteurs stratégiques de l'établissement ou de la région
  - disposition d'un protocole de prise en charge immédiatement « déclenchable » (cellule de crise, annexe au Plan Blanc ?)
- Organisation du laboratoire :
  - organiser rapidement l'identification de l'espèce et la confirmation de la résistance à la vancomycine de toute souche d'entérocoque de comportement suspecte
  - méthode de dépistage conforme aux recommandations SFM
- Organisation de l'évaluation :
  - identification des surcoûts
  - identification des pertes d'exploitation

Ce qu'il ne faut plus faire

- Mme BOU, 81 ans, antécédents chargés :
  - Fibrose pulmonaire, traitement immunosuppresseur, Bactrim
  - Inf U à répétition,
  - Altération de l'état fonctionnel, HAD
- Admission le **27 août 2005** en maladies infectieuses :
  - ECBU d'entrée : *E. coli*, 2 jours de C3G
  - 31 août : ECBU à ERV
  - Sortie le vendredi 2 septembre, ECBU non récupéré
  - Retour le 9 septembre, bactériurie symptomatique (Linezolide)

Lucet JC et al, J Hosp Infect 2007

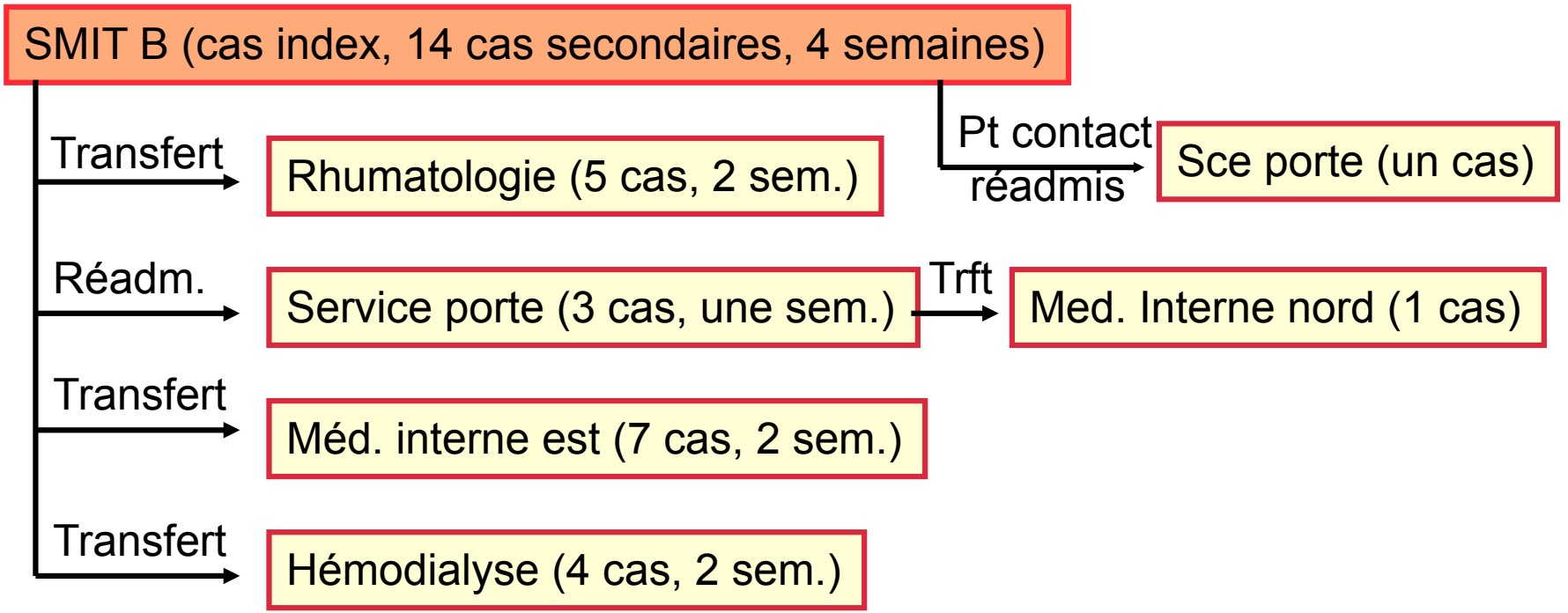
Ce qu'il ne faut plus faire

- Dépistage des voisins de Mme BOU :
  - **Lundi 5 septembre**, **voisine de chambre** : ERV
  - 8 septembre, présents depuis > 72 h., **même aile** : 2/8 ERV +
  - Vendredi 9 septembre : sectorisation « souple » en MI
  - Pas de limitation, ni de suivi des patients transférés
- 13-14 septembre :
  - Dépistage des **patients transférés** : 3 nouveaux cas en rhumatologie (transfert d'un cas secondaire)
  - **Dépistage unité complété** : 3 nouveaux porteurs en Maladies infectieuses
- 17 septembre (**deux semaines après le cas index**) :
  - Sectorisation « stricte » des porteurs dans une aile de MI
  - Extension du dépistage dans les services où des porteurs ou des patients contact ont été transférés

Courbe épidémique

	septembre										
Semaine :	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	
Colonisations/											
Infections (souligné)	1		13								
Dépistages		2	9	16	34					39	
		3	10	17	35						
		4	11	18	36						
		5	12	19	37						
		6	14	20	38						
		7	15	21							
		8		22							
				23							
				24							
				25							
				26							
				27							
				28							
				29							
				30							
				31							
				32							
				33							

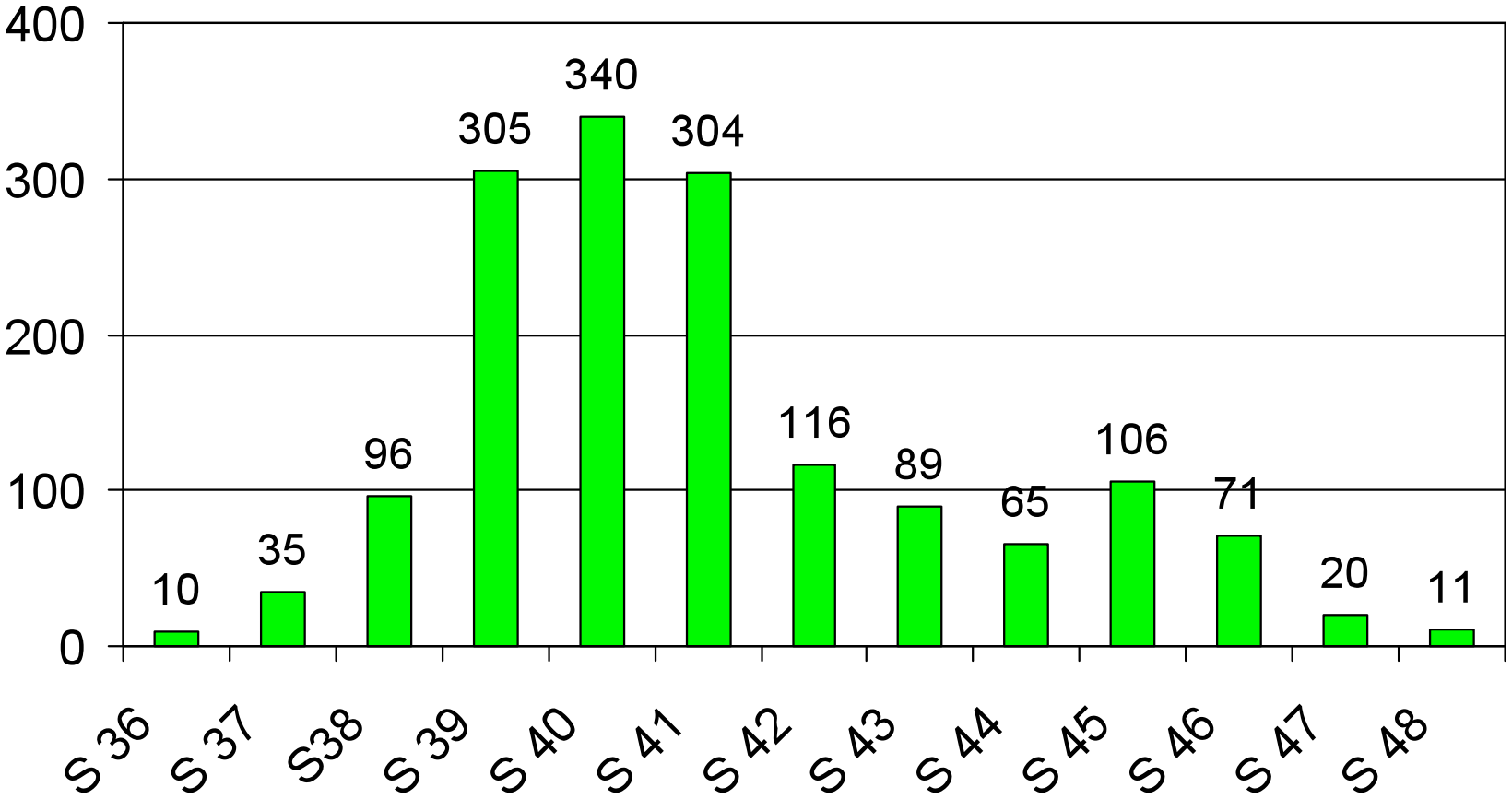
Dissémination entre services



Réanimation médicale (3 cas, non épidémiologiquement liés aux autres)

Activité de dépistage

1600 dépistages en 3 mois (5 sept-3 dec)

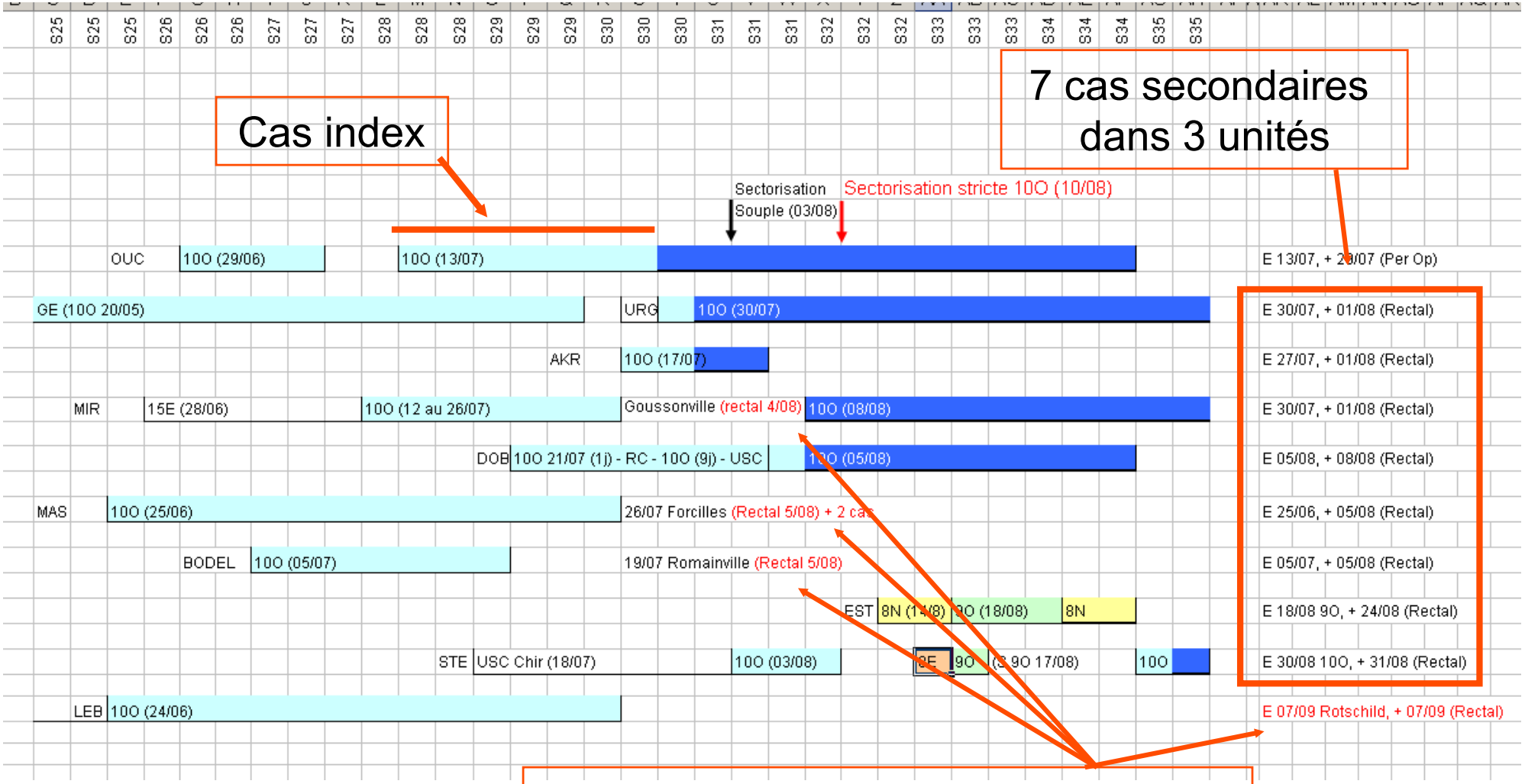


Quelles leçons ?

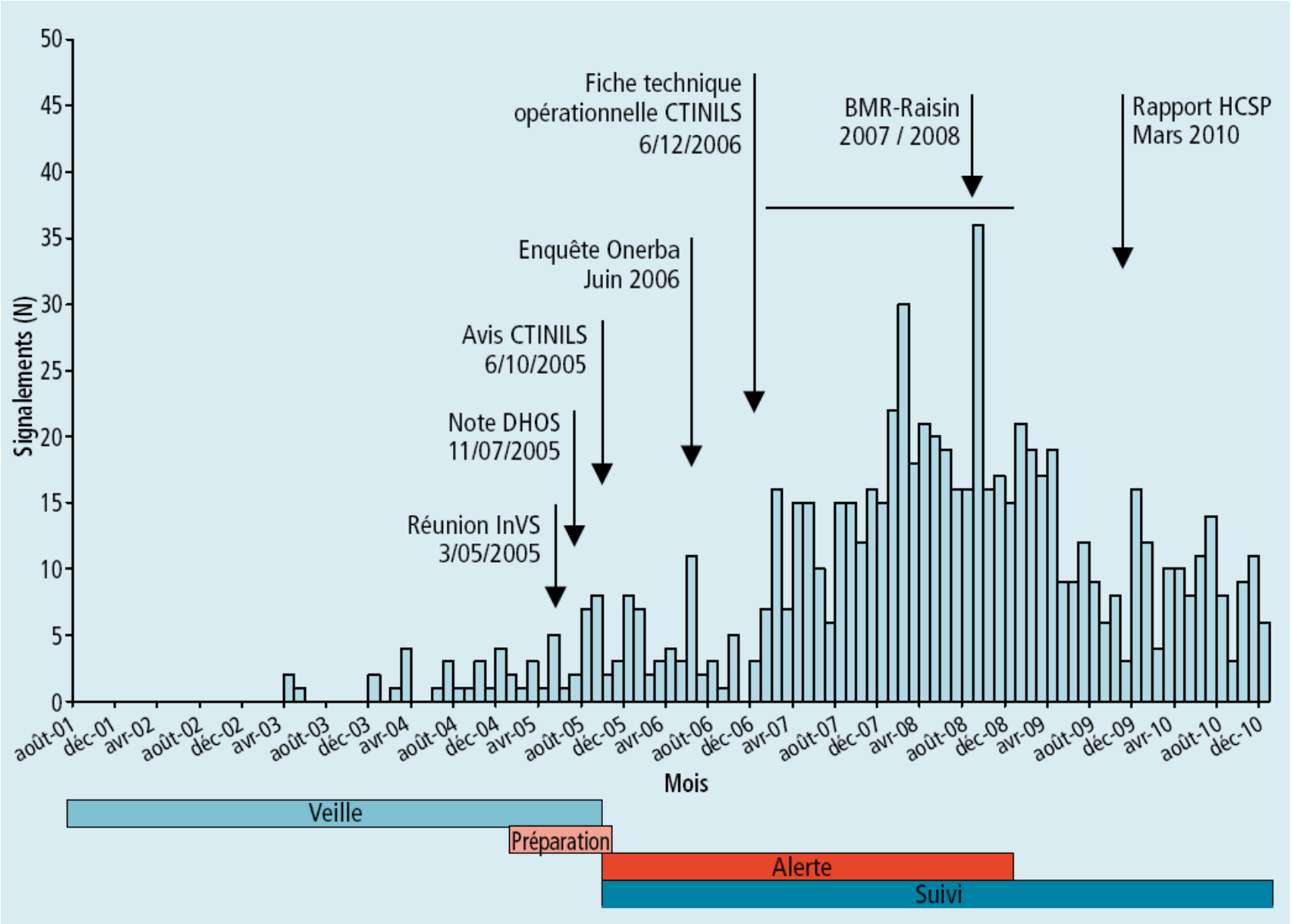
- Epidémie de colonisation
- Les recommandations « BMR classiques » ne suffisent pas
- Retard à la mise en œuvre des mesures :
  - Arrêt des transferts et admissions
  - Sectorisation, cohorting (et donc renforcement en personnel)
  - Dépistage extensif, guidé par les transferts et le partage des soins
- Nécessité d'une implication de tous (cellule de crise)

Courbe ERV – Pôle Vaisseau Thorax

Situation au 14/09/2011



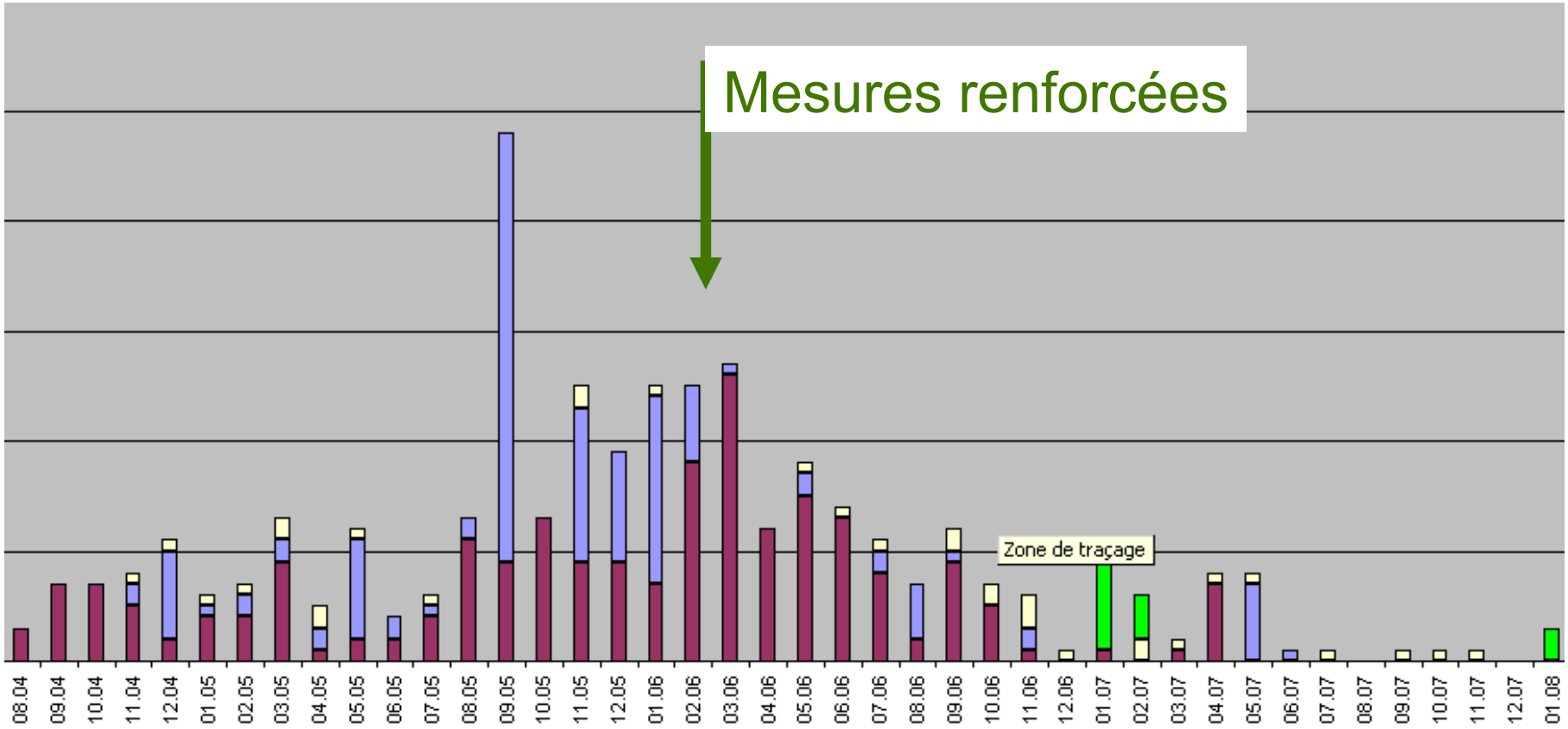
Signalements d'ERV, 2001-2010



Thiolet JM et al, Bull Epid Hebdo 2011

ERV : expériences françaises

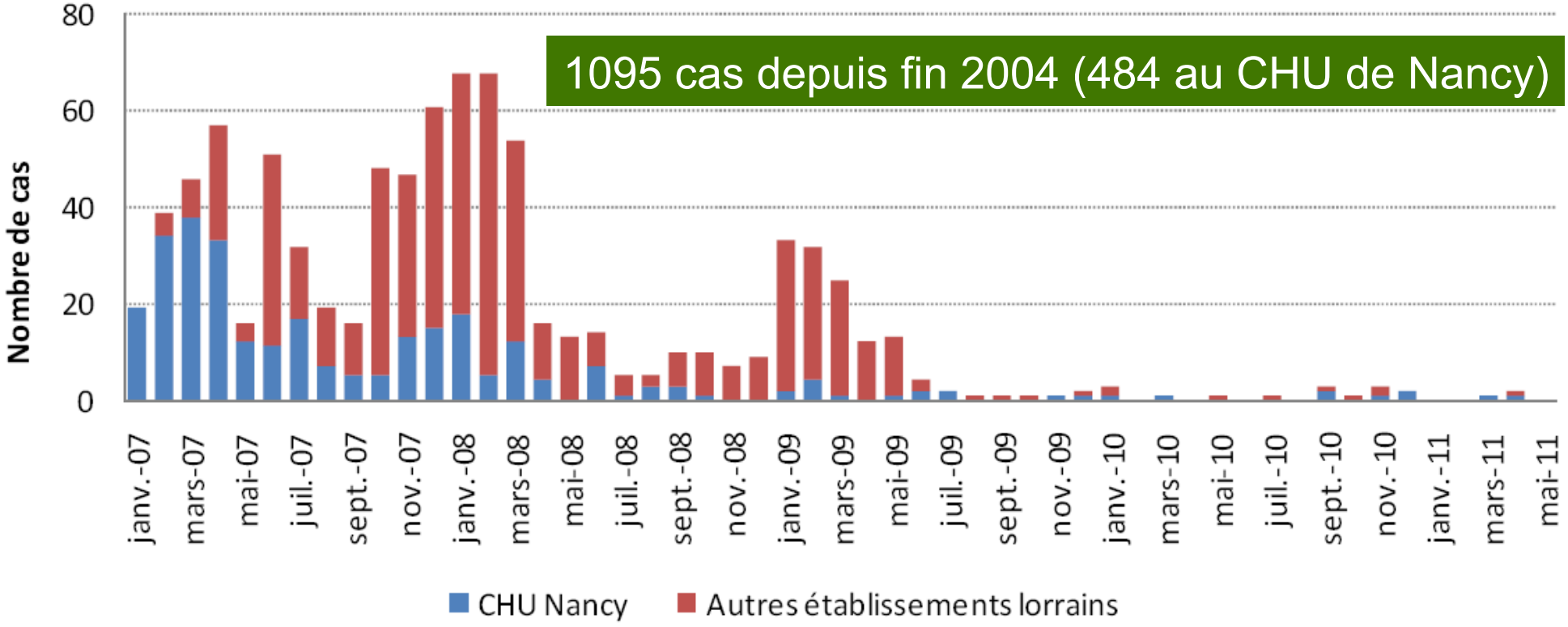
AP HP, juin 2004 – février 2008



S Fournier, V Jarlier, APHP

ERV, Lorraine, 2007-2011

La stratégie « search and isolate » est efficace



C. Rabaud, CCLIN Est,