



Retour d'expérience en Franche-Comté : Transmission d'ERG. Quand le lave-bassin s'emmêle.

N. Floret¹, P. Bailly², H. Gbaguidi-Haore², X. Bertrand^{2,3}

¹ Réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales, Besançon

² Equipe opérationnelle en hygiène, service d'hygiène hospitalière, centre hospitalier universitaire régional, Besançon

³ Laboratoire d'épidémiologie, service d'hygiène hospitalière, centre hospitalier universitaire régional, Besançon

Contexte :

Le samedi 20 décembre 2014, une bactérie hautement résistante aux antibiotiques émergente (BHRé) est identifiée sur le prélèvement de bile cholédocienne d'une patiente hospitalisée dans le service de chirurgie digestive du CHU de Besançon.

Il s'agit d'un *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides de type van A.

La souche est adressée au centre national de référence de Caen le 24 décembre 2014 et un signalement est opéré (critère 1a) sans délai.

Anamnèse :

La patiente, âgée de 68 ans, était hospitalisée depuis le 12 novembre 2014 dans le service de chirurgie digestive. Parmi ses antécédents, nous retrouvons une prise en charge pour bilan d'adénocarcinome du duodénum début 2014 et une duodéno pancréatectomie céphalique le 17/12/2014.

La patiente est d'origine portugaise. Il n'y a pas de notion d'hospitalisation à l'étranger.

Plusieurs sepsis avec réalisation d'hémocultures (05/12 et 08/12) restées stériles et des traitements par Azactam, Pipéracilline-Tazobactam et Vancomycine sont tracés dans le dossier médical.

Mesures mises en place dès réception du résultat microbiologique :

- Mesures d'hygiène : les précautions complémentaires de type contact *ad hoc* et l'hospitalisation en chambre individuelle pour la patiente ERG positif et sa voisine de chambre sont prescrites et mises en place immédiatement le samedi 20 décembre.
 - Identification des patients contacts : 217 patients contacts susceptibles d'avoir été exposés sont identifiés. Parmi eux :
 - 166 avaient d'ores et déjà rejoint leur domicile → un courrier d'information est adressé aux patients sortis
 - 11 avaient d'ores et déjà été transférés dans d'autres établissements de santé → les établissements sont prévenus par le RFCLIN (ARLIN de Franche-Comté), les mesures complémentaires d'hygiène ont été rappelées et les campagnes de dépistage post-exposition organisées.
 - 40 étaient toujours hospitalisés → le dépistage est organisé.
- Remarque : tous les contacts identifiés ont d'emblée été ajoutés à la liste « patients contacts » de l'établissement pour permettre leur identification en cas de réadmission et poursuivre les dépistages le cas échéant.
- Arrêt des admissions jusqu'à réception des résultats des 3 dépistages chez l'ensemble des patients contacts toujours hospitalisés.
 - Activation de la cellule de crise pour suivre la situation épidémiologique au sein de l'établissement et arbitrer sur les mesures de gestion de l'épisode à mettre en œuvre.

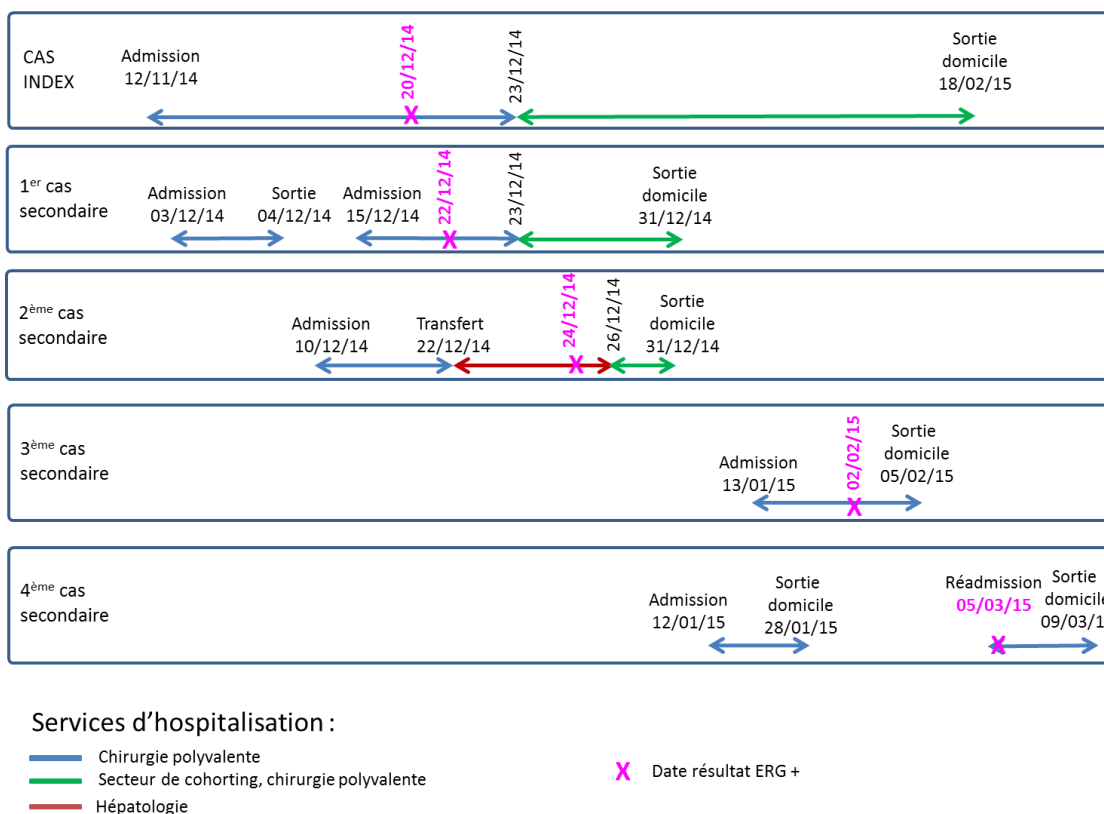
Résultats des premiers dépistages et adaptation des mesures de gestion de l'épisode :

A l'issue du 1^{er} tour de dépistage des patients contacts, un premier cas secondaire est identifié le 22/12. Le 24/12, un deuxième cas secondaire qui avait été transféré en hépatologie le 22/12, est identifié.

Un secteur de cohorting dans le service de chirurgie polyvalente est ouvert le 23/12 Et les transferts du cas index et des 2 cas secondaires dans le secteur de cohorting organisés les 23/12 et 26/12. L'ensemble des contacts est maintenu en PCC et la poursuite des dépistages dans les services concernés (chirurgie digestive et hépatologie) est prescrite.

A la demande des chirurgiens du service de chirurgie polyvalente, et ce malgré l'ouverture du secteur de cohorting, la poursuite des dépistages des patients hospitalisés hors secteur de cohorting est maintenue. Au décours de ces dépistages, 2 nouveaux cas secondaires sont alors identifiés le 2 février et le 5 mars. La figure 1 reprend de manière synthétique la trajectoire de soins de chacun des 5 patients.

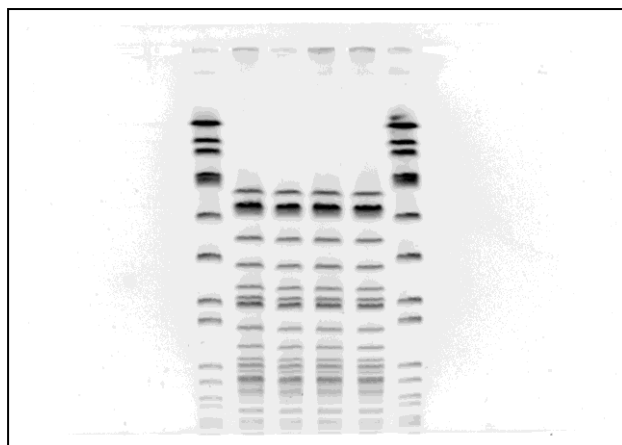
Figure 1 : trajectoire de soins des patients ERG identifiés au cours de l'épidémie



Les 2 premiers cas secondaires et le cas index avaient séjourné de manière contemporaine dans le service de chirurgie digestive avant la mise en place des mesures précautions complémentaires d'hygiène. En revanche, les 3^{ème} et 4^{ème} cas secondaires n'étaient pas contacts.

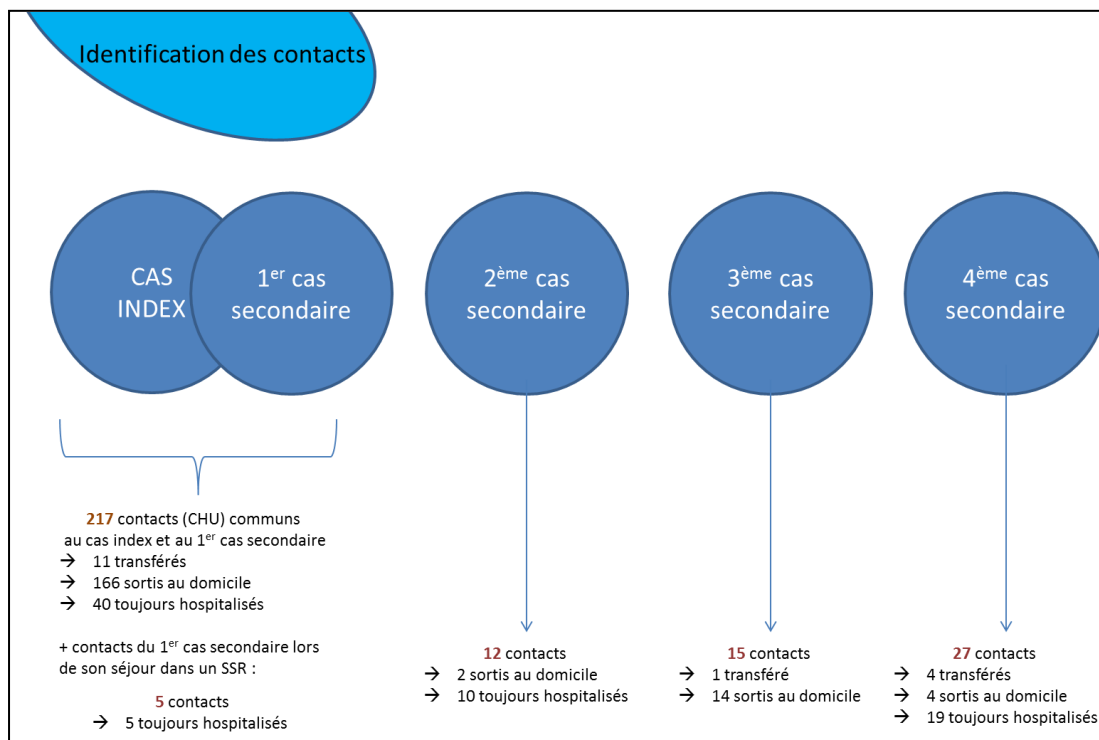
La comparaison des 5 souches par électrophorèse en champ pulsé a confirmé le lien épidémiologique entre ces souches (figure 2).

Figure 2 : Pulsotypes identiques des souches d'ERG isolées chez les 4 cas secondaires



La figure 3 rapporte le nombre de contacts générés à l'occasion de chaque identification de patients porteurs d'ERG.

Figure 3 : détail du nombre de patients contacts générés au cours de l'épidémie



Une investigation a donc été diligentée par l'EOH pour identifier la source d'exposition pour les 2 derniers cas. Le cohorting était bien respecté. Un seul professionnel, le kinésithérapeute, travaillait sur les 2 secteurs. Celui-ci s'occupait de la patiente porteuse d'ERG en fin de programme et respectait les PCC.

Les pratiques d'hygiène des mains sont conformes aux recommandations avec une consommation de solutions hydroalcooliques qui dépasse l'objectif attendu en 2014.

En revanche, l'hypothèse d'une panne du lave-bassin a été émise. Une AS avait remarqué la semaine précédente que les bassins n'étaient pas chauds comme habituellement. Après vérification, la température ne dépassait effectivement pas les 50°C. En cas de dysfonctionnement, un signal lumineux apparaît mais cette alarme n'était pas connue des professionnels et aucun lien n'avait été fait entre le signal et une panne.

Le dispositif a été réparé et tous les bassins ont à nouveau été désinfectés avant réutilisation. Après intervention sur le dispositif, l'épidémie a été maîtrisée.

Résultats des dépistages réalisés dans les établissements d'aval ayant accueilli des patients contacts :

Pour un des 2 premiers cas secondaires, la notion d'un séjour dans un établissement de SSR de la région entre 2 hospitalisations au CHU avait été identifiée (séjour du 4 au 15/12/2014). Même si probabilité paraissait faible (1- période d'exposition au cas index inférieure à 24 heures (du 3 au 4/12) et 2- hébergement à distance de la chambre du cas index), nous ne pouvions écarter que ce patient était porteur au moment de son séjour dans ce SSR. Ainsi, une conduite à tenir spécifique discutée entre l'établissement SSR et l'Arlin a été retenue : identification du 1^{er} cercle de patients encore hospitalisés et qui étaient présents au moment du séjour du cas dans le secteur où celui avait été hospitalisé. En fonction des résultats des dépistages, la stratégie pourra être redéfinie et le dépistage étendu. Seuls ces patients ont été ciblés car : 1- l'activité des professionnels est sectorisée, 2- le patient était en chambre seule, autonome avec une charge en soins peu importante (réfection pansement propre de sternotomie). Au total, 5 patients ont été dépistés. Les consignes ont par ailleurs été rappelées y compris concernant les mesures complémentaires d'hygiène à mettre en œuvre en insistant sur d'hygiène des mains et la gestion des excréta.

Au final, les dépistages réalisés sur l'ensemble des patients contacts qui avaient été transférés dans d'autres ES sont tous revenus négatifs.

Discussion :

Le risque de diffusion des ERG par transmission croisée est réel, l'exemple rapporté dans ce retour d'expérience (RETEX) en est la parfaite illustration. Sur une période de 3 mois, la survenue de 4 cas secondaires générés à partir du cas index, confirme le caractère épidémiogène des BHRe et plus particulièrement des ERG.

Un des autres enseignements de cet épisode est que la diffusion des BHRe est facilitée en l'absence de précautions complémentaires d'hygiène, les 2 premiers cas secondaires en sont le témoin.

Après repérage, les mesures de gestion ont été mises en œuvre sans retard avec notamment l'ouverture d'un secteur de cohorting. Si le cohorting des porteurs est stratégiquement un des piliers de la maîtrise de la diffusion des BHRe, son efficacité peut être compromise si tout n'est pas maîtrisé par ailleurs. Les 2 derniers cas secondaires en sont l'expression. Alors que la gestion des excréta est un des points critiques de la diffusion des BHRe, tout aléa dans le fonctionnement d'un lave-bassin fragilise la prise en charge en n'assurant pas la correcte désinfection des bassins. Ainsi, si cette panne n'avait pas été corrigée, la diffusion aurait pu être dramatique.

Si la formation à l'utilisation des laves-bassins est essentielle, les soignants doivent également être en capacité de repérer une panne et de transmettre l'information aux personnes ressources du service. Pour ce faire, le circuit de l'information doit être établi dans le service. En cas de problème, l'information doit être portée à la connaissance de l'EOH de manière contemporaine pour ajustement des mesures.

Ce RETEX rappelle ainsi que la vigilance de tous est indispensable pour parer à la diffusion de ces micro-organismes : l'EOH par l'appui aux équipes de soins qu'elle apporte dans la gestion de ces événements, la direction par les moyens qu'elle engage pour soutenir les efforts des soignants et les soignants eux-mêmes qui au quotidien œuvrent dans les services.

Enfin, ce RETEX révèle également la plus-value que peut apporter la mise en place du repérage automatique des patients contacts à l'admission, organisation sans laquelle l'identification dès la réadmission du cas secondaire n°4 aurait pu échapper.

Conclusion :

Les ERG sont extrêmement épidémiogènes et diffusent avec une aisance remarquable dans les établissements de santé. Les efforts et l'implication de tous sont nécessaires pour maîtriser ces épisodes.