



Réunion des Présidents de CLIN et des praticiens en hygiène
Midi-Pyrénées
Mardi 9 décembre 2008

Cas groupés de colonisations à
Entérocoque résistant à la vancomycine
ERV ou ERG
dans l'inter-région Sud-Ouest

Antenne régionale Poitou-Charentes

Chantal Léger

Le contexte

- Incidence élevée des SARM en France
=> utilisation intensive des glycopeptides favorise l'émergence des ERV

Le principal problème que constituent les ERG, bactéries de faible pouvoir pathogène, est représenté par le risque de transférer la résistance aux glycopeptides, en particulier la résistance à la vancomycine, vers les staphylocoques dorés. Le phénomène a été observé aux États-Unis parmi plusieurs souches de staphylocoques, notamment résistantes à la métiline. La France connaissant, comme ses voisins européens, une situation endémique en matière de résistance à la métiline des staphylocoques dorés, ce transfert de résistance pourrait avoir un impact non négligeable sur la mortalité et la morbidité liées aux infections staphylococciques sévères. C'est pourquoi le contrôle de la diffusion des clones d'ERG constitue un enjeu majeur.

Le contexte

- Facteurs de risque identifiés d'acquisition :
 - proximité avec un patient porteur
 - administration préalable d'une antibiothérapie
(céphalosporines de 3ème génération, vancomycine, imipénème, anti-anaérobies)
 - présence d'un cathéter central, d'une sonde urinaire, d'une insuffisance rénale
 - durée de séjour prolongée
 - hospitalisations multiples
 - patients âgés ou atteints de pathologies lourdes
(transplantés, hémodialysés, etc.)

Recommandations nationales

- Dans les régions où les réactions ont été tardives, les épidémies ont touché un grand nombre de personnes et ont désorganisé les soins
- Instructions ministérielles accessibles à partir du site internet du CCLIN SO, rubrique « Signalement » puis « Alertes »

Documents de référence

- Avis du CTINILS relatif relatif à la maîtrise de la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides dans les établissements de santé français adopté le 6 octobre 2005
- Fiche technique opérationnelle du 9 octobre 2006
- Prévention de l'émergence des épidémies ERV dans les établissements de santé : note de décembre 2006
- Synthèse des procédures de prise en charge des patients ERG et/ou contacts - CCLIN Est version 3 ; 25 Mars 2008

Documents de référence

- Note DGS/DHOS du 14 août 2008
 - OBJET : Prévention de l'émergence d'épidémies à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG)
- La mise en oeuvre rapide des mesures de contrôle au niveau d'un établissement, avant que l'épidémie ne s'installe sur un territoire, a montré son efficacité dans de nombreux exemples

Les mesures essentielles à mettre en oeuvre

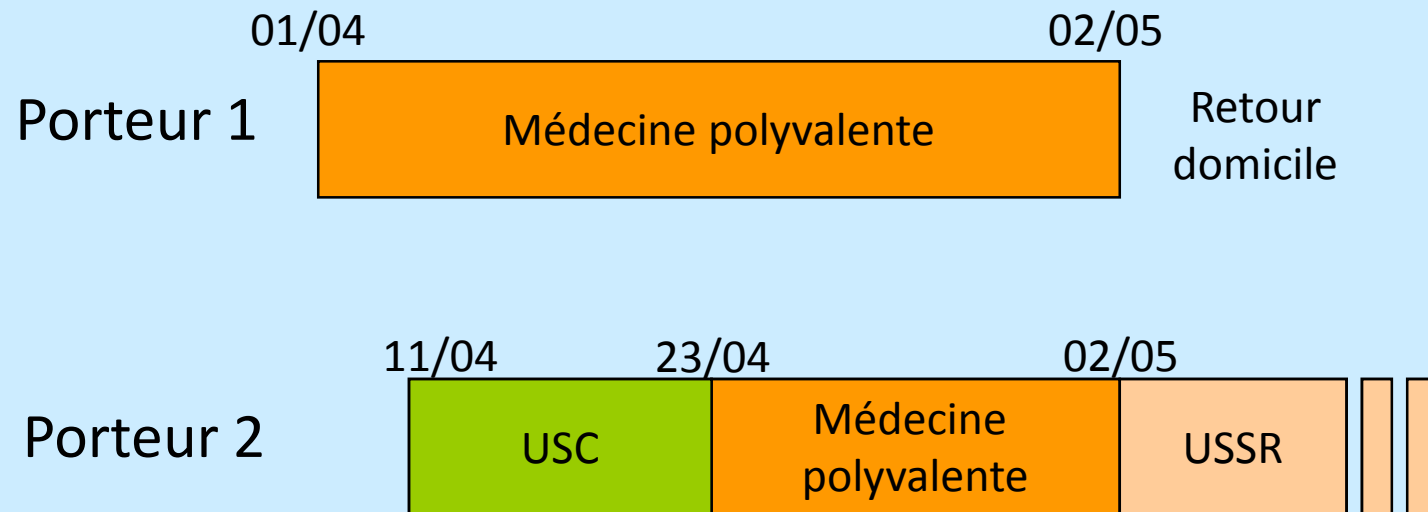
- Elles reposent sur des mesures rapides à appliquer pour les patients porteurs et les patients "contact", c'est à dire hospitalisés dans la même unité :
 - limiter les transferts
 - arrêter les admissions
 - renforcer le personnel

Cas groupés en région Poitou-Charentes

Signalement interne CH de L.

- 7/05/2008 : EOH CH de L. alertée
 - isolement (le 5/05) ERV
 - embouts sondes urinaires mis en culture

Par où sont passés les patients ?



3 services concernés !

Cellule de crise locale

- Réunion le 7/05 : application des recommandations ministérielles du 6 décembre 2006 :
 - précautions contact
 - arrêt des transferts (3 services) sauf retours au domicile et EHPAD (après avis MIR)
 - arrêt des admissions dans les 3 secteurs concernés
 - pas de regroupement des patients dans un secteur spécifique
- Signalement externe CCLIN SO et DDASS le 14/05

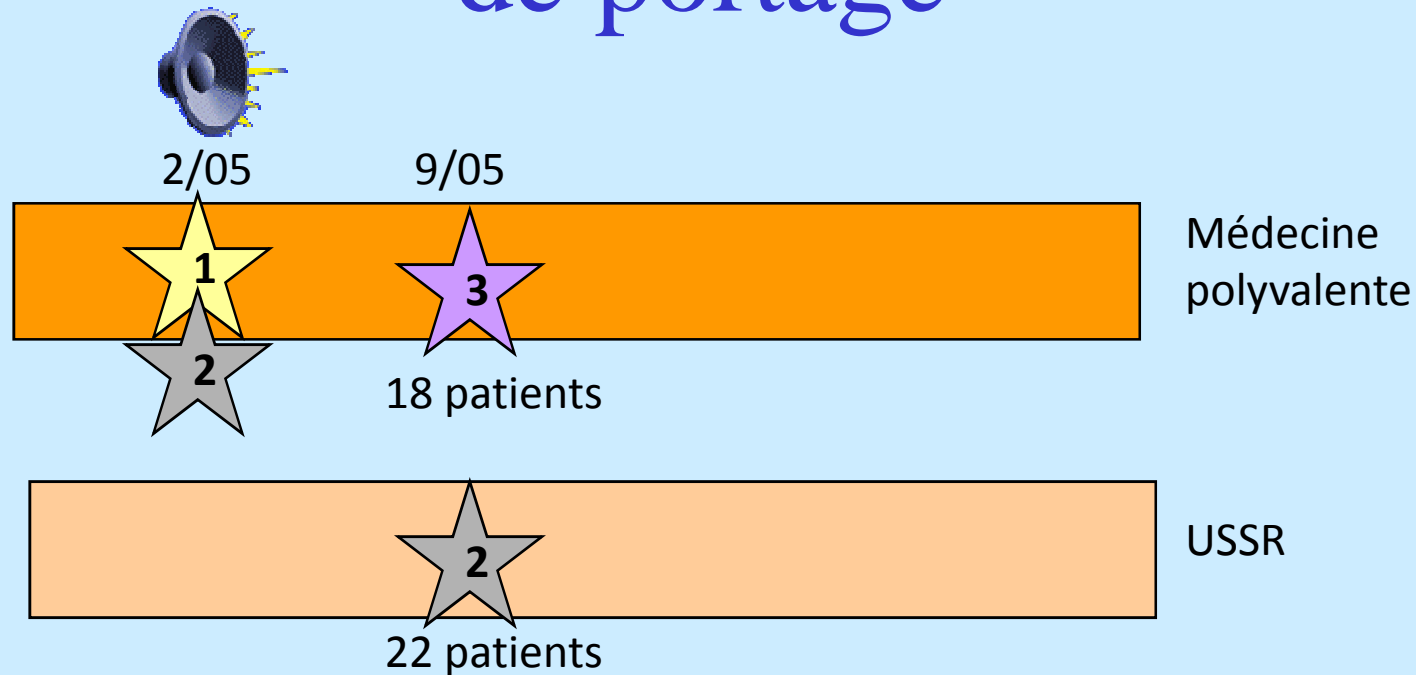
Gestion de l'épisode CH de L.

- 9/05 : Dépistage de colonisations par écouvillonnage rectal :
 - patient 2 et ses contacts
 - médecine polyvalente (18 patients)
 - USSR (22 patients)
- Recensement de tous les contacts dans le CH de L. par chaque cadre de santé :
 - 1 patient contact a été transféré en médecine générale => précautions contact + écouvillonnage (3 prélèvements à une semaine d'intervalle)

Gestion de l'épisode CH de L.

- Les souches sont adressées au laboratoire de référence national (CHU de Caen) pour confirmation du mécanisme de résistance

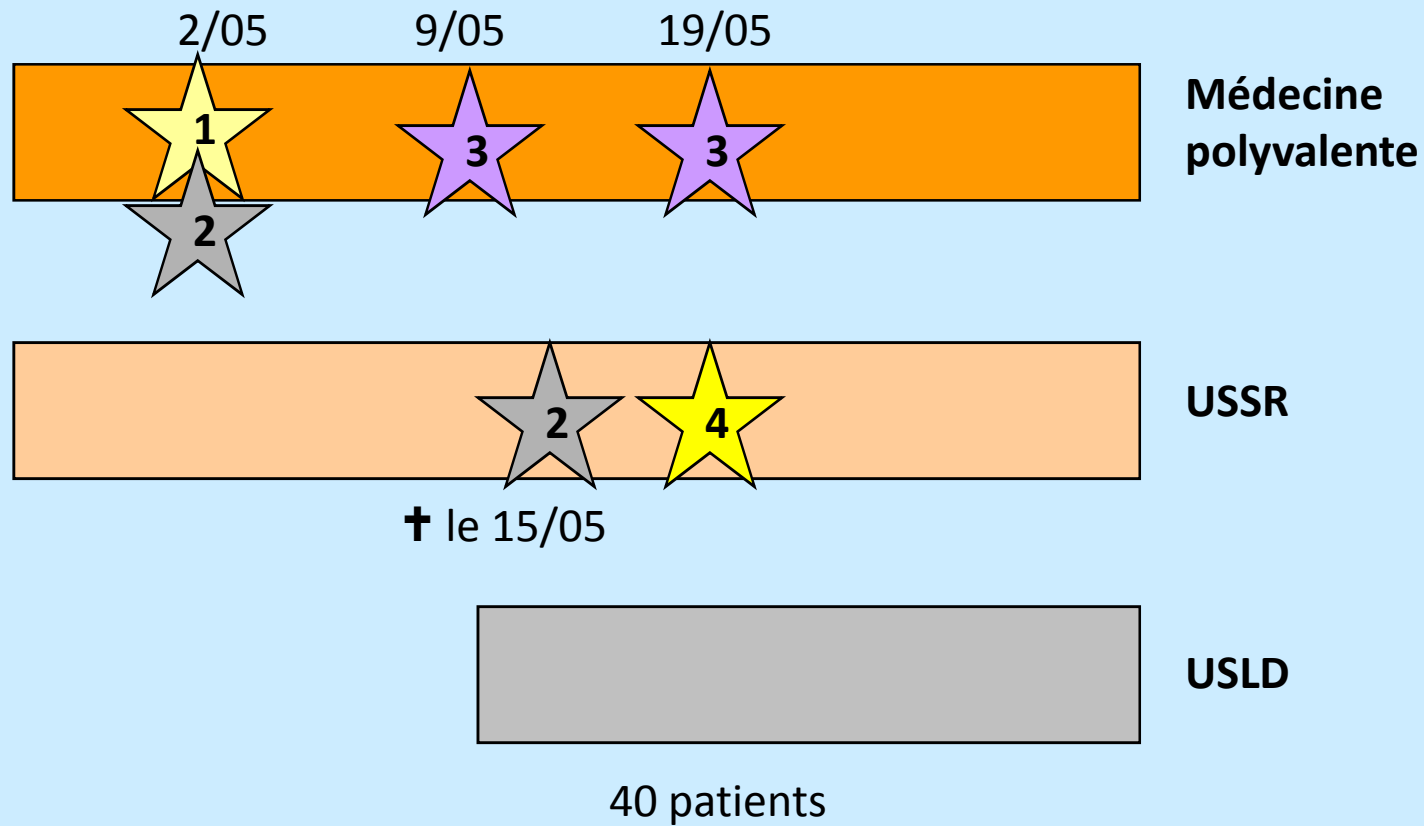
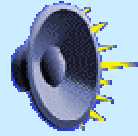
Résultats du premier contrôle de portage



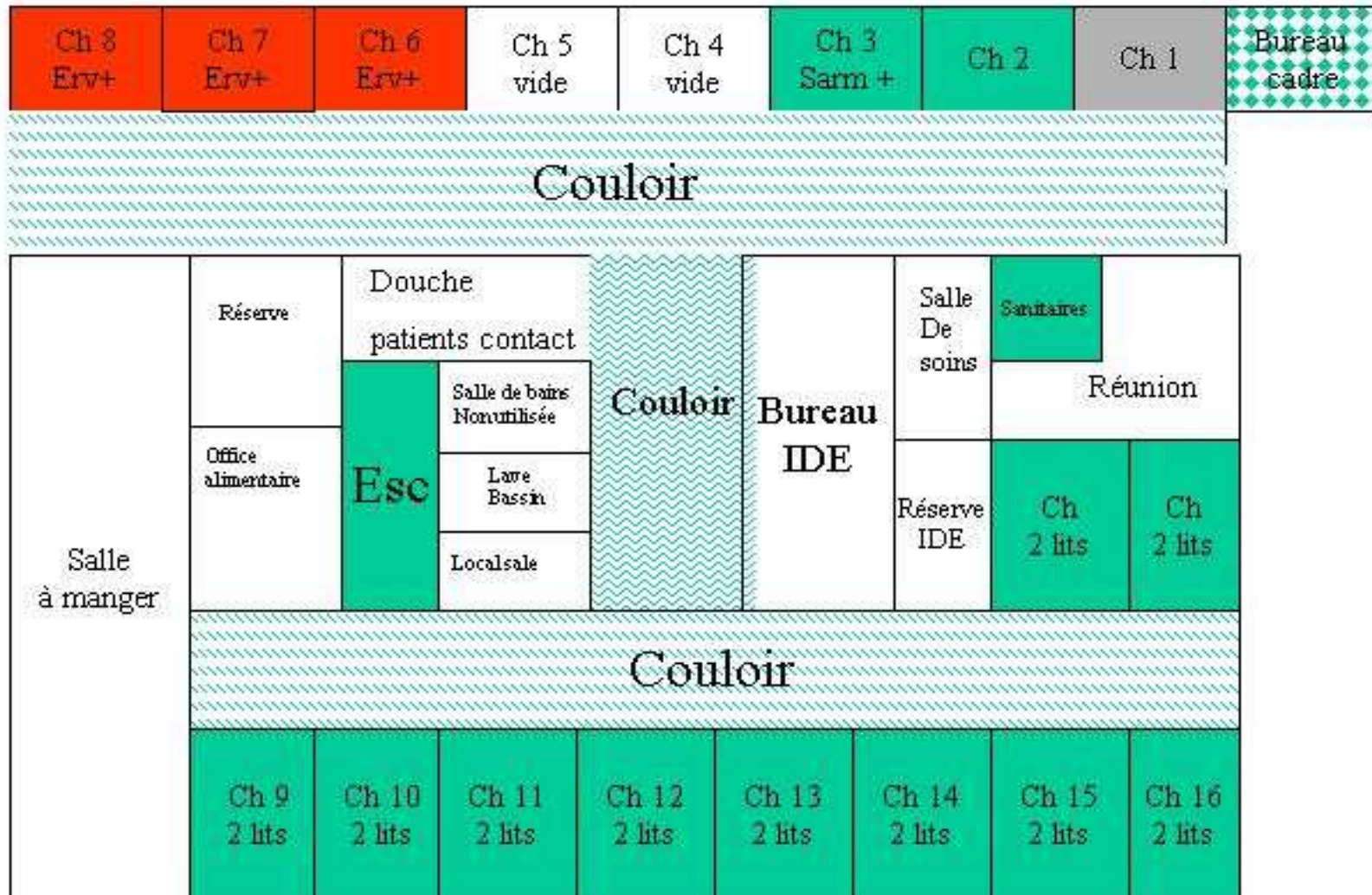
3 Vient d'USLD, est arrivé en MP le 02/05 !

L'USLD devient un secteur à contrôler !

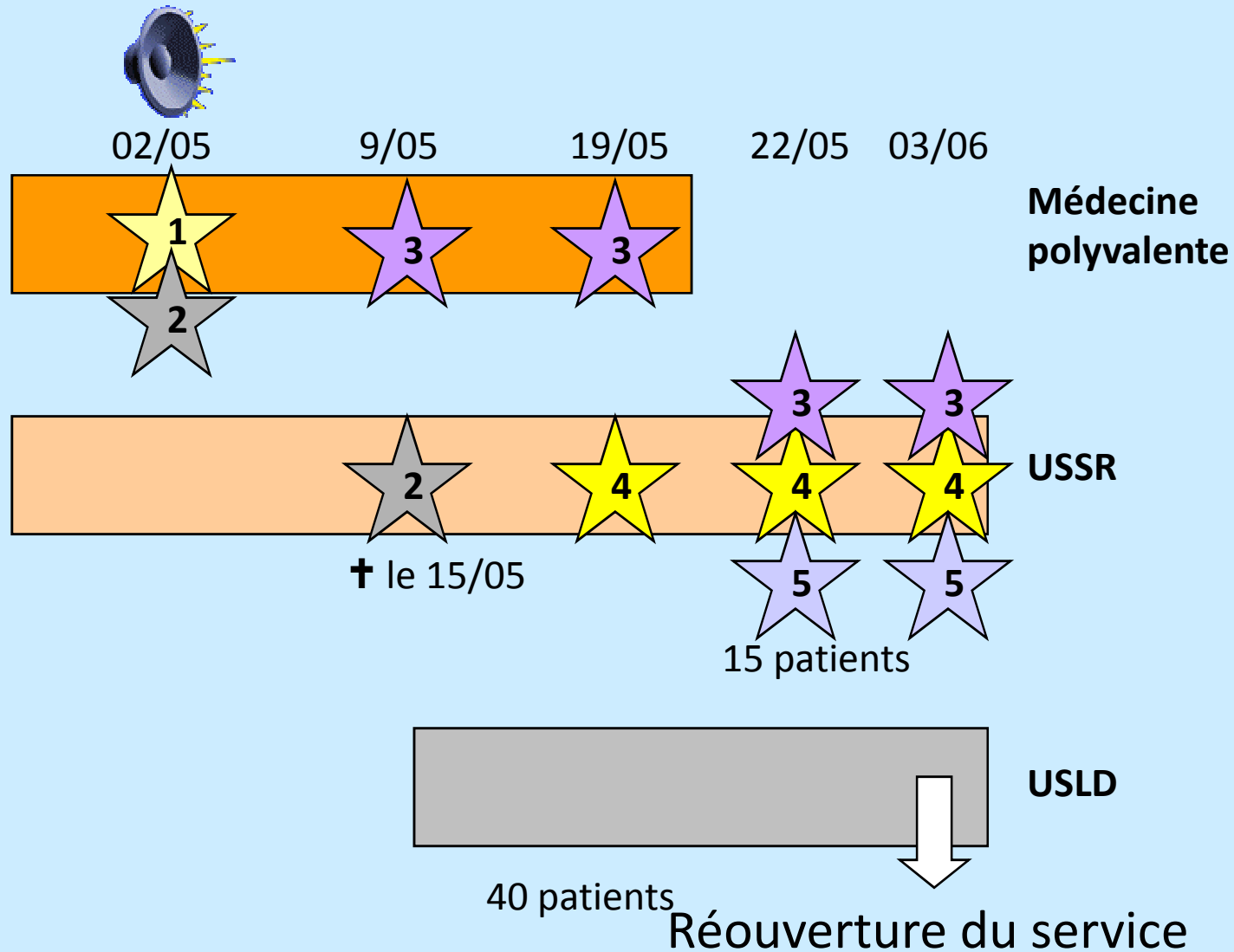
Contrôle continue (1)...



Création du secteur de cohorting (cas et contacts)



Contrôle continue (2)...

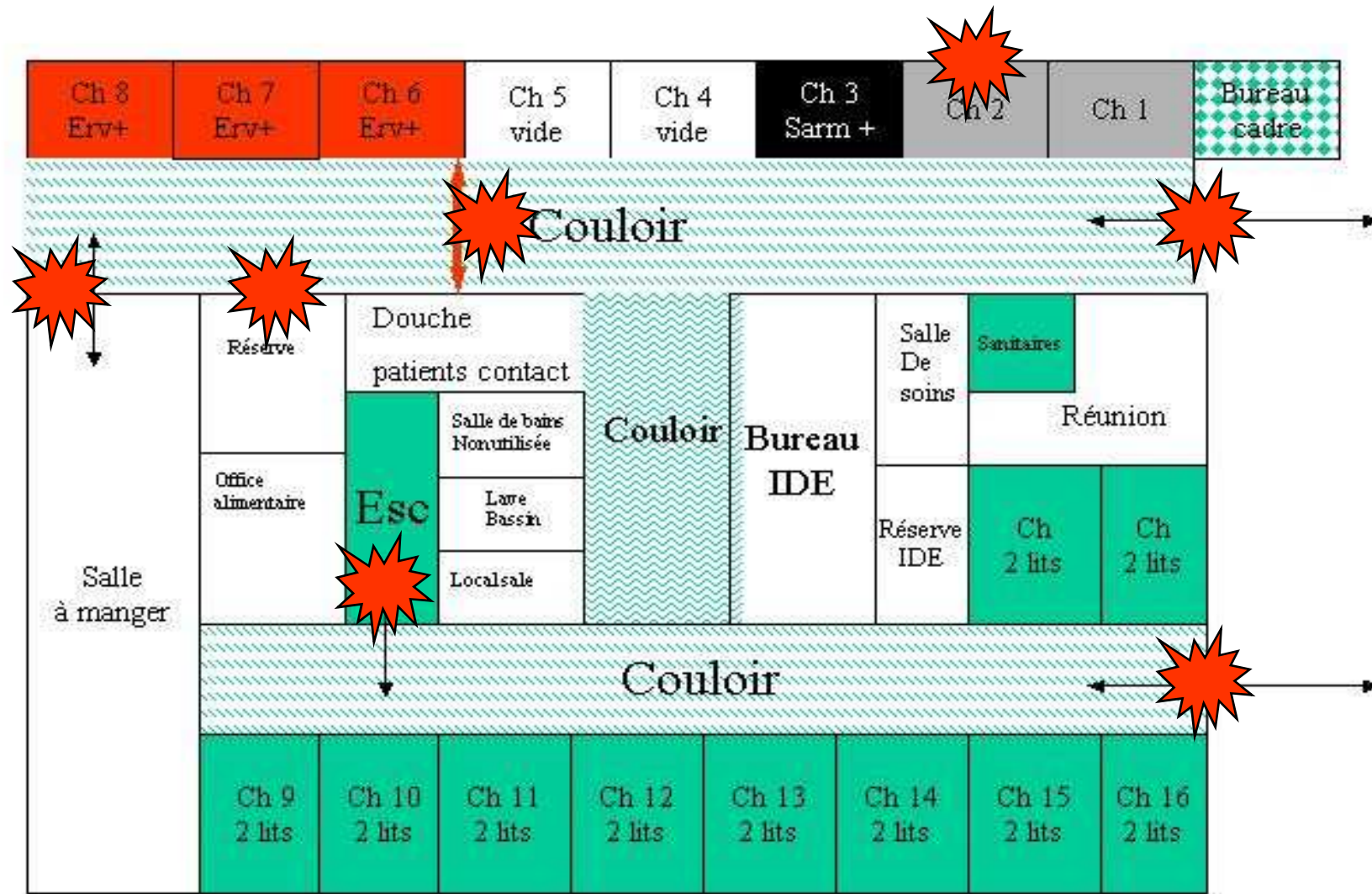


Gestion de l'épisode

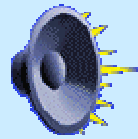
3/06 - Visite antenne régionale PC

- Visite du service :
 - entretien avec les professionnels du service
 - vérification de l'organisation des soins et des locaux
 - observation des pratiques
- Réunion de concertation avec président du CLIN, EOHH, DS
- Rédaction de rapport avec proposition de mesures correctives
 - envoyé à CH de L, DDASS, ARH, CCLIN SO
- Réunion de synthèse à la DDASS le 9/06
- Courrier du CH de L. à ARH le 12/06

Secteur de cohorting (cas et contacts)



Contrôle continue (3)...



02/05

9/05

19/05

22/05

03/06

12/06

19/06



† le 15/05

15 patients

8 patients



Sorti en
MDR

Vers la sortie de l'épisode

Le bout du tunnel...

Le 24 juillet : création d'un « vrai secteur de cohorting » :

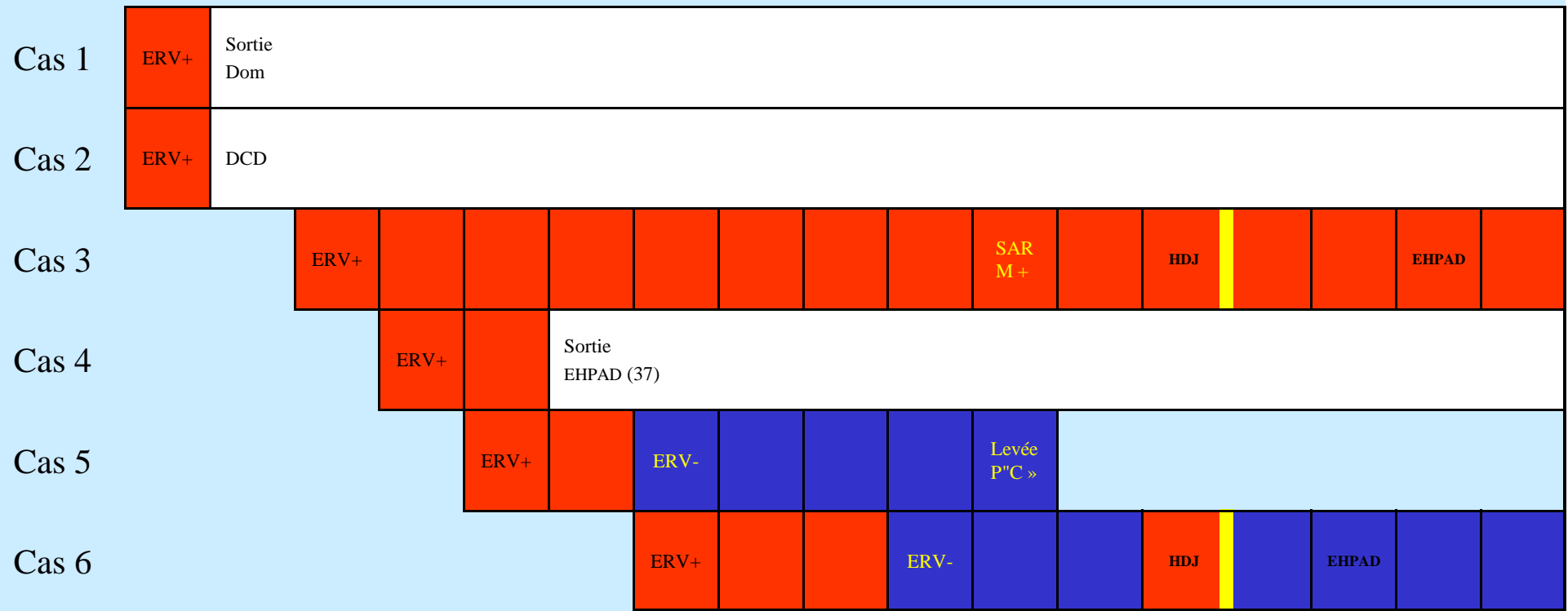
- le patient 3 et le patient 6 sont transférés en HDJ
- personnel dédié
- précautions contact ++

Ré-ouverture de l'USSR après grand ménage et résultats négatifs des contrôles de surface

Cas groupés d'ERV

Suivi des colonisations

30/04 2/05 9/05 19/05 22/05 3/06 12/06 19/06 26/06 3/07 10/07 17/07 24/07 31/07 04/08 07/08 25/08



■ Patient ERV+

■ Patient ERV-

Recommandations données à l'EHPAD

- Conserver des précautions contacts pour le patient très dépendant
- Sensibiliser le patient autonome à l'utilisation de la SHA dans son quotidien
- Continuer le dépistage 1 fois / mois
- Précautions maintenues jusqu'à l'obtention de 3 prélèvements négatifs

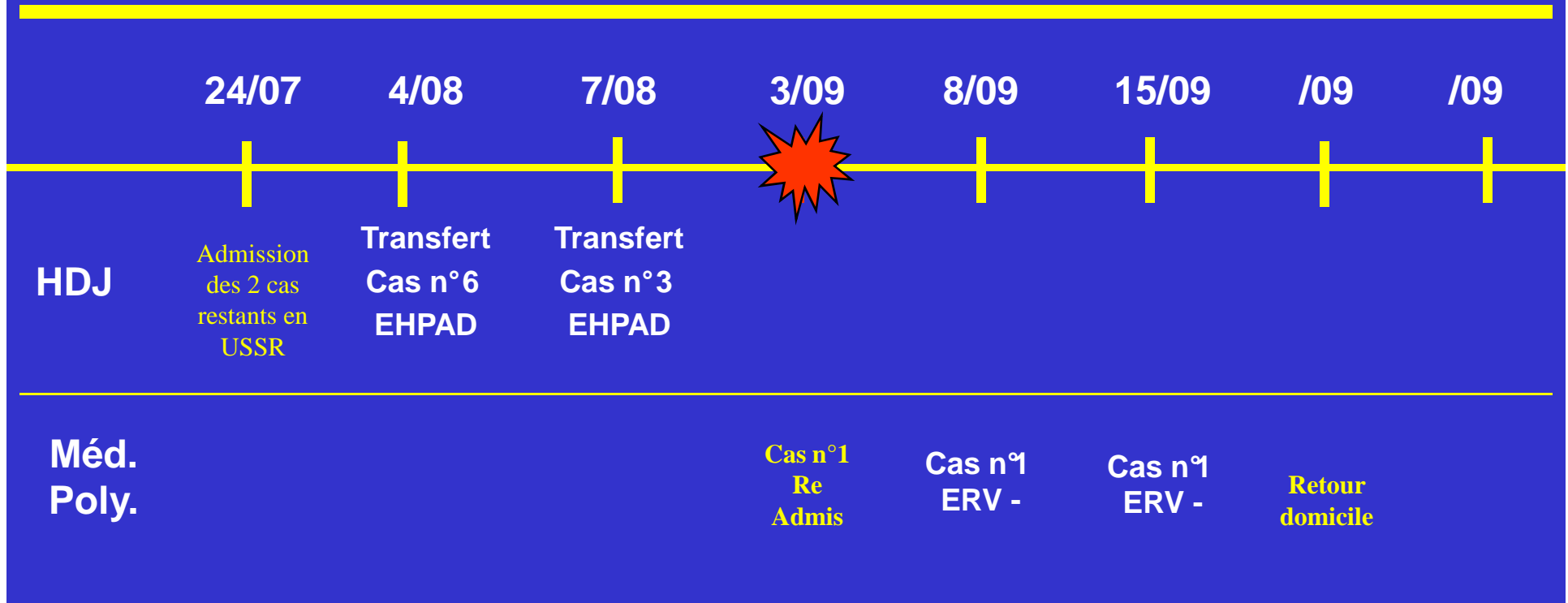
Gestion de l'épisode

Transfert et prise en charge des deux cas (2)

- En EHPAD :
 - Les patients seront considérés comme des contacts potentiels tant que le portage d'un des cas demeure
 - En cas d'admission en court séjour :
 - au sein du CH de L. : précautions contact systématiques dans l'attente du résultat d'un écouvillonnage rectal
 - si transféré ailleurs : l'info sera faite pour inciter à une mesure similaire

Cas groupés d'ERV

Chronologie des colonisations ERV après création secteur spécifique



Dossier clos le 13 octobre 2008

Peut-on considérer le cas n°1 comme décolonisé ?

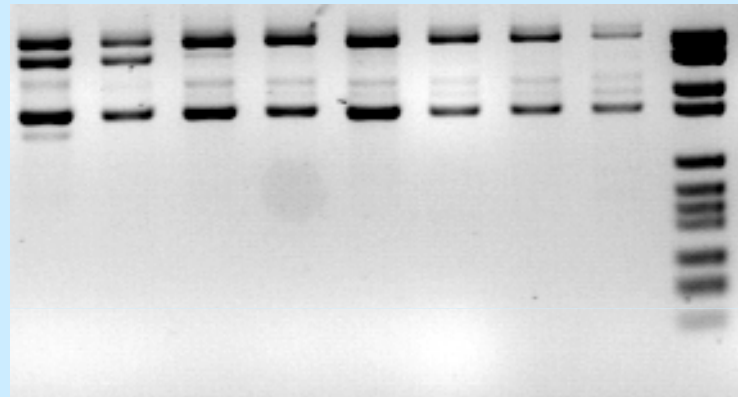
- Écouvillonnage négatif ne signifie pas que l'ERG n'existe plus dans le tube digestif
- Il peut être présent en quantité réduite non détectable par le test de dépistage
- Pour rayer des listes les patients ERG + => épreuve thérapeutique naturelle
 - antibiothérapie connue pour sélectionner les ERG pendant au moins 5 jours
 - traitement ATB nécessaire au patient
 - et non épreuve thérapeutique visant à évaluer le portage
 - Après traitement si le patient était encore porteur les ERG devraient se multiplier et devenir facilement détectables
 - Si un prélèvement réalisé entre j2 et j7 post fin des ATB est négatif le patient n'est plus considéré comme porteur

Coût de l'épisode

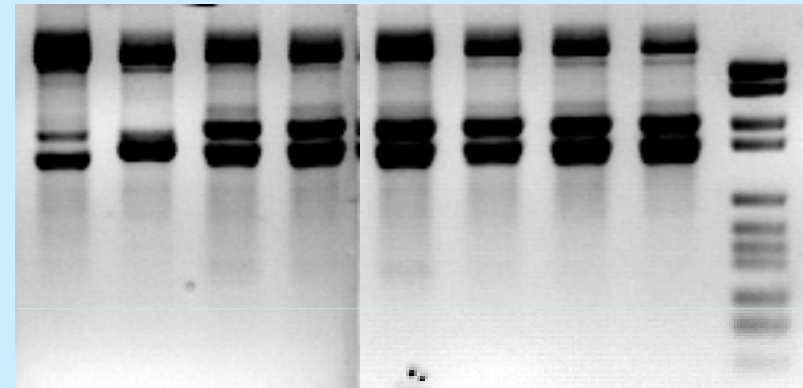
POSTE	Coût en €
Linge	2663
Bilans de colonisation	4563
Contrôles de surfaces	480
Matériel UU	1336
Personnel recruté du 8/07 au 31/08	18 620
Perte d'activité	0
TOTAL	27 663

Origine de l'épidémie ?

17 souches circulant en France



T- T- 1 2 3 4 5 6



T- T- 1 2 3 4 5 6

Confirmation par le CNR (CHU de CAEN)

Souche type

« Haguenu »

Mécanisme de résistance *vanA*

Interactions avec autres structures

Gestion de l'épisode

15/05 - CH de L.

- Information des différents établissements ayant reçu des patients contact avant que les cas soient identifiés
 - « *Voici la liste des Présidents de CLIN que j'ai contactés par courrier* » :
 - Dr VG, Clinique de P.
 - Dr CB, CH de P.
 - Dr HM, Clinique Jeanne d'Arc de C.
 - Dr OC, CHU de P.

Gestion de l'épisode

04/06 - InVS à CCLIN Ouest

- *Nous venons de recevoir le signalement de cas groupés d'ERV (faecium) au CH de L.*
- *Le CR fait état du transfert d'un patient contact le 15 mai à la Clinique Jeanne d'Arc de Ch.*
- *L'établissement a été prévenu de cette situation*
- *Dépistage de la patiente ? précautions mises en place ? devenir ?*

Gestion de l'épisode

11/06 - CCLIN Ouest à antenne régionale PC

- *J'ai eu un appel de l'InVS le 4 juin concernant ce patient ayant été transféré du CH. de L. à la Clinique Jeanne d'Arc de Ch.*
- *J'ai appelé la clinique ce 4 juin, Mme B. infirmière hygiéniste plus précisément. Elle n'avait pas l'information, mais s'est renseignée auprès des admissions et du service où a été hospitalisé ce patient*
- *L'information avait bien été donnée au service le 15 mai. Mais ce patient avait séjourné à la clinique du 11 avril au 15 avril uniquement ?*

Gestion de l'épisode IDE HH de Clinique de P.

- *DH (P3) entré le 08/04 il avait été opéré le 17/03 par un urologue. SVE posée au CH de L. hématurie + caillots, transféré à la Poly pour une prise en charge*
- *Sorti le 12/04, pas de problème infectieux durant son séjour*
- *Ce patient a été en contact avec 3 autres patients durant son séjour (il était dans une chambre à 2 lits)*
 - *Mr B: entré le 7 sorti le 8/04 : RAS*
 - *Mr D: entré le 9 sorti le 10/04 : RAS*
 - *Mr Des: entré le 10 sorti le 17/04 : RAS*

En prévision...

- Réunion associant des représentants de l'établissement, de l'ARH, la DDASS et le CCLIN pour discuter de l'organisation régionale

- L'INVS vient d'actualiser la page de son site internet dédiée aux ERG afin de montrer des exemples d'interventions maîtrisées d'épidémies à ERG, et préciser l'impact des mesures de contrôle mises en place sur l'épidémiologie des ERG (été 2008)
- Le CTINILS doit compléter les avis déjà émis sur ce sujet dès l'automne 2008

Maîtrise de la diffusion des ERV

Conclusion

- Un enjeu national
- Une vigilance dans tous les établissements de santé
- Nécessité d'une grande rigueur dans la prise en charge d'un cas ou d'une épidémie
- Épuisement des soignants
- Impact financier (T2A)