

Take Home messages

Infections associées aux soins

Expertise

- Le législateur a considéré que toute victime d'une IAS avait le droit à une indemnisation
- Passe par la Chambre Conciliation et Indemnisation

IAS

- Toute infection contractée du fait d'un soin:
 - IN: dans un établissement de soins
 - + celles non liées à un établissement
- Définitions non légales, seulement scientifiques
- Rôle de l'expert +++

Est définie en 2013, dans le cadre de ce guide, comme BHRe

1. bactérie commensale du tube digestif
2. résistante à de nombreux antibiotiques
3. avec des mécanismes de résistance aux antibiotiques transférables entre bactéries
4. émergente selon l'épidémiologie connue, c'est-à-dire n'ayant diffusé en France que sous un mode sporadique ou un mode épidémique limité

Ainsi, on considèrera comme BHRe :

- parmi les bacilles à Gram négatif : **Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)**,

- parmi les cocci à Gram positif : ***E. faecium* résistant aux glycopeptides (ERG)**

Gestion épidémie BHRe

- Procédures en constante évolution
- Dernières reco françaises 2013, ECDC 2017
- Importance d'un dialogue infectieux/hygiène
- Gestion de l'antibiothérapie par le référent
- Evolutif dans le temps !

Transmission des EBLSE

- Risque de transmission de *E. coli* 3x moins élevé que pour les autres EBLSE
- Port de gants:
 - Pas d'intérêt pour éviter les transmissions
 - Au contraire !
- Généralisation des mesures « d'isolement » plutôt délétère

Antiseptiques

- Povidone iodée aqueuse: aux oubliettes !
- Chlorhexidine alcoolique >>> povidone iodée alcoolique pour les KT
- Pour la chirurgie, résultats moins démonstratifs

Antiseptiques

- Chlorhexidine: effet long
- Alcool: tue très vite mais durée d'action très courte
- A utiliser: Chlorhexidine alcoolique 2%
- Le 4 temps: ça ne sert à rien !

Infections de KT

- Intérêt HC différentielles +++ pour diagnostiquer bactériémie liée au KT SAUF si S aureus ou candida
- Ablation KT:
 - systématique si courte durée;
 - si longue durée : oui si complication ou selon germe: si S. aureus, candida; PYO?

Infection sur KT

- ATBT systémique probabiliste si gravité : cefepime vanco +/- amika
- Biofilm : tolérance aux ATBT; S. aureus, S. epidermidis; candida; pyo
- Verrous : après exclusion des CI; surveillance clinique et HC J5 (P) J10 (Pf et central) et à distance (PC) de l'arrêt du traitement

verrous

- Verrous 5 mg/ml; adapté à ATBG
- Stratégie anti biofilm : évaluation intérêt verrous DAPTO; alcool
- Recherche : « booster » anti bactérie persistante; fragilisation matrice EC (enzyme; quorum sensing); phages

Propositions pour des antibiothérapies plus courtes

Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BLC)

- **5 jours:** BLC à staphylocoque coagulase négative, après retrait du cathéter
 - **7 jours:** BLC à streptocoques, entérocoques et BGN, après retrait du cathéter
 - **10 jours** (+ verrou local antibiotique): BLC si cathéter laissé en place, SAUF *S. aureus*
 - **14 jours:** BLC à *S. aureus*, après retrait du cathéter
 - **21 jours:** thrombophlébite suppurée
- Si localisation 2^{naired} ou endocardite infectieuse, la durée peut être modifiée*