

GERICCO 2010

L'isolement en pratique

Valérie RABIER

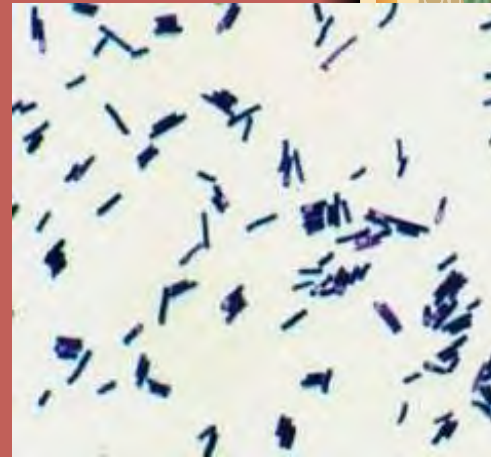
CCA-

Service de maladies infectieuses et
tropicales _ CHU Angers



Infection à *Clostridium difficile*

- Bacille gram positif anaérobie sporulé sécréteur de toxine (A et B)
- Première cause de diarrhées infectieuses nosocomiales de l'adulte



Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à Clostridium difficile dans les établissements de santé français, 20 juin 2008.

Infection à *Clostridium difficile*

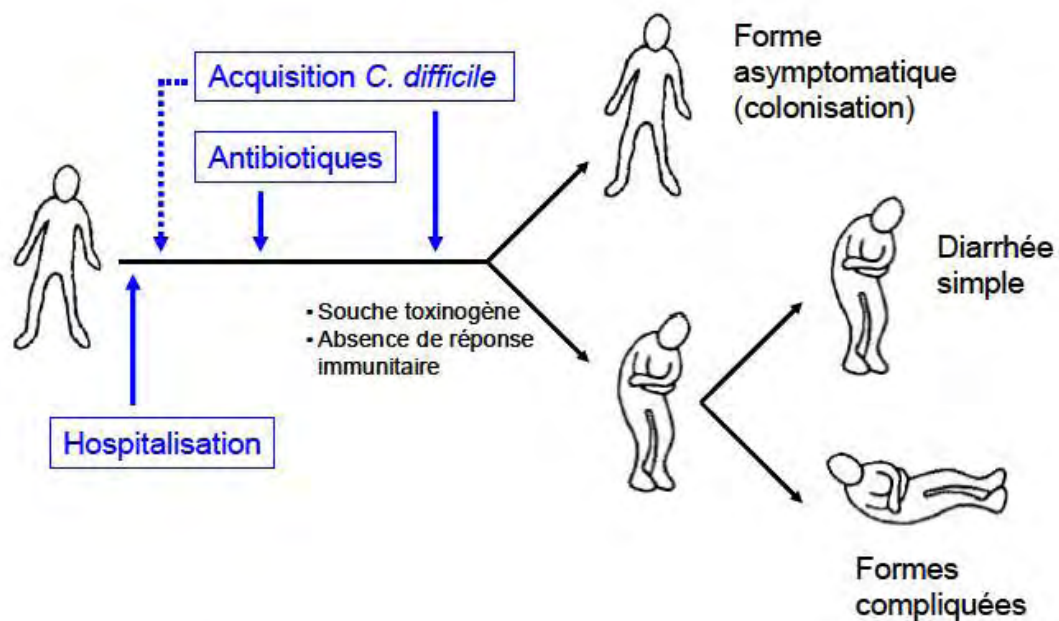


Figure 2 : Pathogénèse de l'infection à *C. difficile* et formes cliniques, adapté de (15)

Infection à *Clostridium difficile*

- **Forme clinique:**

- Diarrhée simple

- Colite pseudo-membraneuse

- Diarrhée abondante, douleur abdominale, fièvre

- Recto-sigmoidoscopie

- Complications: mégacolon septique, choc septique

- **Traitement:**

- Métrodinazole/ Vancomycine per os

- **Déclaration au CLIN**



Infection à *Clostridium difficile*

- Colonisation:

- portage de la souche après infection, risque de récurrence (20%)
- portage asymptomatique chez adulte sain, souche non sécrétrice de toxine
- portage chez le petit enfant de souches sécrétrices



Infection à *Clostridium difficile*

- Diagnostic:

- Recherche de toxine A et/ou B par techniques immuno-enzymatiques
- Culture sur milieu spéciaux
- Existence d'une souche 027 très virulente résistante macrolides + FQ, épidémies



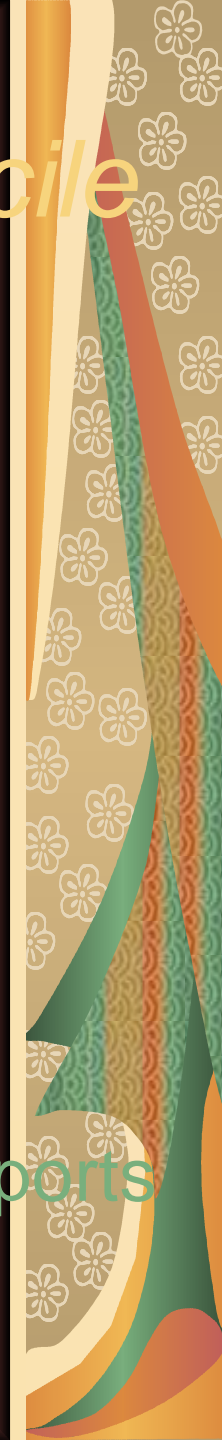
Infection à *Clostridium difficile*

- **Facteurs de risque**

- Age > 65 ans
- Antibiothérapie
- Agression de la flore digestive

- **Mode de transmission**

- Contamination oro-fécale
- Portage manuporté
- Environnement (survie++ sur supports inertes)



Infection à *Clostridium difficile*

- **Prévention:**

- Isolement en chambre individuelle
- Hygiène des mains (savon antiseptique)
- Port de gants
- Port de surblouse à manche longue
- Petit matériel de soin individualisé



Infection à *Clostridium difficile*

- **Entretien des locaux:**

- Une fois par jour
- Nettoyage, rinçage, désinfection (tous de contact 10 mn)
- Solution d'hypochlorite de sodium à 0.5% de chlore actif (1 l d'eau de Javel et 4 l d'eau soit total de 5 l)



Infection à *Clostridium difficile*

- **Mise en place:**

- Diarrhée avec présence de toxine A et/ou B positive
- Aspect histologique ou endoscopique

- **Levée des mesures:**

- Patient asymptomatique (USA)
ou
- 72 h après la fin des symptômes (Canada)



Aplasia fébrile

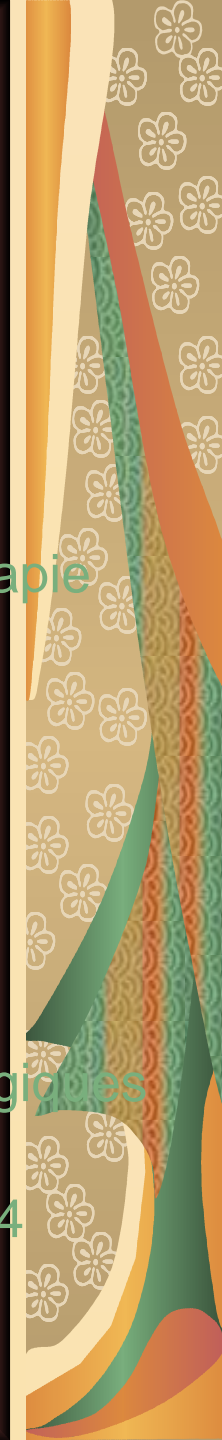
- **Définition :**
 - **Neutropénie : PNN < 1500/ mm³**
 - **Neutropénie exposant à un risque infectieux < 500 PNN/mm, ou attendue comme telle dans les 48h**
 - **fièvre (>38° 3 une fois ou > 38° x 2 à 3 h d'intervalle)**
- **Isolement protecteur:**
si hospitalisation



Aplasia fébrile

Prise en charge à domicile:

- ❑ Neutropénie < ou = à 7 jours
- ❑ Chimiothérapie de cancer solide ou chimiothérapie d'entretien d'une leucémie
- ❑ Pas de mucite
- ❑ Pas de co-morbidité
- ❑ Pas de signes de gravité
- ❑ Pas de foyer et pas de bactériémie
- ❑ Pas de troubles digestifs
- ❑ Bonne coordination, conditions socio-psychologiques favorables
- ❑ Trajet domicile-hopital < 2 H et disponibilité H24



Aplasia fébrile

- Fièvre non documentée: (pas de foyer, pas de germe) 60%
- Fièvre cliniquement documentée: (foyer clinique sans germe) 10%
- Fièvre microbiologiquement documentée: germe pathogène identifié avec ou sans foyer 30%



Aplasia fébrile

- **Durée du traitement**

- Traiter tout foyer profond ou toute bactériémie comme il se doit
- Arrêt des antibiotiques au bout de 2 jours de sortie d'aplasie
- Persistance de la fièvre malgré la sortie d'aplasie : rechercher une infection fongique ou une cause non infectieuse
- Pas de fièvre mais neutropénie au bout de 5 jours?



Aplasia fébrile

- **Secteur d'hospitalisation conventionnelle:**

- Précautions d'hygiène standards (SHA)
- Isolement géographique (intérêt d'un SAS et d'une signalisation adaptée)
- Port de masque
- Sur-blouse
- => Études contradictoires
- Pas d'intérêt sur-chaussure, charlotte



Aplasia fébrile

- **Secteur protégé:**

- Patients allo-greffés, autogreffés ou chimiothérapie intensive
- Infection 1ère cause de décès
- Prise en charge du risque aspergillaire (chambre à flux laminaire ou à pression positive)
- Intérêt de la charlotte pour ne pas encrasser les filtres
- Contrôle de l'alimentation (thé, épices, désinfection des emballages, aliments crus)



Aplasia fébrile

- Contrôle de la qualité de l'eau
 - Infection à légionnelle, *Pseudomonas aeruginosa*
- Risque aspergillaire:
 - Dépoussiérage humide quotidien des surfaces
 - Prélèvement régulier
 - Maintenance des filtres
- Éliminer les plantes en pot



Aplasia fébrile

- **Impact psychologique**
 - Explication ++
 - Terrain psy
- **Intérêt de l'accès au multimédia**



Tuberculose

- **Différentes formes:**

- Pulmonaire (primo-infection, pleurésie, pneumopathie excavée, milliaire)
- Osseuse, génito-urinaire
- Disséminée, méningée



Tuberculose

- Transmission = Tuberculose pulmonaire bacillifère (caverne ++)+
 - Toux
 - Éternuement
 - Parole
 - Expirations forcées provoquées (aérosols, kinésithérapie)



Tuberculose

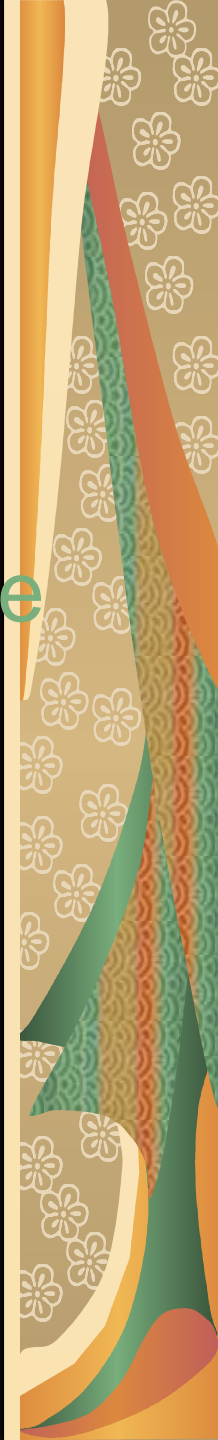
L'importance de la contamination est fonction de :

- nombre de BK rejetés dans l'air, qui dépend :
 - site anatomique de l'infection (larynx, poumon)
 - existence d'une caverne
 - présence de toux, ou de manoeuvres expiratoires forcées ou de procédures susceptibles d'augmenter la toux (expectoration induite, aérosols, fibroscopie bronchique)
 - capacité du sujet à couvrir sa bouche en toussant
 - durée des symptômes
 - durée d'une antibiothérapie efficace
- de la proximité des sujets
- de la fréquence des contacts



Tuberculose

Isolement théorique devant toute
suspicion de tuberculose



Tuberculose

Isolement respiratoire

- Ventilation de la chambre (pression négative)
- Port de masque

+ pas de manœuvre induisant la toux,
limiter les visites et les sortie



Tuberculose

- Masque standard pour les sorties des patients
- Masque FFP1 au minimum voir FFP2 pour les visiteurs et les soignants



Tuberculose

- Multirésistance (MDR) =
 - 1% des tuberculoses
 - Résistance INH+RMP
- et
- Ultrarésistance (XDR) =
 - 2 % des MDR
 - Multirésistance
 - + R à Fluoroquinolones
 - + R à 1 aminoside autre que streptomycine (kana/amika/capréo)

