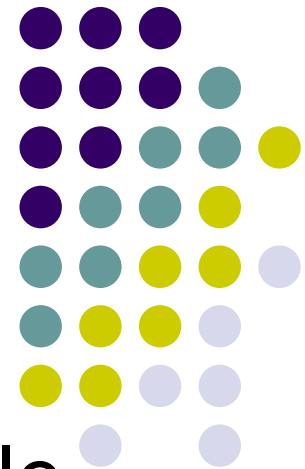


Infections nosocomiales



DESC Pathologie Infectieuse et Tropicale

Paris

janvier 2010

Cas Clinique n°1

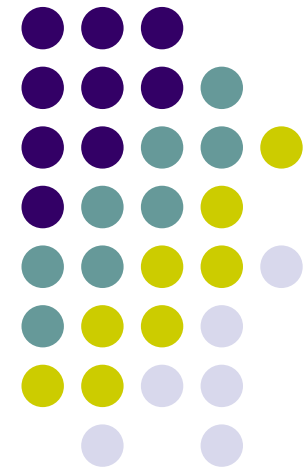


- Une femme de 78 ans, porteuse d'une LLC, non traitée est hospitalisée pour bilan. Au 14^{ème} jour d'hospitalisation, elle devient confuse, fébrile à 39°C, dyspnéique et diarrhéique. La radiographie thoracique montre une pneumopathie alvéolo-interstitielle bilatérale.
- Le diagnostic de légionellose nosocomiale est évoqué
- 1. donnez des arguments biologiques indirects pouvant étayer le diagnostic



- Cytolyse hépatique
- Insuffisance rénale
- Hyponatrémie
- Hypophosphorémie
- ↗CPK

2. comment confirmer le diagnostic ?





- Antigénurie légionelle
 - Sérotype 1
 - Se = 80% ; Spé = 99%
 - Positif 2 à 3 j après début des symptômes
 - Persistance pendant plusieurs semaines
- Culture des prélèvements respiratoires
 - expectoration
 - LBA +++
 - Milieux de culture appropriés ; résultat = 3 à 10 jours
- IFD sur prélèvements respiratoires
 - Peu Se et peu Spé
- Sérologie légionelle = diagnostic rétrospectif



- 3. quelle antibiothérapie proposez-vous ?



- Association parmi : fluoroquinolone – macrolide – rifampicine
- Plutôt bithérapie car immunodépression
- Pas de rifampicine seule
- Durée 14 à 21 jours



- 4. énumérez les mesures de santé publique que vous proposez.



- Arrêt des douches dans l'unité concernée ou
mise en place de filtre anti-légionelles
- Prélèvements de l'ECS à la recherche de légionelles
 - Si + action corrective puis contrôle
 - Si – reprise des douches
- **Signalement EOHH-CLIN = IAE**
- Déclaration à la DDASS (MDO) / temps réel
- Information
 - de la patiente
 - des autres patients exposés au même risque infectieux

Signalement



- Décret du 26-07-2001
- Circulaire du 22-01-2004

- Signalement non nominatif par les ES

- Signalement interne
 - Recueil des données par le CLIN /EOHH

- Signalement externe DDASS et C.CLIN



Doivent faire l'objet d'un signalement

- Caractère rare ou particulier de l'IN
- / données locales, régionales, nationales
- Germes rares, ou phénotype de R inhabituel
- IN dont la localisation peut mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel
- IN liée à l'utilisation d'un DM contaminé
- Épidémie
- IN cause d'un ou plusieurs décès
- IN liée à un germe environnemental
- IN ayant un intérêt au niveau national

Signalement des IN



- Intérêt du signalement
 - Suivi par InVS des événements rares et inhabituels
 - Permettre l'évaluation des mesures correctives
 - Incitation au développement dans les établissements de compétences en hygiène

Informations des patients



Référence réglementaire

- Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Circulaire DHOS/E2-DGS/SD5C n° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé

Informations des patients



Comment ?

- Livret d'accueil
- Soignant en l'associant aux mesures spécifiques (isolement BMR...)

Quand ?

- Suite à une exposition
- Lors d'une prise en charge hospitalière

Démarche

- Stratégie définie avec le CLIN + aide des C-CLIN
- Nature des informations, modalités de leurs transmissions mentionnées dans le dossier médical

Cas Clinique n°2



- Un homme de 77 ans est opéré d'une prothèse de hanche droite pour coxarthrose. Il est traité pour une HTA ancienne. A J15 de l'intervention, il se plaint d'une douleur d'horaire inflammatoire en regard de la prothèse. A l'examen local, la peau est rouge, chaude, la mobilisation de la hanche droite est douloureuse. La température est à 37°8C.
- 1. quel diagnostic évoquez-vous ?



- ISO précoce sur matériel étranger =
prothèse de hanche droite
 - Signes cliniques + matériel
 - Délai post-op < 1 an = IN
 - Délai post-op < 1 mois = IN précoce



3 phases différentes (Coventry):

Type I:	aiguë et précoce période post opératoire immédiate (< 1 mois)
Type II:	chronique plus tardive prothèse douloureuse.
Type III:	aiguë tardive voie hématogène prothèse le plus souvent asymptomatique

d'après Louis Bernard



- 2. quel est le microorganisme le plus probable ?



- Staphylocoque doré
 - Étiologie la plus fréquente dans ce contexte

- méthicilline résistant probable
 - Bactérie « hospitalière »



- 3. quel geste proposez-vous ? Si le même évènement était survenu à M6, quel geste auriez-vous proposé ?

- Lavage du site opératoire après prélèvement microbiologique (au moins 5)
 - PTH laissée en place – ABthérapie probabiliste puis guidée par les prélèvements

- Si à M6

- Prélèvement du SO (au moins 5)
- Dépose de la prothèse
- Espaceur - ABthérapie probabiliste puis guidée par les prélèvements
- Reprise dans un 2ème temps





- 4. Une prescription associant ofloxacine et rifampicine per os est réalisée. Qu'en pensez-vous ?



- Non adaptée car risque de SARM
- Ofloxacine + rifampicine = AB pour infections ostéo-articulaires à SASM
- Donc risque d'échec



- 4. Votre Choix se porte sur une biantibiothérapie probabiliste différente, immédiatement après ce geste ; elle doit être composée d'un antibiotique majeur contre le germe suspecté. Quel est-il ? Que prend-il en compte vis-à-vis du germe suspecté ?



- Glycopeptide de type vancocine
- SARM



- 5. Comment est-il habituellement administré ?
Comment surveiller l'efficacité et la toxicité de cet antibiotique ?



- Perfusion IV continue = temps dépendant
- Surveillance efficacité
 - Taux sérique = 20 à 40 mg/l
- Surveillance toxicité
 - Toxicité cutanée = clinique
 - Toxicité rénale
 - Taux sérique > 60 mg/l
 - Créatininémie et calcul de la clairance



Cas clinique n°3

- Un homme de 76 ans est hospitalisé pour douleurs cervicales aiguës, d'horaire inflammatoire, dans un contexte de fièvre à 38°5C. L'interrogatoire vous apprend qu'il a eu une résection transurétrale de prostate, il y a une semaine.



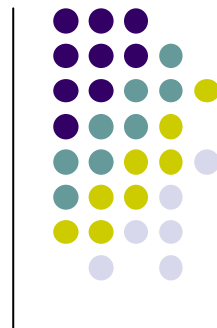
- 1. existe-t-il une causalité entre les deux évènements ? Si oui quelle en est la physiopathologie ? Quel diagnostic évoquez-vous ?



- Oui
 - Chronologie des 2 événements
 - Translocation bactérienne à partir des urines, favorisée par le geste chirurgical
- Voie hématogène par plexus veineux paravertébraux
- Autres voies possibles mais pas le cas ici
 - Contiguïté
 - Directe
- Spondylodiscite cervicale infectieuse nosocomiale



- 2. quelle « précaution microbiologique » pré-opératoire doit-elle être prise dans ce type d'intervention ?



- ECBU



- 3. quel(s) examen(s) à visée microbiologique proposez-vous ?



- ECBU
- Hémocultures
- Si diagnostic confirmé = ponction du disque vertébral sous TDM pour identification bactérienne + hémoc (entre 30 min et 4 heures après le geste)



- 3. Quel type de microorganisme est le plus probable ?



- Bacille à Gram négatif



- 4. en dehors d'une antibiothérapie, quelle prise en charge proposez-vous ?



- Immobilisation avec corset
- Antalgiques non antipyrétiques
- Discussion anticoagulation préventive