

A. Belkacem^{1,2}, C. Gillard¹, V. Talon³, V. Chigot⁴, L. Perniceni¹, J-C. Nguyen⁵, F. Savinelli⁶, J. Tredaniel⁷, C. Couzigou¹

¹Equipe opérationnelle d'hygiène, Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph (GHPSJ), Paris; ²Service de maladies infectieuses et Tropicales, CHI, Villeneuve Saint Georges; ³Pharmacie, GHPSJ; ⁴Service d'imagerie, GHPSJ; ⁵Unité de microbiologie, GHPSJ; ⁶Service d'oncologie, GHPSJ; ⁷Pneumooncologie, GHPSJ

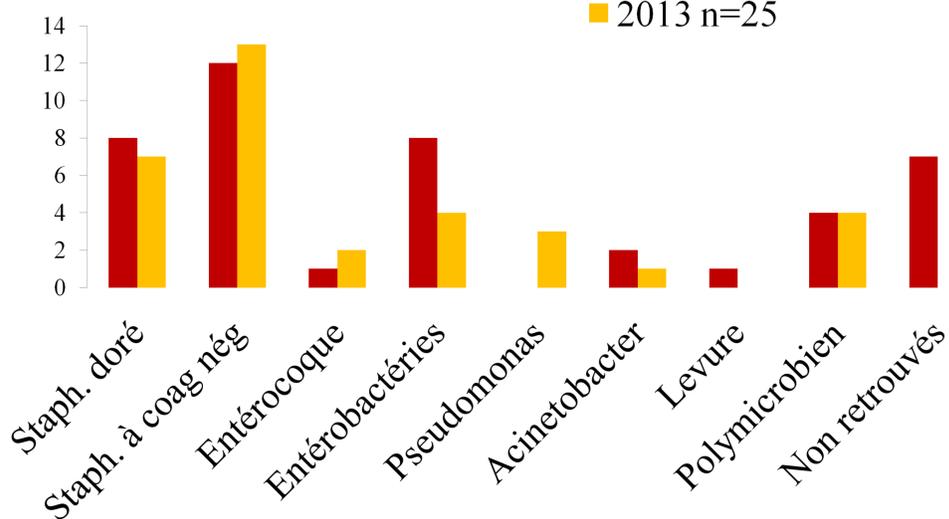
Introduction: L'incidence des infections sur DV (IDV) varie entre 0,11 et 0,37 pour 1000 cathéter-jour chez les patients en oncologie sous chimiothérapie. Plusieurs interventions ont été mises en place par l'EOH à partir de 2012 suite à une incidence élevée des IDV (incluant les PICC et les chambres implantables) observée en 2011 au sein de notre hôpital. L'objectif est d'évaluer l'impact des mesures introduites sur IDV.

Méthodes: Tous les patients ayant eu une pose d'un DV entre le 01/01 et le 31/12, respectivement en 2011 et 2013 ont été inclus et suivis jusqu'au 31/12 de l'année d'inclusion (date de point). L'indication du DV était une chimiothérapie pour tous les patients. Une IDV était définie par une hémoculture sur DV positive ou la présence locale de pus. Une IDV était dite précoce si elle survenait dans les 10 jours de la pose pour les germes à croissance rapide et dans les 2 mois de la pose pour les germes à croissance lente. Au-delà, une IDV était considérée comme tardive. L'incidence des IDV en 2013 a été comparée à celle en 2011 après mise en place des interventions de l'EOH.

Résultats: L'incidence des IDV a diminué de 0,84 à 0,29 pour 1000 PAC- jours entre 2011 et 2013 et la prévalence de 9,1% à 5% (p=0,017). L'âge moyen des patients infectés était de 64,5 ans. Les infections étaient tardives dans 64% des cas. Le « case-mix » des patients était comparable entre 2011 et 2013. Les infections à staphylocoque à coagulase négative étaient majoritaires (52%).

Microbiologie des IDV

■ 2011 n=35
■ 2013 n=25



Conclusion: Les IDV ont significativement diminué après la mise en place de plusieurs interventions au GHPSJ et l'incidence est comparable aux autres centres. Les IDV sont principalement liées aux manipulations plus qu'à la pose. L'amélioration des pratiques pluri-professionnelles a permis de mieux maîtriser le risque infectieux.

Anna Belkacem CHI Villeneuve Saint Georges
Maladies Infectieuses et Tropicales
40 Allée de la Source, 94195 Villeneuve Saint Georges
anna.belkacem@chiv.fr

Interventions:

- Actualisation des procédures de pose et de soins
- Formation du personnel soignant et poseurs
- Introduction de la chlorexidine alcoolique 2%
- Audit et diminution du nombre de poseurs
- Check-list HAS préconisée au moment de la pose
- Surveillance des infections de dispositif vasculaire

	2011	2013
Nombre de DV posés (Nb PAC/ Nb PICC)	381 (379/2)	491 (470/21)
Age moyen (ans) *	66	65,6
Nombre de poseurs de DV	20	7
Nombre d'IDV (Nb bactériémie)	35 (25)	25 (15)

Caractéristiques des patients infectés

Durée totale de suivi (DV-j)	41537	84958
Incidence des infections /1000 DV-j	0,84	0,29
Prévalence des IDV: % (n/N)		
Nb inf/nb DV totaux **	9,1% (35/381)	5% (25/491)
Nb inf/nb PAC	9,2% (35/379)	5,1% (24/470)
Nb inf/nb PICC	0% (0/2)	4,7% (1/21)
Sexe ratio H/F	1,3 (20/15)	0,56 (9/16)
Age médian (ans)	66 (48-84)	61 (43-86)
Services : n (%)		
Oncologie	10 (28%)	17 (68%)
Pneumologie	16 (46%)	7 (28%)
Urologie	0	1 (4%)
ORL	5 (14%)	0
Chirurgie digestive	4 (11%)	0
Délai médian de survenue de l'IDV	64 j (3-339)	52 j (3-262)
Nombre d'infections précoces: liées à la pose ou aux manipulations : n(%)	12 (40%)	9 (36%)
Nombre d'infections tardives: liées aux manipulations : n(%)	23 (60%)	16 (64%)

* p=0,68, test Student; ** p= 0,017, test Chi²

Références:

- ¹Lebeaux D, Lancet Infect Dis, 2014;14:146-59
- ²Prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables pour accès veineux. Hygiène, 2012;
- ³Darouiche RO et al, N Engl J Med. 2010;362:18-26;
- ⁴HAS, Check-list HAS, 2011