

BHRe = suivi des patients contacts

V. GRANJON - Dr I. MARTIN

Unité d'hygiène inter-hospitalière

Formation des Correspondants en Hygiène

13 Avril 2017

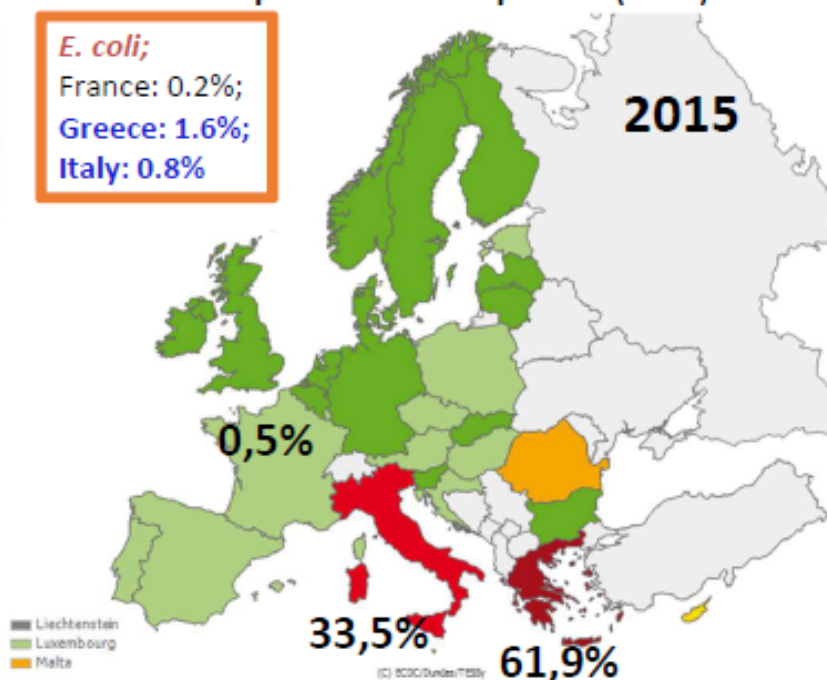
BHRe

Emergence de nouvelles souches de **Bactéries Hautement Résistantes** aux ATB dans le monde → Bactéries commensales du tube digestif, résistantes à de nombreux antibiotiques, avec des mécanismes de résistance transférables entre bactéries, et dont la diffusion en France reste sur un mode sporadique ou épidémique limité → Enjeu majeur de santé publique avec recommandations d'experts par le Haut Conseil de Santé Publique en Juillet 2013 :

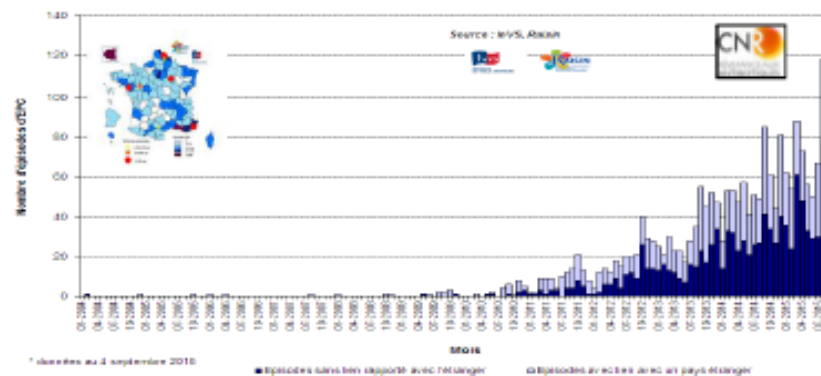
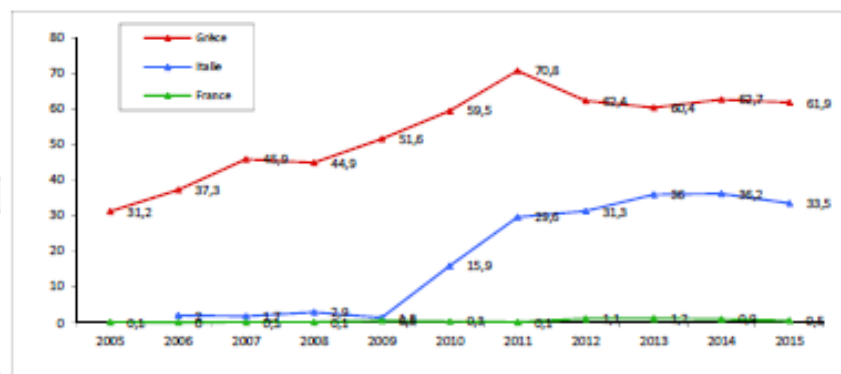
- **ERG** : ***Enterococcus faecium*** résistant aux glycopeptides (vancomycine - teicoplanine)
- **EPC** : **Entérobactéries** (ex. *Escherichia coli*, *Klebsiella*...) résistantes aux carbapénèmes (imipenème) par **production d'une carbapénémase**

Bactériémies avec des entérobactéries résistantes aux carbapénèmes en Europe 2013 (ECDC)

E. coli;
France: 0.2%;
Greece: 1.6%;
Italy: 0.8%



Evolution de la résistance aux carbapénèmes chez *K. pneumoniae* isolée de bactériémies 2005-2012

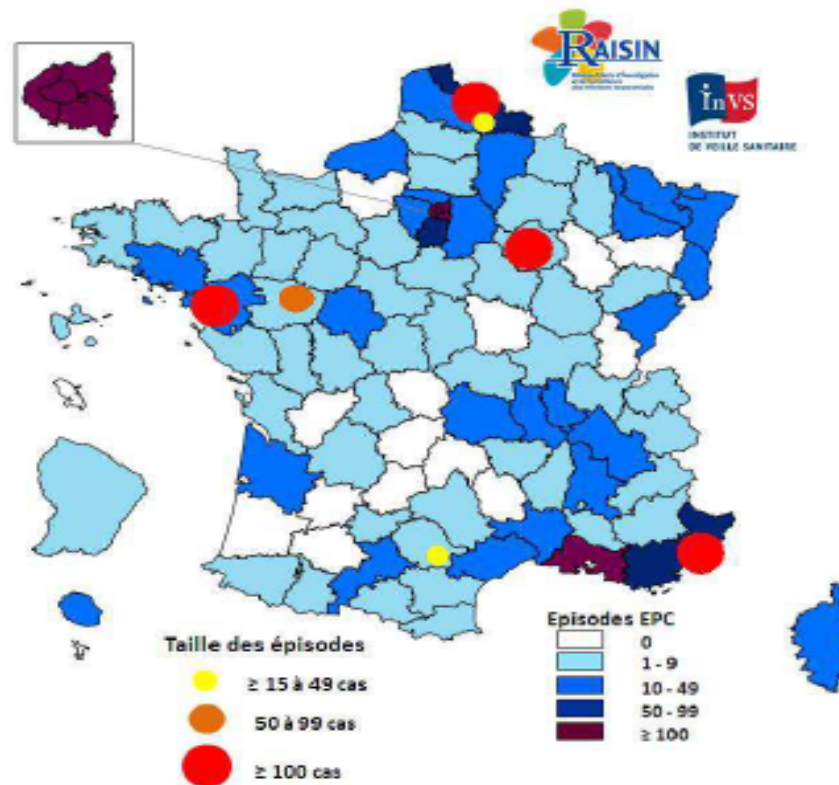


Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes ne restent sensibles qu'à la colistine, mais fréquentes résistances décrites en Italie et en Grèce

- ⇒ pan-résistance, impasse thérapeutique
- ⇒ taux de mortalité élevé (30-70%)

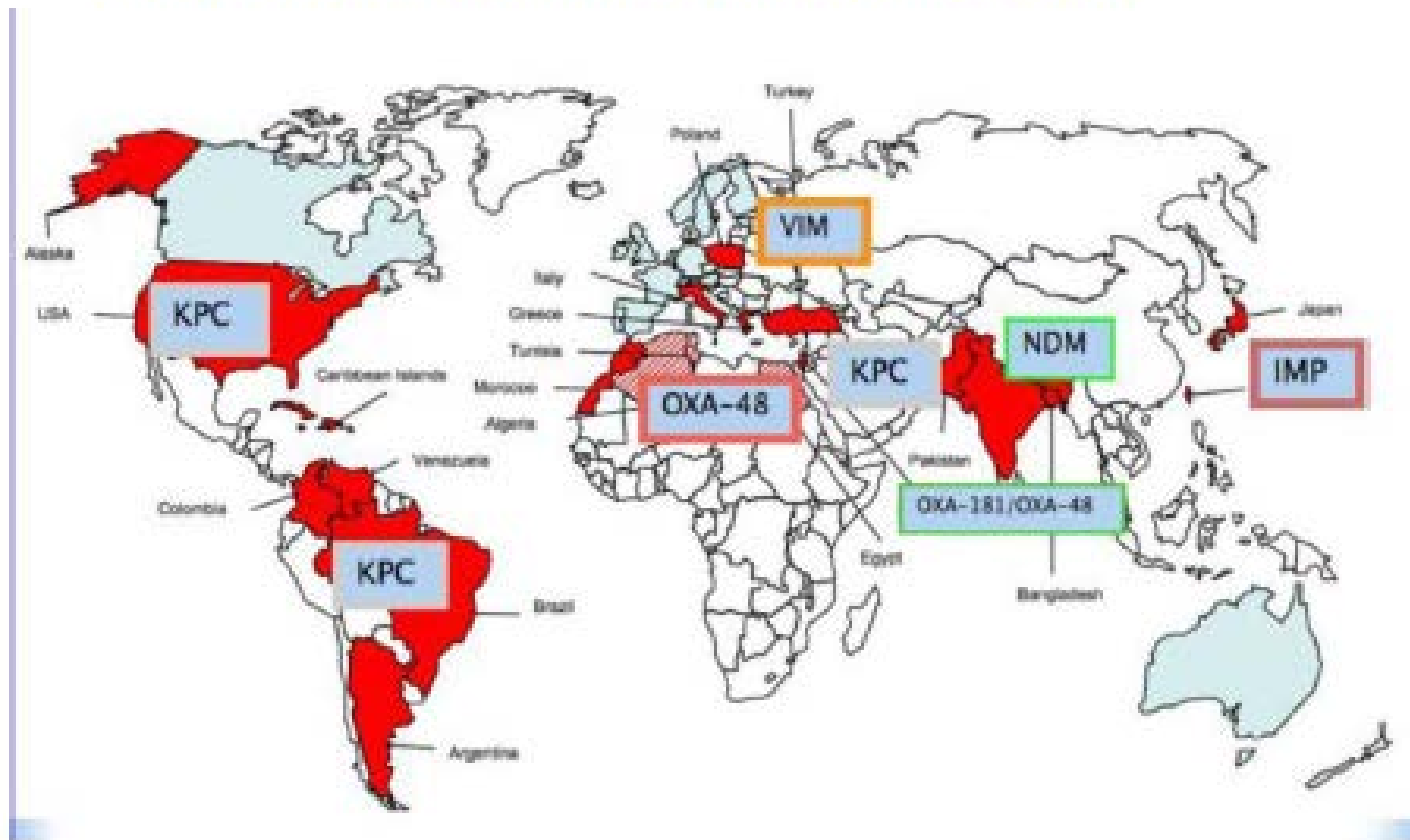
Répartition géographique

Figure 4. Nombre d'épisodes d'EPC, 2012-2015 par département. Taille des épisodes les plus importants (N=7). Bilan au 4 septembre 2015 (N=1 866 épisodes)



Dans le monde

Figure 1. Répartition mondiale des EPC
(source : Pr. P. Nordmann, CHU Fribourg, Suisse)



Quel patient ?

Il n'y a pas de liste des pays à haut risque d'importation des BHRe, il faut donc considérer comme à risque :

- **Tout patient ayant été hospitalisé à l'étranger au moins 24 heures dans les 12 mois précédents**, quelque soit le pays et quelque soit le secteur : chirurgie, médecine, dialyse, EHPAD... rapatriement sanitaire
- Tout patient dit « **contact** » d'un patient porteur de BHRe c'est-à-dire **pris en charge par la même équipe**
 - ➔ Remonter tout le parcours de soins du cas porteur

Quel risque de transmission ?

FAIBLE

Le patient porteur a été pris en charge en chambre seule et PCContact dès son admission

MOYEN

Le patient porteur a été identifié en cours d'hospitalisation
→ Le risque devenant faible si aucun cas secondaire n'a été identifié après 3 dépistages

ELEVE

Au moins 1 patient porteur (cas secondaire) est identifié parmi les patients contact (situation épidémique) → Le risque redevenant moyen si la situation épidémique est complètement maîtrisée

CAS N°1

Interroger le patient à l'entrée :
atcds d'hospitalisation à l'étranger ?

OUI = chambre seule + PCContakt +
Ecouvillonnage Rectal avec recherche
spécifique de BHRe

NON = PEC
habituelle

ER négatif

Lever les PCC
mais renouveler
le dépistage ER
chez le patient
en cas
d'antibiothérapie
au bout de 48h

ER positif

Alerter Unité Hygiène

PEC du patient par du personnel dédié
ou renfort en AS et IDE jour et nuit et
« marche en avant » = sectorisation

Dépistage des autres patients du
secteur = 1 ER par semaine* durant
l'hospitalisation du patient porteur (*en
SSR tous les 15 jours)

Après la sortie d'hospitalisation du
patient porteur, faire au mois 1 ER
post-exposition des patients du secteur

CAS N°2

Découverte fortuite BHRe durant le séjour
= alerter Unité d'Hygiène

Porteur en chambre
seule + d'emblée en
PCContact

NON

Chambre seule + PCContact

PEC du patient par du personnel dédié ou
renfort en AS et IDE jour et nuit et
« marche en avant » = sectorisation


Dépistage des autres patients de l'unité =
3 ER à J1 J4 J7 puis durant l'hospitalisation
du patient porteur

Après la sortie d'hospitalisation du patient
porteur, faire au moins 1 ER post-
exposition des patients du secteur

PEC
comme
cas N°1

CAS N°3

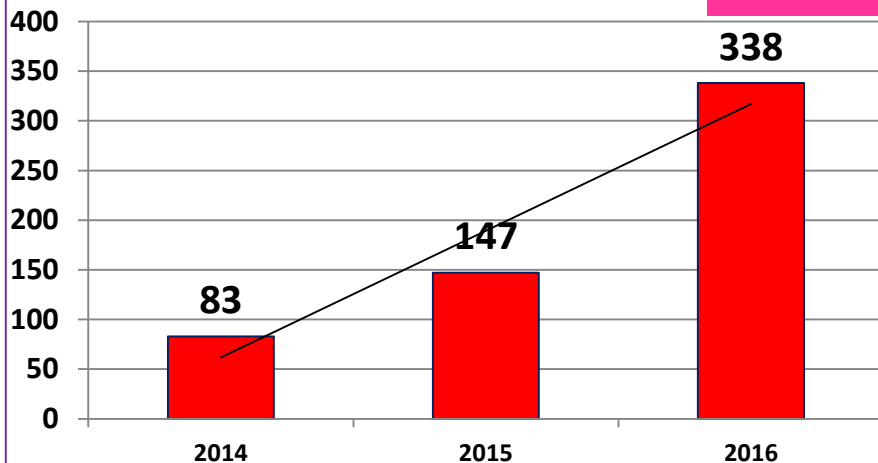
**Découverte de 1 ou plusieurs cas secondaires
= alerter Unité d'Hygiène**

- 
- **Cellule de crise et gestion de l'épidémie**
 - **Limitier entrées et sorties**
 - **Sectorisation**
 - **Secteur indemne = entrants**
 - **Secteur des patients contact**
 - **Secteur des cas porteurs**
 - **Alerter autres services / établissements**
 - **Patients contact à lister pour chaque cas porteur et à dépister**

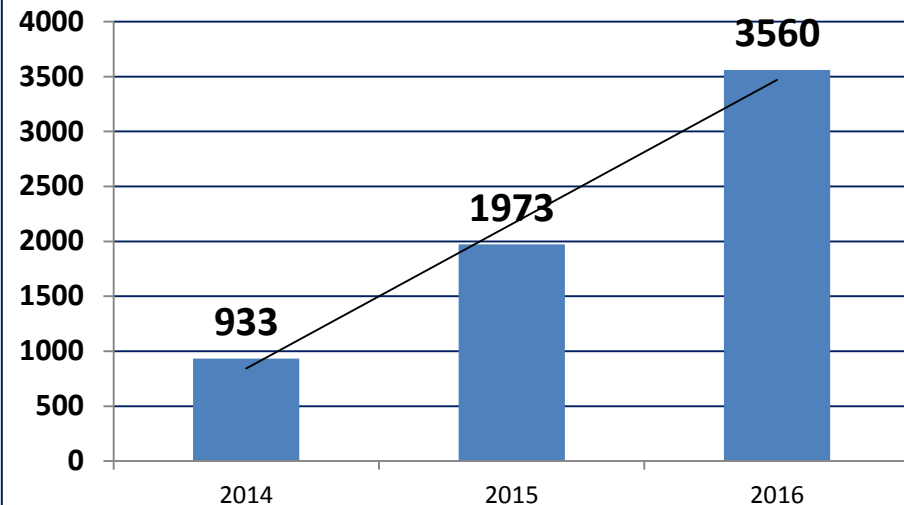
En pratique, au CHU ...

Retours patients porteur de BHRé

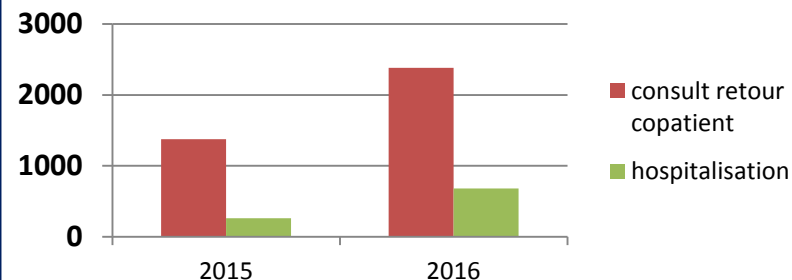
= Alertes mails labo bactério **+307 %**



Alertes mails du labo bactério pour des entrées de copatients BHRé **+280 %**



Retour copatients : répartition consult. / hospit.



PEC du patient porteur de BHRe

- Informer le patient et son entourage / plaquette d'info
- Chambre seule obligatoire et PCContact
- Limiter les transferts si possible
- Prévenir les autres acteurs dans la PEC du patient : radio, consult, kiné, stomato ... brancardiers, ambulanciers
- Si bloc : avertir équipe et MAR, programmation en dernier, entrée directe en salle d'opération sans passer par l'accueil, réveil en salle
- Prévenir les établissements receveurs : CH, SSR, EHPAD ...
- Marquage sur logiciel labo / dossier médical informatisé
→ alertes automatisées pour suivi
- Contrôler régulièrement son portage BHRe si réhospitalisation

PEC des patients contacts

- Informer le patient / plaquette d'info
- Chambre seule si possible et PCContact
- Limiter les transferts
- Prévenir les autres acteurs dans la PEC du patient : radio, consult, kiné, stomato ... brancardiers, ambulanciers
- Si bloc : avertir équipe et MAR
- Prévenir les établissements receveurs : CH, SSR, EHPAD ...
 - ➔ PEC comme un porteur de BMR
- Marquage sur logiciel labo / dossier médical informatisé
 - ➔ alertes automatisées pour suivi
- Dépistages :
 - min 3 ER dont au moins 1 post-expo si porteur par découverte fortuite
 - sinon 1 ER

Ex. N°1

Mr B est hospitalisé en Réa : ER hebdomadaire = le 3 avril positif à E coli OXA 48 → « Allo » EOH le 5 avril

- Au 5 avril, le patient est en chirurgie C = informer de cette découverte fortuite → chambre seule obligatoire + PCContact
 - Contact Direction pour équipe dédiée, sinon renfort / sectorisation stricte jour-nuit
 - Infos lors des relèves (+++) sur l'organisation pratique des soins
 - Retracer tout le parcours du patient depuis son entrée :
 - Gastrologie du 1er mars au 28 mars
 - Chirurgie C du 28 au 1^{er} avril
 - Réanimation du 1^{er} au 4 avril
 - Chirurgie C le 4 avril
- Pas d'autre séjour antérieur, pas d'atcd d'hospitalisation à l'étranger

Ex. N°1

Suite...

- Lister les patients contacts depuis le 1^{er} mars :
 - Gastrologie du 1^{er} au 28 = 200 contacts car DMS très courte
 - Chirurgie C = 30 sur le 1^{er} séjour puis 20 sur le 2nd
 - Réanimation = 4
- Dépister tous les contacts :
 - Ceux encore présents dans les 3 services : 5 en gastro + 4 réa = 3 ER au moins
 - En chirurgie = 3 ER pour ceux jusqu'au 5 avril ; 1 ER pour ceux après le 5 avril car patient mis en chambre seule et PCC
- Sortie de Mr B le 7 avril en SSR : prévenir le service + courrier
- Sorties des contacts = mutation en PCC et prévenir services
- Marquer les dossiers pour « récupérer » les contacts en cas de réhospitalisation ou de consultation (bcp de contacts déjà sortis)

Ex. N°2

Mr B est de retour en Gastrologie le 25 avril

- Patient connu porteur BHRe = chambre seule et PCC + « Allo » EOH
- Contact Direction pour sectorisation stricte avec marche en avant , soit 2 secteurs de 10 patients
- Infos lors des relèves (+++) sur l'organisation pratique des soins
- Suivre les patients contacts du secteur depuis le 25 avril durant tout le séjour de Mr B soit 2 semaines
- 1 ER hebdomadaire durant le séjour de Mr B
- 1 ER en post-exposition = autre service / mutation / retour
- Sortie de Mr B le 7 mai en HAD à domicile = à prévenir et rappeler les règles d'hygiène de base
- Lieux de sortie des contacts en PCC = à prévenir
- Marquer dossiers pour récupérer copatients si rehospital. /consult.

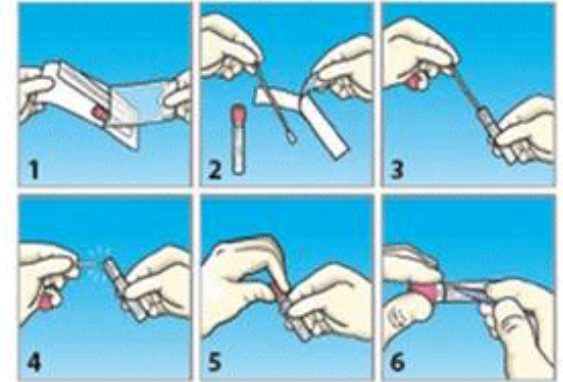
Comment faire un bon ER ?

- Ecouvillon humide
- ER réalisé par le soignant (gants UU) ou par le patient lui-même (hygiène des mains après)
- Introduire l'écouvillon dans le rectum comme un thermomètre et le ressortir coloré de selles
- 1 bon d'examen par patient avec la bonne recherche de BHRé
- Attention si stomie ...

1. Ecouvillon
COPAN ESWAB



2. Manipulation du tube et de l'écouvillon



C'est à vous !

- Mme Buitoni est hospitalisée en traumatologie le 1^{er} février pour changement de PTH
 - Que faites vous ? **? Hospitalisation à l'étranger → si oui = CH seule – PCContact – ER**
- Alors qu'elle est en chambre double, un ER fait le 5 février découvre un portage de BHRe. Elle avait été hospitalisée en Italie à Noël.
 - CH seule – PCC – alerter Unité Hygiène**
 - Que faites vous ?
- Nous avons listé 19 co-patients car hospitalisés en même temps que cette dame dans l'unité
 - 3 ER pour les 19 patients dont voisin
Sectorisation / renfort**
 - Que faites vous ?
- Des co-patients sortent à domicile, d'autres vont en SSR
 - Que faites-vous ? **Informé et expliquer aux patients
Avertir SSR pour suivis ER**
- Mme Buitoni peut rentrer à son domicile à J7
 - Quelles consignes lui donner vous ? **Hygiène de base à son domicile – signaler son portage BHRe si réhospitalisation**

Merci de votre attention