

SP6 - COMMUNICATIONS LIBRES 4

BMR A POTENTIEL EPIDEMIQUE

CL-18

**ACINETOBACTER BAUMANNII MULTI-RÉSISTANT
DANS UNE UNITÉ DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE SEPTIQUE :
ÉPIDÉMIE OU ENDÉMIE ?**

LAWRENCE C., DINH A., MARINIER A., ROTTMAN M.,
CARDONER A.M., SORDELET S., BRIAND B., JANNET-DURAND L.,
BARLAUD C., BAILLY J., BOUCHAND F., HERRMANN J.L.,
BERNARD L., LORTAT-JACOB A., SALOMON J.

CHU R. Poincaré, GARCHES, FRANCE

De nombreux cas de colonisation par *Acinetobacter baumannii* Multi-Résistant (ABMR), de profil Sensible à l'Imipénème et à la Colimycine avec des variantes I ou R à l'Imipénème et des souches un peu moins résistantes, sont observés au sein de l'unité Toulouse-Lautrec de chirurgie orthopédique septique du CHU R. Poincaré. En 2008, on note des bouffées épidémiques (2 cas en avril, 5 en août et 9 en octobre) avec un total de 16 cas acquis certains et cinq cas probables. D'autres cas semblent importés. La densité d'incidence est égale à 4/1000 jours d'hospitalisation. La quasi-totalité des cas sont hospitalisés pour chirurgie d'escarre. En remontant à 2003 sur l'ensemble de l'établissement (7 services, 380 lits), 286 cas de patients porteurs ou infectés par ABMR sont identifiés. L'unité Toulouse-Lautrec, la plus touchée (total : 102 cas), a été victime d'une première épidémie en 2003 (27 cas) qui s'est poursuivie en 2004 (10 cas). La présence d'ABMR a évolué ensuite dans le service de façon endémo-sporadique entre 2004 et 2008 avec pour certains patients des portages digestifs et cutanés au long cours (> 1 an). Les patients hospitalisés dans l'unité Toulouse Lautrec sont pour la plupart des infectés de longue date, ayant eu de nombreuses hospitalisations avec des traitements antibiotiques lourds. Lors de leur passage dans l'unité, en complément du geste chirurgical (prothèses infectées, infections osseuses, escarres chez des handicapés), ils reçoivent tous un traitement antibiotique adapté aux bactéries souvent multi-résistantes retrouvées en per-opératoire sur tissus profonds. La pression de sélection antibiotique est très forte (2253 DDJ/1000 JH en 2007). La charge en soins dans l'unité est très élevée : pansements chirurgicaux, évacuations de l'ampoule rectale, hétérosondages. Des patients lourdement handicapés sont souvent hospitalisés en chambres doubles. La contamination de l'environnement des chambres de patients a été objectivée par des contrôles positifs de surfaces et d'air. L'arrêt total des admissions, la sécurisation de circuit au bloc opératoire, la mise en place de précautions contact renforcées, le cohorting des patients porteurs dans un secteur et avec du personnel dédié, le bionettoyage complet du service couplé à une désinfection aérienne au peroxyde d'hydrogène a stoppé l'épidémie. La comparaison des souches par rep-PCR confirme la présence d'une souche épidémique au sein d'une population hétérogène.

CL-19

**SURVEILLANCE DES ESCHERICHIA COLI BLSE EN 2008
DANS L'INTER-RÉGION NORD (ILE DE FRANCE, NORD-PAS-DE-
CALAIS, PICARDIE ET HAUTE NORMANDIE)**

ARNAUD I.¹, CARBONNE A.¹, JARLIER V.²,
POUR LE RÉSEAU DE SURVEILLANCE DES BMR...¹

1. CCLIN PARIS-NORD, PARIS, FRANCE ; 2. G.H. PITIE SALPETRIERE, PARIS, FRANCE

Introduction : Depuis 1996 la surveillance des bactéries multirésistantes (BMR) à partir du réseau des laboratoires volontaires de l'inter-région Nord inclut les entérobactéries productrices de β -lactamases à spectre étendu (EBLSE). La proportion de l'espèce *E. coli* au sein des Entérobactéries BLSE a augmenté de 2002 (13,2%) à 2008 (59,0%). Nous nous proposons de décrire cette sous-population d'EBLSE à partir des données du réseau du CCLIN Paris Nord hors AP-HP.

Méthode : Les cas d'isolement de *E. coli* BLSE (1 cas = 1 *E. coli* BLSE isolée d'au moins 1 prélèvement à visée diagnostique chez un patient présent à l'hôpital entre avril et juin) inclus par le réseau en 2008 ont été caractérisés par : service d'hospitalisation du patient, type de prélèvement positif, mode d'acquisition des souches, résistance aux antibiotiques.

Résultats : 131 laboratoires ont participé à la surveillance BMR en 2008, dont 110 ont renseigné au moins une fiche EBLSE.

La distribution des cas d'*E. coli* BLSE (n=706) selon le type de services est la suivante : médecine (31,2%), chirurgie (18,1%), soins de suite (SSR : 8,1%), longue durée (SLD : 15,6%) et réanimation (9,3%). L'incidence des *E. coli* en court séjour est de 0,26/1000 journées d'hospitalisation (JH) et le taux d'attaque de 0,21/100 admissions. L'incidence en réanimation est de 0,50/1000 JH, celle des services de SSR-SLD de 0,13/1000 JH. La distribution des cas selon le type de prélèvement est la suivante : 75,5% des *E. coli* sont isolés de prélèvements urinaires et 5,8% d'hémocultures.

Plus de 50% des cas de *E. coli* ont été considérés comme acquis dans le service où a eu lieu le prélèvement. Les services où la proportion de cas considérés comme acquis est la plus élevée sont ceux de longue durée (89,5% de souches acquises) et de soins de suite et de réadaptation (69,1%).

La sensibilité des souches de *E. coli* BLSE était la suivante : gentamicine 66,4%, tobramycine 55,6%, amikacine : 80%, ciprofloxacine 32,2%.

Conclusion : Ces résultats suggèrent qu'en 2008, dans les services de court séjour du réseau des laboratoires de l'inter-région nord, un cas d'*E. coli* BLSE était acquis pour 1000 admissions. L'incidence des *E. coli* BLSE était le double en réanimation de celle de l'ensemble des courts séjours mais plus de la moitié des cas recensés l'ont été dans les services de médecine, de SSR et de soins de longue durée. La quasi impasse thérapeutique que représentent ces souches bactériennes rend urgente la maîtrise de leur diffusion par la poursuite de la lutte contre la transmission croisée et la stricte application du bon usage des antibiotiques.

CL-20

PRATIQUES DU DÉPISTAGE DU STAPHYLOCOQUE MÉTHICILLINO-RESISTANT CHEZ DES PATIENTS ERG+*TIOTIU D., DIGUIO N., TOUSSEUL S., HARTEMANN P., HAUTEMANIERE A.**CHU de nancy, VANDOEUUVRE-LES-NANCY, FRANCE*

Introduction : L'entérocoque est une bactérie cocci Gram+ commensale anaérobie, présente dans le tube digestif et de l'appareil génital féminin. Depuis leur découverte en 1988, les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) sont devenus une cause importante de colonisation et d'infections nosocomiales. Le risque d'un transfert de cette antibiorésistance chez le SAMR n'est plus, depuis 1992, un danger théorique. La conséquence est qu'à chaque fois que cet événement s'est réalisé et a été publiée le patient est décédé. Cette émergence d'un SAMRRG a toujours été observée secondairement à la présence d'une ERG. Pour cette raison, il est nécessaire de surveiller le portage du SAMR chez les patients ERG+ pour réaliser une décolonisation du SAMR si celui-ci est retrouvé.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'incidence du SARM chez des patients ERG+.

Matériel et méthode : Durant la période du 1^{er} janvier 2005 au 30 septembre 2008, les 455 patients dépistés ERG+ pour la première fois au CHU de Nancy ont été inclus. Pour chaque patient inclus, une interrogation du serveur de résultats microbiologiques a été réalisée à la recherche d'un prélèvement (digestif, nasal et cutané) permettant d'identifier un SAMR. La date, le site de positivité et le résultat ont été extraits.

Résultats : Les hommes représentaient 47,5% (216) des patients inclus. L'âge moyen à la date de découverte de l'ERG était de 72,2 +/-15,9 ans. Le SAMR a été recherché dans 65% des cas (294 patients) et dans 42,9% des cas lorsque celle-ci était réalisée, cette recherche était faite dans les 7 jours. Pour 42 patients, le SAMR a été recherché avant que le statut ERG+ soit connu (5 patients SAMR+) mais il n'a plus été recherché après la positivité ERG. La recherche de SAMR a été positive chez 67 patients soit 22,78% des patients désistés.

Chez les 67 patients SAMR, 17 (25,4%) ont été retrouvés positifs dans les premiers jours, 10 (14,9%) après 8-14 jours, et 6 (9,0%) après plus de 365 jours. Le site de positivité était: nasal (192 patients, 65,3%), rectal (159 patients, 54,1%), cutané (122 patients, 41,5%), autres (24 patients). Dans 71,6% des cas (48 patients), le SAMR a été retrouvé dès la première recherche.

Discussion-Conclusion. Le SAMR n'est ni recherché systématiquement et ni rapidement chez les patients ERG+. En conséquence, le risque d'apparition de SAMRRG n'est pas maîtrisé, car la recherche du SAMR devrait être faite chez tout patient ERG+, dès la connaissance de son statut, pour qu'une décolonisation effectuée au plus vite si le résultat SAMR est positif.

CL-21

LE POINT SUR L'ÉPIDÉMIE ERV. OÙ EN SOMMES-NOUS EN PICARDIE ?*NEULIER C.¹, BRENET A.¹, KADI Z.¹, LECLERCQ R.², CARBONNE A.¹**1. CCLIN PARIS-NORD, PARIS, FRANCE ; 2. CHU, CAEN, FRANCE*

Introduction : Depuis 2005, plusieurs régions de France ont été confrontées à des épidémies d'ERV. La plupart des cas décrits cor-

respondent à des colonisations. Le CTINILS a produit des recommandations nationales en 2006. Depuis janvier 2007, les établissements (ES) de Picardie sont confrontés à des cas groupés d'ERV. **Objectif :** La surveillance épidémiologique et l'évaluation des pratiques mises en œuvre pour cette épidémie a été coordonnée par l'antenne régionale (AR) Picardie du CCLIN Paris-Nord.

Méthode : La surveillance épidémiologique repose sur le signalement de tous nouveaux cas au CCLIN et à l'AR. Ainsi autour de chaque nouveau cas, les ES mettent en place avec l'aide de l'AR un dépistage de tous les contacts. Pour tous les cas transférés, l'AR a coordonné la mise en place des mesures de prévention dans les établissements d'accueil (ES et EHPAD). De plus, un tableau identifiant tous les ES et les maisons de retraite touchés par l'épidémie est diffusé aux EOH de façon hebdomadaire par le CCLIN permettant de les informer des établissements touchés par des cas d'ERV. L'AR a évalué la mise en place des mesures (renforcement des précautions standards par des mesures contact et sectorisation des patients colonisés et des contacts) et a réalisé de nombreux audits. Les souches ont été envoyées au CNR des entérocoques à Caen.

Résultats : Il y a eu au total 173 cas touchant 10 établissements sur les 72 de la région. 41 services étaient touchés par l'épidémie et parmi eux, il est plus souvent retrouvé des services de médecine, onco-hématologie et de gériatrie. 72,8% des cas sont localisés dans la Somme. 5 établissements ont hospitalisé plus de 10 cas (dont 3 dans la Somme), 55 maisons de retraite ont été concernées par l'accueil de patients colonisés ou contact (10 avec des patients colonisés). 5 établissements avaient mis en place le cohorting des patients colonisés et contacts. Les audits de pratique ont montré la difficulté de mise en place des recommandations et le surcoût engendré par le dépistage en masse, la sectorisation et les moyens humains. Les résultats du CNR mettent en évidence une souche monoclonale: E.faecium van A. A ce jour, il ne reste que 3 ES hospitalisant des patients colonisés par l'ERV avec 6 nouveaux cas recensés le mois dernier.

Conclusion : L'épidémie semble actuellement maîtrisée grâce à la mise en place et le suivi des mesures. Le caractère monoclonal évoque une transmission de la souche inter-établissement. L'action de l'AR et du CCLIN en appui des ES a permis de juguler cette transmission.

CL-22

ROLE DU COHORTING DANS LE CONTROLE DE L'ÉPIDÉMIE D'ENTEROCOCCUS FAECIUM VANCOMYCINE RESISTANT AU CH DE LENS*TRIVIER D., FAUQUEUR A., BONNET N., MAHY A., WARGNIES M.E., LEFEBVRE A., COUROUBLE C.**CH Dr SCHAFFNER, LENS, FRANCE*

Contexte : Le 14/05/08 le laboratoire de microbiologie identifie le premier patient porteur d'Enterococcus faecium Résistant à la Vancomycine (cas). Un dispositif de crise se met en place selon les recommandations (avis du CTINILS du 06 octobre 05 et fiche technique opérationnelle du 09 octobre 2005), afin d'en prévenir la diffusion. La mise en œuvre du cohorting selon 3 secteurs (porteur/ contact/sain) est initiée immédiatement en réanimation puis en pneumologie. Les ressources humaines disponibles et les difficultés de prise en charge des patients vont faire évoluer localement cette politique.

Objectif :

- Décrire les modalités d'hospitalisation des cas et des contacts.

- Décrire l'incidence des nouveaux cas selon ces modalités.
- Comparer cette incidence avec et sans cohorte (hospitalisation des patients dans le service de la spécialité dont ils relèvent en précaution contact).

Méthodes : Recueil des données microbiologiques et épidémiologiques puis saisie sous excel

Recueil de l'activité par le nombre de journées d'hospitalisation

Calcul des taux d'attaque et comparaison (test du Khi2)

Calcul des densités d'incidence

Résultats : Du 16/05 au 10/10 (période 1), 52 cas d'ERV sont identifiés principalement en pneumologie puis en médecine polyvalente (densité d'incidence = 0,903/1000 journées d'hospitalisation (JH)).

Une unité d'isolement héberge les cas de toute spécialité.

Les patients contacts sont cohortés le plus longtemps possible en hémodialyse, soins continus, médecine polyvalente, pneumologie et gastroentérologie.

Du 11/10 au 14/12 (période 2), en raison de difficultés d'organisation médicale l'unité d'isolement ferme et les cas sont en isolement contact dans leur service alors que les contacts sont en précaution standard. Parmi les contacts 34 nouveaux cas vont être identifiés dont 2 en gastroentérologie, 7 en Soins de suite gériatriques, 10 en chirurgie viscérale, (densité d'incidence = 1,21/1000 JH).

A partir du 15/12 (période 3), l'unité d'isolement dédiée aux cas est restaurée. Jusqu'au 02/02, on décrit 5 nouveaux cas (densité d'incidence = 0,302/1000 JH).

Les contacts sont isolés uniquement dans les services où il existe une acquisition.

Discussion : Le taux d'attaque de la période 1 (0.34%) est significativement plus bas qu'à la période 2 (0.52%), avec $p=0.048$. Celui de la période 3 indique un contrôle de l'acquisition encore meilleur (0.09%) et plus significatif (0.0001). Ces résultats, ainsi que l'augmentation exponentielle des contacts à suivre justifient donc la priorisation de cette organisation malgré les difficultés qu'elle génère.

publique, service de bactériologie, CHU, AMIENS, FRANCE ; 3. Service de bactériologie, CHU, AMIENS, FRANCE ; 4. Comité de lutte contre les infections nosocomiales, CHU, AMIENS, FRANCE ; 5. Comité médicale d'établissement, CHU, AMIENS, FRANCE

Introduction : Depuis 2005, de nombreux établissements français de soins ont expérimenté une épidémie d'ERG dont la maîtrise exige réactivité, énergie et cohérence. Le CHU d'Amiens, 1607 lits et places répartis sur 4 sites, n'a pas fait exception.

Objectifs : Décrire la politique de prévention de la dissémination des ERG durant l'épidémie, les difficultés face aux recommandations nationales, l'apport du dépistage systématique des patients à l'admission dans les services à risque du CHU et les interrelations entre établissements picards, de juin à décembre 2008.

Matériel et méthode : Recommandations nationales et locales, arbre décisionnel, outil de repérage et dépistage (écouvillons rectauxensemencés sur gélose BEA contenant 8 mg/l de vancomycine additionnée d'un disque à 30 mg de téicoplanine, CMI par E-test, PCR de confirmation), appliqués dès juin 2008 au CHU d'Amiens.

Résultats : Entre le 6 juin et fin décembre 2008, il y avait 91 patients ERG+ dont 2 diagnostiqués. Aux 13 patients dépistés ERG+ hors CHU sur ordonnance s'ajoutent 76 positifs sur 5492 dépistés, représentant 12101 prélèvements traités, au laboratoire d'hygiène. Médecine interne gériatrique, néphrologie, hépato-gastroentérologie, endocrinologie, chirurgie vasculaire et thoracique étaient les services les plus touchés. Fin décembre 2008, le dépistage systématique appliqué dans les services à risque a coûté 34773,18 €.

Les mesures mises en place : cohorting des patients ERG+, formation et soutien aux équipes soignantes ; les outils créés : logigramme, outil de repérage des patients ERG+/"contacts" à la réadmission même par les urgences ; et la coopération et communication avec les établissements de santé et l'antenne CCLIN de la région, ont permis de réduire l'incidence des ERG+ de 2,86 à 1,56 et à 0,24 pour 1000 JH respectivement en juin, août et octobre et la prévalence des patients dépistés ERG+ au CHU de 7,1% à 2,4% et à 1,5% en juin, septembre et décembre respectivement. Maîtriser l'épidémie à demander de colossaux efforts et engendrer une perte d'activités estimée à plus de 1,5 millions d'€ hors coûts autres.

Conclusion : Une politique audacieuse et cohérente a permis de garantir des soins de qualité aux infectés/colonisés et de maîtriser l'épidémie d'ERG au CHU d'Amiens. Néanmoins, gérer patients ERG+ et contacts et respecter scrupuleusement certaines recommandations engendrent désorganisation et pertes d'activités qui, à l'heure de la tarification aux activités et d'une féroce concurrence privés-publics, font courir aux établissements de soins touchés une réelle menace de faillite.

CL-23

ÉPIDÉMIE D'ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS AUX GLYCOPEPTIDES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'AMIENS : QUELLES LEÇONS POUR LES FUTURES CRISES AU NIVEAU DES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES ?

ADJIDÉ C.C.¹, **DEVOS A.C.**¹, **FAVE M.H.**¹, **HÉSÈQUE C.**¹, **HIRSCH M.P.**¹, **OBIN O.**¹, **LAMORY F.**¹, **RAMBUR C.**¹, **TUR B.**¹, **WEISS R.**¹, **WOLNY D.**¹, **TROUILLET L.**¹, **CHEVAL J.P.**¹, **BELMEKKI M.**¹, **BIENDO M.**², **EB F.**³, **SCHMIT J.L.**⁴, **SLAMA M.**⁵, **GANRY O.**¹

1. Service d'épidémiologie hygiène hospitalière et santé publique, CHU, AMIENS, FRANCE ; 2. Service d'épidémiologie hygiène hospitalière et de santé