



Cas groupés d'infections cutanées à *Staphylococcus aureus*
résistant à la méticilline
(SARM Co) souche SA 300
au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)

Michèle Aggoune / Danièle Landriu

Hygiène et prévention du risque infectieux en EHPAD

7^{ème} Journée de Formation et d'Information

Jeudi 21 mai 2015

Institut Gernez Rieux

CHRU de Lille

Introduction

- *Les Staphylococcus aureus* résistants à la pénicilline (**SARM**) expriment une toxine (**PVL**)¹ qui provoque :
 - des infections de la peau et des tissus mous (furoncle, infection superficielle de cicatrice, abcès profond...) plus rarement,
 - des infections invasives sévères (pneumonies nécrosantes, ostéomyélites...)
- La **souche : SA 300** est endémique aux Etats-Unis
 - épidémies communautaire et hospitalière **retrouvée dans cette épidémie.**

¹ *leucocidine de Pantone Valentine*

Contexte

- **21/11/2013** : CClin PN interpellé par l'INVS :
mail du CNR¹ *Staphylococcus aureus* résistants à la
méticilline communautaires (SARM Co)
→ réception 07/2013 de 2 souches SA-USA 300
de 2 résidents, d'une MAS d' IDF dans le 93.
- **3/12/2013** : 1^{ère} rencontre avec Med Co. et
directrice, et visite de la structure
- **15/01/2014** : rencontre avec le personnel

• ¹ CENTRE NATIONAL REFERENCE DES staphylocoques Institut de microbiologie, laboratoire de bactériologie Pr. F. Vandencsh : françois.vandencsh@univ-lyon1.fr

Juillet 2013 Description 1^{er} cas :

- **Résident positif** : SARM Co PVL USA 300
Homme de 35 ans, immunodéprimé (chimiot. K. du testicule)
en chambre seule, autonome dans ses déplacements.
 - **5/07/2013, survenue d'un problème cutané** :
Furoncle du menton et folliculite récidivante disséminée
(genou, coude).
 - **Prélèvement effectué.**
 - **Consultation** :
 - Traitement par ATBT adapté, associé à une
 - Décontamination cutanée par douche avec savon antiseptique (Bétadine®), pendant 10 jours, et
 - Application nasale d'une pommade nasale antimicrobienne Mupiderm (mupirocine).

L'évolution a été **favorable**.

Juillet/août 2013 Description 2^{ième} cas :

- **Résidente** :- Femme de 45 ans autonome, autiste,
 - en chambre double, à coté d'elle, femme de 71 ans, valide, sans facteur d'immunodépression.
 - **Juillet 2013**, hospitalisée à l'hôpital deux fois pour :
 - > **abcès de la main** avec rétraction/ flexion, plaie surinfectée au creux de la main. Elle est porteuse de staphylocoque, le prélèvement n'a pas été envoyé au CNR ,
 - > **Intervention chirurgicale** : chirurgie de débridement, parage, lavage articulaire, arthrite inter-phalangienne avec envoi du liquide pour examen microbiologique.
 - Un traitement par Augmentin, puis Targocid et Rifadine est instauré (mais arrêté en raison d'un problème hépatique).
 - La résidente revient à la MAS vers le **14 /08/13**.
 - **Août 2013** : chute, fracture du bassin > hospitalisation à l'hôpital pendant 2 semaines.
 - **Septembre 2013**, retour à la MAS, formation d'une petite escarre profonde (2 cm en entonnoir) le **prélèvement d'escarre** est envoyé au CNR des staphylocoques, + **au même germe**

Février 2014 : 2 nouveaux cas

Pas dans la même unité ► même palier

- **3^{ème} cas** : Femme polyhandicapée (maintenue dans une coque),
 - en chambre à 2 lits, dépendante, ne peut pas sortir seule.
 - "abcès" à répétition , abcès au niveau du cou, a fait l'objet d'un prélèvement microbiologique le 4/02 + au même germe.
 - soins des abcès, pansements de protection.
- **4^{ème} cas** : Homme en chambre seule, multi handicapé, marche seul, mais ne sort pas spontanément seul. **Localisation !**

Evolution deux premiers cas de juillet/aout 2013

- **1^{er} cas** , décontaminé, n'est plus porteur, mais déambule beaucoup.
- **2^{ème} cas**, bonne évolution et cicatrisation , avec surveillance microbiologique régulière,

Réunions téléphoniques de suivi :

17 /02/ 2014, 21/02/2014, 12/06/2014 avec INVS, CNR Cclin /Arlin, ars,
puis visite de la MAS Cclin / Arlin IDF

Réunion téléphonique du 21/02/2014

Décision

- **Organisation d'un dépistage simultané :**
 - de l'ensemble des résidents,
 - des personnels de la MAS qui travaillent dans toutes les unités par rotation

Organisation du dépistage

- Objectifs

- Effectuer un état des lieux de la situation et
- Evaluer les mesures à mettre en place.

- Dépistage en même temps de :

- tout le personnel avant leur arrivée sur leur lieu de travail et
- tous les résidents de la MAS

- **Sites de dépistage** : nez/ gorge/ rectum, (germe à rechercher spécifié lors de la demande au laboratoire)

Pour certains résidents, mention que les dépistages de gorge non réalisables.

- **Résultats** : si **SARM des souches sont identifiées** >adressées au CNR par le laboratoire

- Suivi :

- nouvelle conférence téléphonique dès réception **de tous les résultats de dépistage** (personnel + résidents)

Décisions : des mesures à prendre au regard des résultats.

- Si préconisation d'une **décontamination des porteurs** nécessité de l'effectuer **simultanée**.

Résultats - Evolution

- **Prélèvements des personnels** (60 environ) courant mai : sauf 1 en arrêt maladie longue durée,
- **Prélèvements des résidents** (46). Les sites de dépistage concernés étaient nez/ gorge/ rectum. Toutes les souches de SARM identifiées par le laboratoire ont été adressées au CNR.
- **Au total, sur les 106 personnes prélevées :**
 - aucun personnel n'a été retrouvé porteur de SARM
 - 4 cas de portage ont été identifiés, uniquement chez des résidents :
3 nouveaux cas asymptomatiques (cas 5), (cas 6) et (cas 7) + un cas connu (cas n°4) AVEC UNE récurrence DE furoncles multiples.
 - Les cas 4, 5 et 6 résident dans la même unité (Unité 2).
 - Le cas 7 réside dans l'unité 1 au RDC dans laquelle il n'y a pas d'autre cas.
 - Pas de nouveaux cas identifiés dans l'unité 3 (dans laquelle vivent les anciens cas 1 et 2 actuellement négatifs).
 - ET N3 ?

Réunion du 12/06

après réception de tous les prélèvements

- **Spécificités de cette épidémie**

- Cercle étroit bien identifié :

- 1 unité principalement touchée : l'unité 2

Présente un taux d'attaque global de 50%

(4 résidents sur 8 dont les 3 cas les plus récents).

Réunion du 12/06 après réception de tous les prélèvements -2

- 1 cas récidivant (cas 4),

- Décontamination bien conduite en février dernier.

- Possible porteur chronique **MAIS** (prélèvement rectal négatif)
localisations multiple et périnéale des furoncles.

- Proposition d'une décontamination par voie entérale
associée d'emblée à la décontamination locale pour ce résident

- **Pour la famille** de ce résident (visite régulière),

- il est recommandé de rechercher une furonculose au sein de la
famille.

- En cas de lésions cutanées dans la famille : il leur sera proposé une
décontamination par voie locale, à réaliser de façon simultanée à
celle des résidents de la MAS afin d'éviter une éventuelle
recolonisation (cf relevé de décisions).

Relevé de décisions du 12/06

En dehors de toute symptomatologie clinique d'infections cutanées :

- **Décontamination locale** pour l'ensemble des résidents de l'unité 2 , **cas n 7 (unité 1**
- **Décontamination locale** proposée à la famille du **cas 4** si notion de lésions cutanées dans la famille à réaliser de façon simultanée à celle des résidents de la MAS.
- Recom générale
- Poursuite du bio nettoyage rigoureux de l'environnement
- Pas de prélèvement des résidents en post décontamination
- En cas de récurrence **clinique du cas 4 proposition d'un traitement de la récurrence** (mais en l'absence d'épidémies cliniques
- En cas de nouvel épisode de cas groupés, discussion d'une nouvelle conduite à tenir.

Protocoles de traitement

pour ensemble porteur

pour les résidents de l'unité 2 et

- Décontamination locale si nécessaire à la Bétadine scrub 1 fois par jour : pommade nasale : 2 fois par jour (7/10)

Cas 4 idem +atbtp 7 jours (- Bactrim : 400 mg deux fois par jour
Rifampicine : 300 mg deux fois par jour)

Pour la famille du **cas 4** - Décontamination locale si nécessaire (durée 7 à 10 jours) po- pommade nasale : 2 fois par jour

- Douche à la au savon antiseptique : 1 fois par jour
- Gargarisme à la chlorexidine 0,1% (Eludril) : 1 à 2 fois par jour

Conclusion

- Aucun cas supplémentaire n'est survenu à ce jour.
- Les épisodes infectieux dans les établissements médicaux sociaux nécessitent une vigilance spécifique pour
 - dépister rapidement les cas
 - mettre en place les mesures adaptées à ce contexte de vie particulier.

Les outils

L'analyse du risque infectieux par une démarche d'analyse de risque est à développer.

En 2012, mise au point d'outils par le GREPHH :

- Manuel d'auto-évaluation – Maîtrise du risque infectieux FAM et MAS et son
- Application informatique