



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<sup>ème</sup> Journée de Formation et d'Information

**Jeudi 21 mai 2015**

**Institut Gernez Rieux**

**CHRU de Lille**

# Introduction

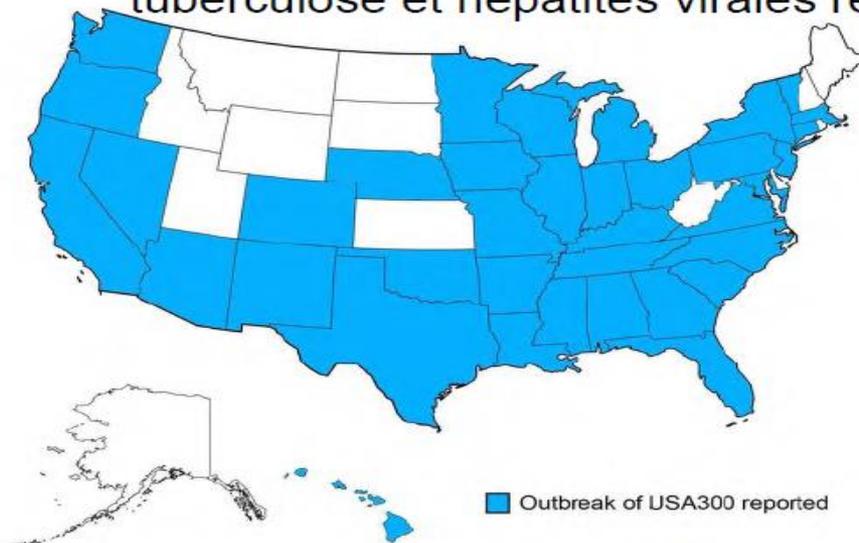
- *Les Staphylococcus aureus* résistants à la pénicilline (**SARM**) expriment une toxine (**PVL**)<sup>1</sup> qui provoque :
  - des infections de la peau et des tissus mous (furoncle, infection superficielle de cicatrice, abcès profond...) plus rarement,
  - des infections invasives sévères (pneumonies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

<sup>1</sup> *leucocidine de Pantone Valentine*

# Les Staphylocoques aureus résistants, souches SA 300

## 2000-2008 : Le raz-de-marée USA300

- Apparition en 2000
- 2004
  - 57% des infections cutanées vues aux urgences USA = SARM
  - dont 97% = USA300
- 2005 : 'Les SARM causent plus de décès aux USA que VIH, tuberculose et hépatites virales réunis' (CDC)



# Contexte

- **21/11/2013** : CClin PN interpellé par l'INVS :  
mail du CNR<sup>1</sup> *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<sup>ère</sup> rencontre avec Med Co. et  
directrice, et visite de la structure
- **15/01/2014** : rencontre avec le personnel

• <sup>1</sup> CENTRE NATIONAL REFERENCE DES staphylocoques Institut de microbiologie, laboratoire de bactériologie Pr. F. Vandencsh : [françois.vandencsh@univ-lyon1.fr](mailto:françois.vandencsh@univ-lyon1.fr)

# Juillet 2013 Description 1<sup>er</sup> 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<sup>ième</sup> 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<sup>ième</sup> 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<sup>ième</sup> 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<sup>er</sup> cas** , décontaminé, n'est plus porteur, mais déambule beaucoup.
- **2<sup>ème</sup> 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