

Epidémie à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline exprimant la leucocidine de Panton Valentine dans un service de soins de suite et de réadaptation

Sandra Fournier,
EOH – DOMU - AP-HP

Le lieu

➤ Hôpital de gériatrie : 600 lits

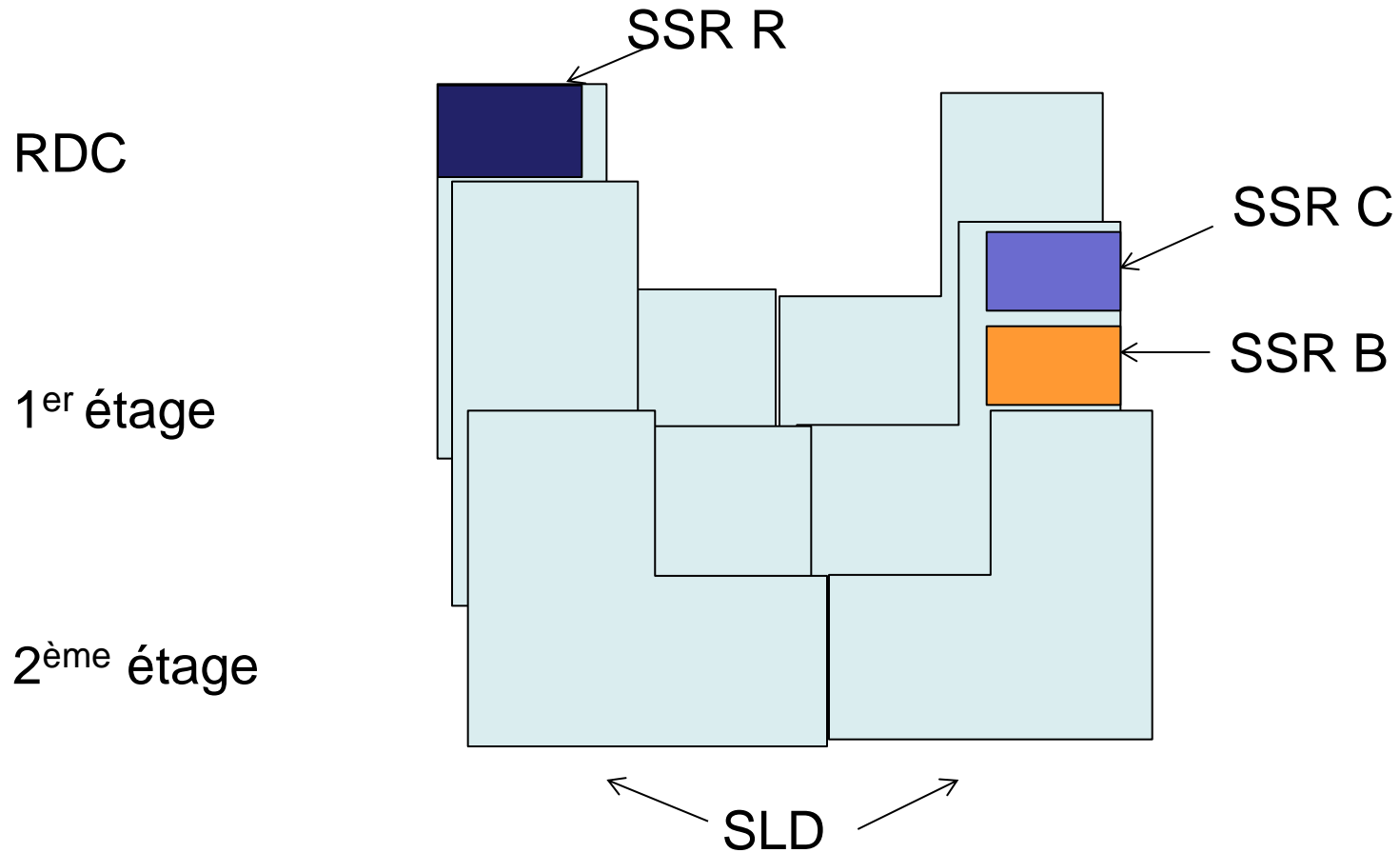
- MCO : 30 lits
- SSR : 170 lits
- SLD : 400 lits

➤ 3 bâtiments

L' Assistance Publique - Hôpitaux de Paris



Le bâtiment



SSR C, décembre 2012 à mars 2013

- Fin décembre 2012 : 1ère infection profonde à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline
 - Plaie traumatique du bras surinfectée
- Puis 6 nouvelles infections dans les semaines qui suivent :
 - Pustules autour d'une cicatrice de fracture du coude
 - Pustule du cuir chevelu
 - Pustule de la fesse
 - Abscesses de la fesse
 - Désunion de cicatrice de fracture de col du fémur
 - Abscesses autour d'un point de perfusion sous-cutanée ayant nécessité un drainage chirurgical

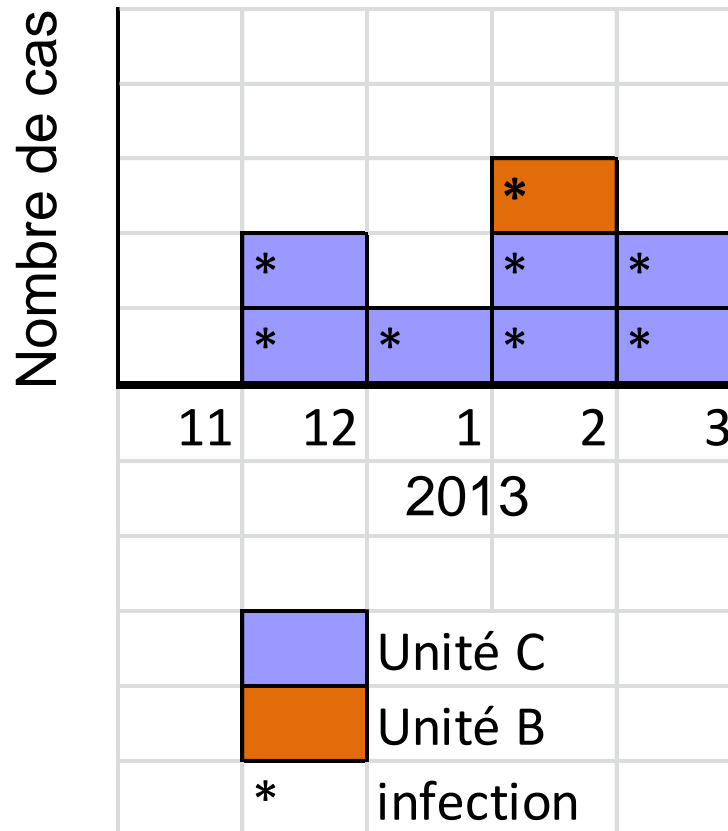
Abcès autour d'un point de perfusion sous-cutanée



SSR B, Février 2013

- Pneumopathie de déglutition chez une patiente dont l'ECBC identifie un SARM PVL

Courbe épidémique



Microbiologie

- Prélèvements : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline exprimant la leucocidine de Panton Valentine (SARM PVL)
- Même profil de résistance aux antibiotiques:

Typage	MLST	PEN	OXA	FOX	MOX	GEN	KAN	TOB	CHL	TCY	OFX	ERY	LIN	PRI	LNZ	TEC	VAN	DAP	SSS	TMP	SXT	NIT	FUS	FO	S	RIF
USA300	R	R	R	R	S	R	S	S	S	S	R	R	S	S		S	S		S	R	S	S	S	S	S	S

- Comparaison CNR : souches identiques USA 300

Mesures prises jusqu' en mars 2013

➤ Patients infectés :

- Précautions complémentaires contact
- Traitement antibiotique
- Drainage des abcès
- Protocole de décontamination : douche bétadine et bains de bouche à la chlorhexidine, + mupirocine nasale

➤ Dépistage des patients des SSR B et C

➤ Information et dépistage des personnels soignants

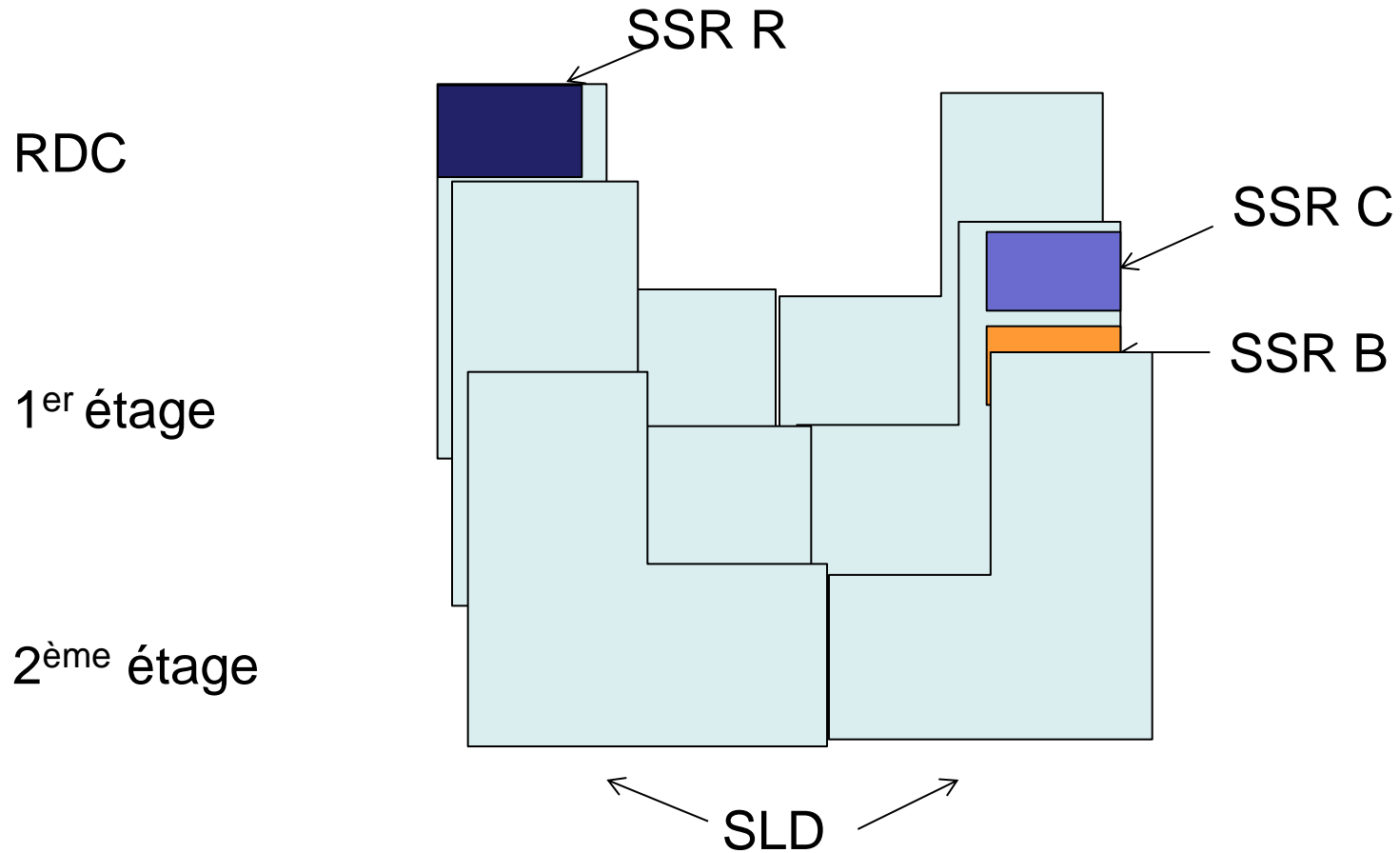
Enquête épidémiologique

- Un soignant du SSR C a développé un abcès de l'aine au cours du mois de janvier 2013. Une colonisation pharyngée est détectée chez ce soignant.
- Le dépistage des patients de l'unité permet d'identifier 5 autres patients colonisés (3 au niveau nasal, 2 au niveau du périnée).

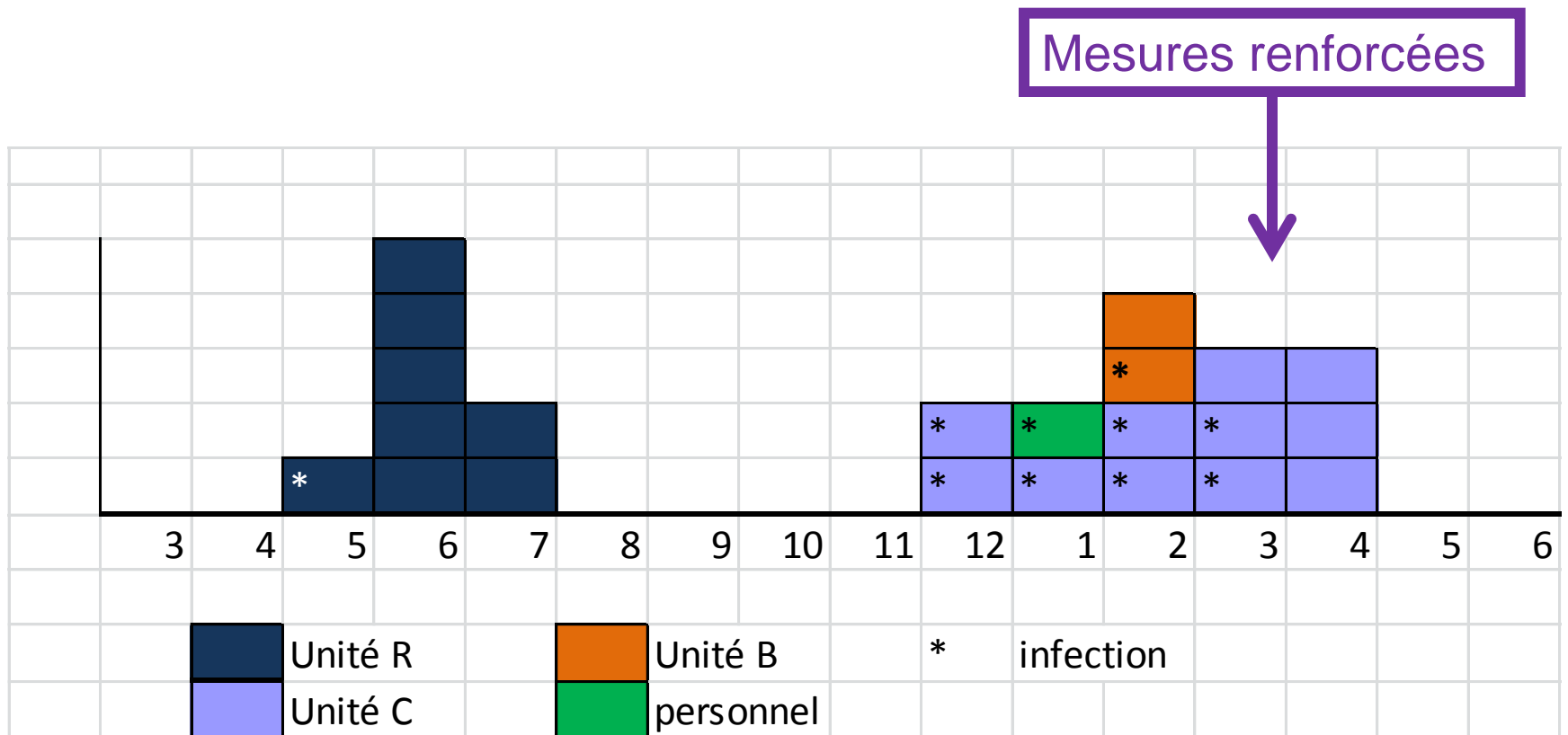
Enquête rétrospective

- 8 cas supplémentaires : une infection (abcès du bras), 7 colonisations survenues entre mai et juillet 2012 dans un autre service (SSR R) du même hôpital.
- Un de ces patients, hospitalisé par la suite en long séjour (SLD), pourrait être le lien avec les cas de janvier 2013 : les 2 services SSR C et SLD partageant du personnel soignant la nuit.

Le bâtiment



Courbe épidémique



Mars 2013: Mesures renforcées type « search and destroy » [Van Trijp MJCA. ICHE 2007; 28: 970–5.](#)

- Arrêt des admissions dans le SSR C
- Arrêt des transferts des patients colonisés ou infectés,
- Organisation des soins :
 - regroupement des patients porteurs dans un secteur avec du personnel paramédical dédié,
 - organisation des soins selon le principe de « marche en avant » pour les personnels transversaux (kinésithérapie),
- Poursuite des PCC pour les patients colonisés jusqu'à l'obtention d'au moins 2 dépistages négatifs à 5 jours d'intervalle,
- Port de masque chirurgical pour les soignants en cas de soins avec effraction de la barrière cutanée ou acte invasif,
- Bionettoyage renforcé de l'unité avant la reprise des admissions,
- Eviction du personnel soignant colonisé.

Dépistages

- Dépistage hebdomadaire des patients du service au niveau du nez, pharynx et périnée
- Proposition de dépistage des personnels du service, sur la base du volontariat.

Protocole de décolonisation

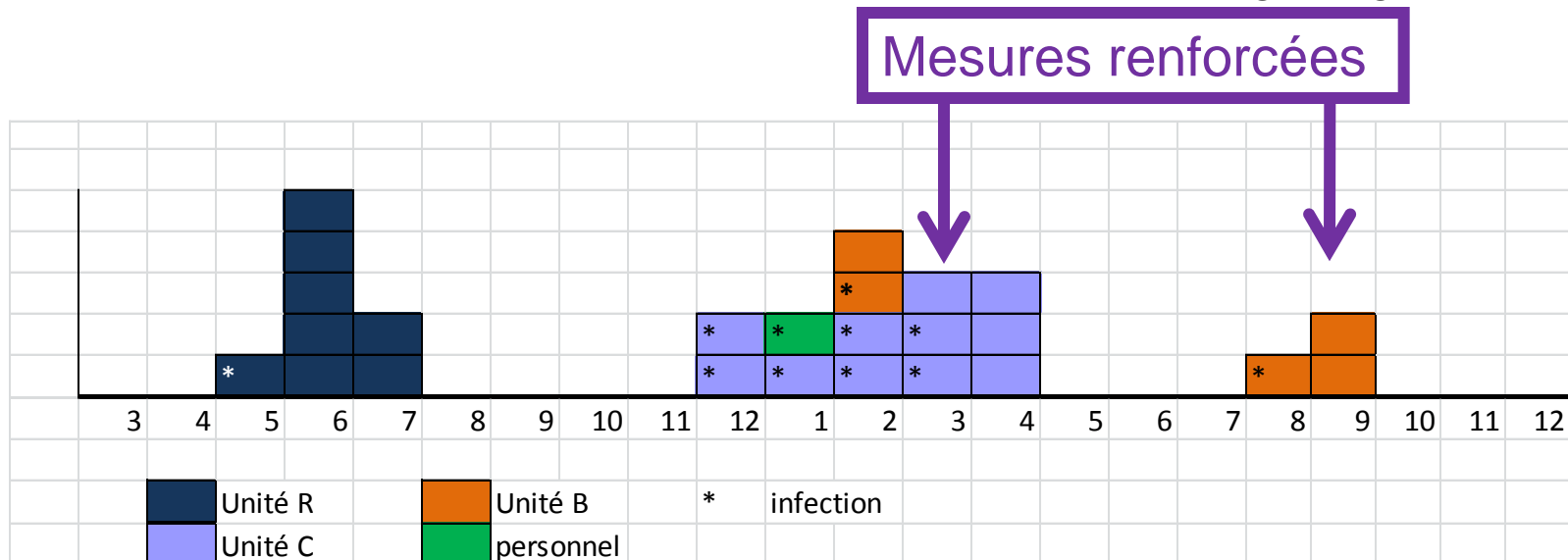
- Appliqué aux patients et personnel colonisés
- Basé sur les recommandations 2009 du Haut Conseil de la santé publique
- Pendant 5 jours
 - mupirocine nasale 2 fois par jour
 - bains de bouche biquotidiens à la chlorhexidine
 - douche à la chlorhexidine
- Vérification de la négativation des prélèvements 5 et 10 jours après la fin du protocole de décolonisation
- Renouvellement du protocole de décolonisation en cas de persistance du portage.

Evolution

- Août 2013 : 3 pustules chez une patiente n'ayant aucun lien évident avec les patients présents en avril. Deux voisins (chambres proches) colonisés.

→ même souche SARM PVL

- Reprise des mesures renforcées :
 - personnel dédié pour les 3 porteurs,
 - dépistage des contacts,
 - arrêt transitoire des admissions,
 - pas de transfert des contacts avant un dépistage négatif.

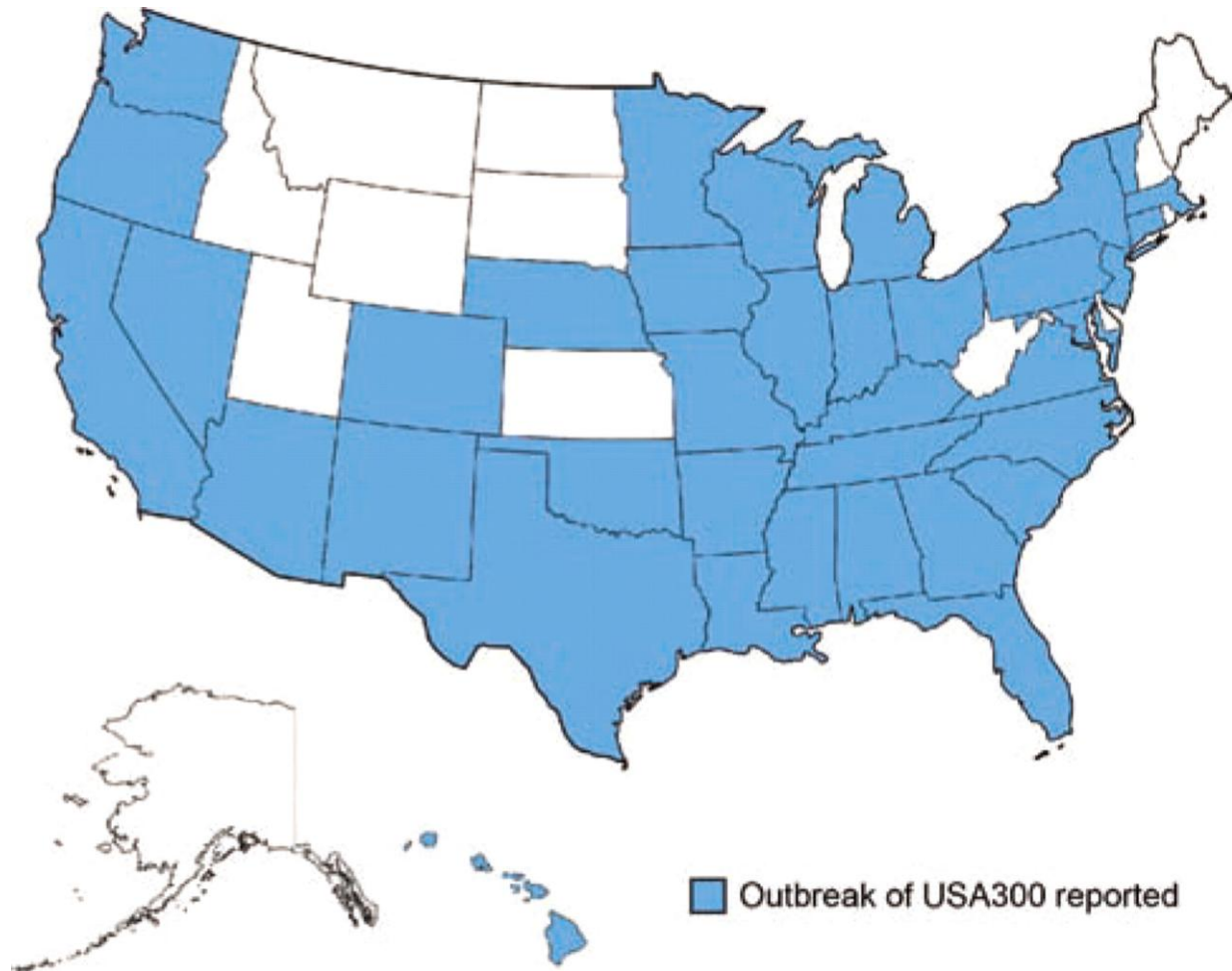


Facteurs ayant pu contribuer à la diffusion de l'épidémie

- Patients ou soignants colonisés asymptomatiques
- Protocole de décolonisation pas toujours efficace
- Application des précautions complémentaires contact difficile en SSR gériatrie hébergeant des patients déments déambulants.
- « Dames de compagnie »

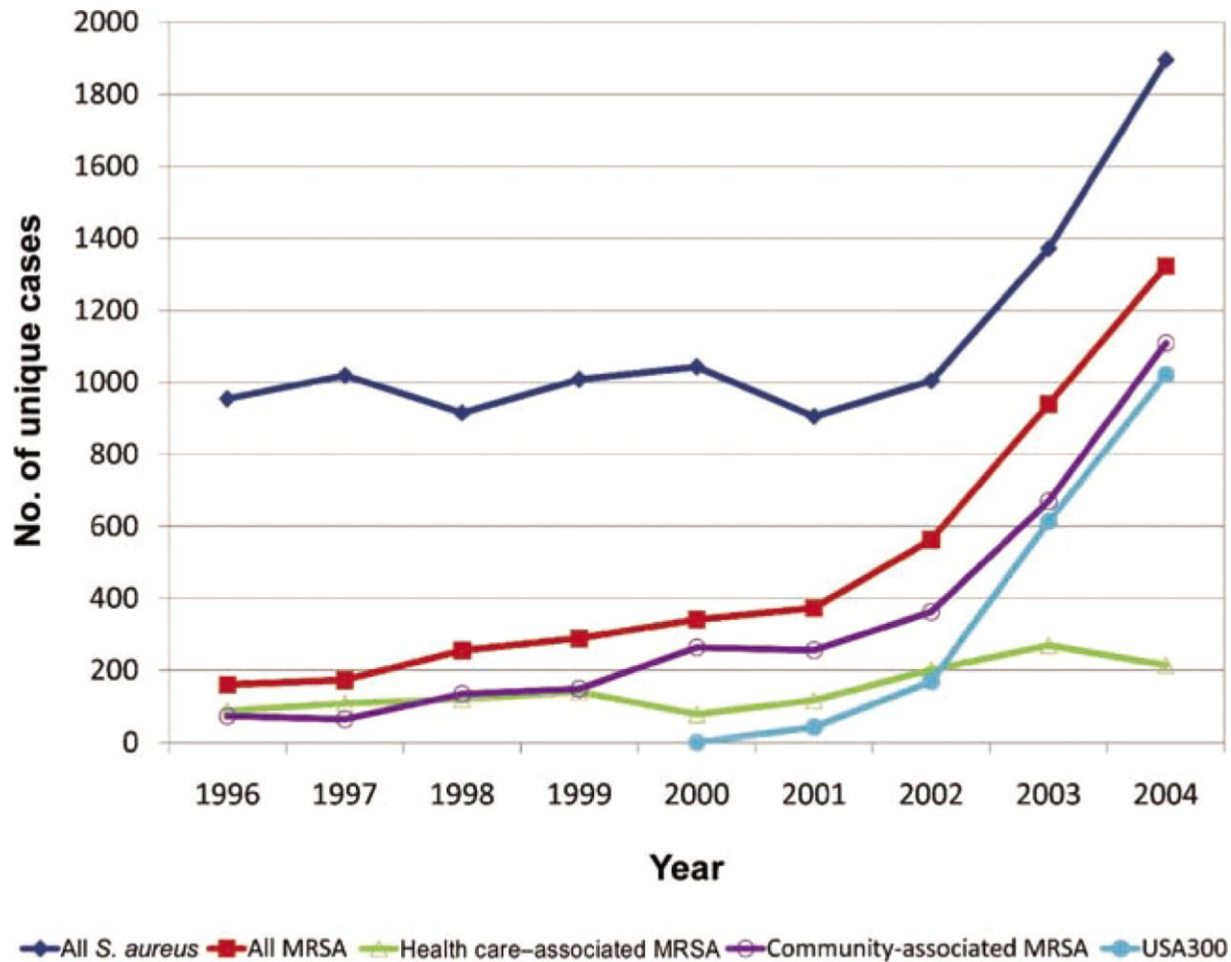
Epidémies de SARM PVL USA 300 aux Etats Unis

Miller, Clin Infect Dis. 2008;46:752-760



SARM communautaires isolés de prélèvements cliniques en Californie

Miller Clin Infect Dis. 2008;46:752-760



First outbreak of community-acquired MRSA USA300 in France: failure to suppress prolonged MRSA carriage despite decontamination procedures

O. Baud · S. Giron · C. Aumeran · D. Mouly ·
 G. Bardon · M. Besson · J. Delmas · B. Coignard ·
 A. Tristan · F. Vandenesch · G. Illes · O. Lesens

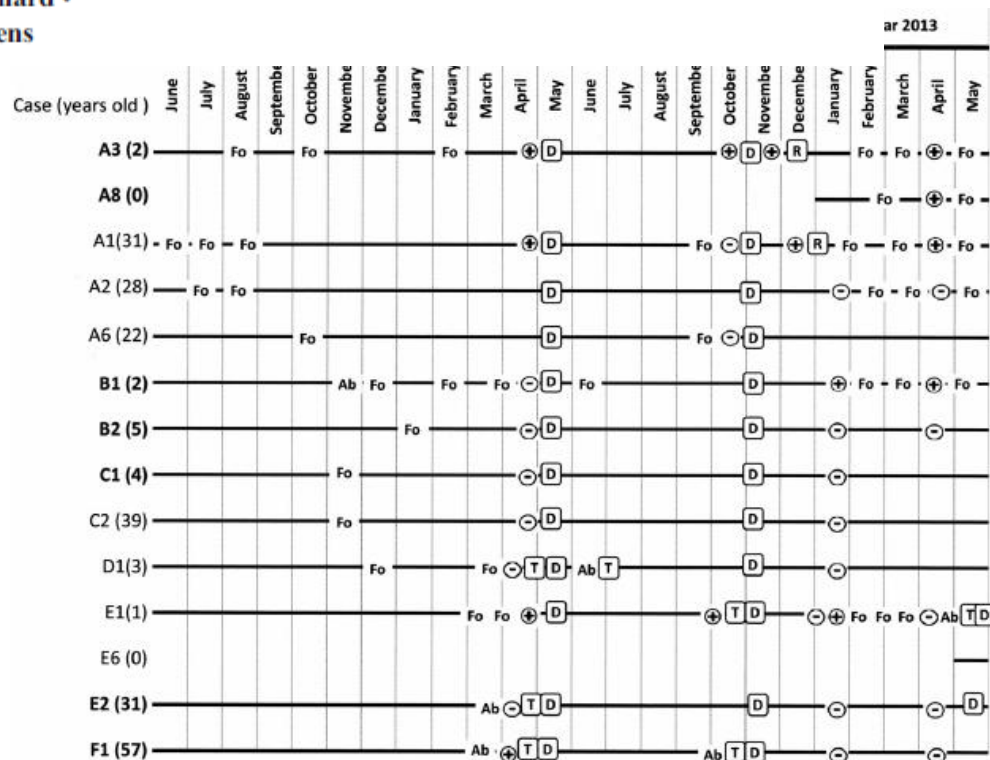


Fig. 1 Distribution of cases of folliculitis and abscess with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) by month in Le Puy-en-Velay. Each family is identified by a letter and each family member by a number (**bold font**: children; normal font: adults). Before intervention, from June 2011 to April 2012, 16 folliculitis and three abscesses were notified. After

the implementation of infection control measures, 6 of 14 cases were still concerned by folliculitis or abscess. *Fo* folliculitis; *Dec* decontamination; *T* antibiotic treatment; *Ab* abscess; *R* mupirocin resistance; ⊕ positive screening; ⊖ negative screening

Les enseignements

1. Penser à rechercher cette souche devant des lésions cutanées survenant de façon concomitante chez plusieurs patients et/ou personnels soignants d'une unité. Le CNR peut aider à identifier la souche.
2. Dépister les patients de l'unité concernée par l'épidémie.
3. Dépister les narines, mais également le pharynx et le périnée.
4. Appliquer les PCC pour les porteurs et leur administrer un protocole de décolonisation.
5. Vérifier la négativation des prélèvements à distance de la décolonisation. Maintenir les PCC et renouveler l'administration du protocole de décolonisation si nécessaire.
 - à discuter en raison du risque de sélection de souches résistantes à la mupirocine