
Prévention de l'émergence des entérobactéries résistantes à l'imipénème par carbapénèmase Recommandations du 06/02/2009

Alerte donnée par le laboratoire de bactériologie à l'EOH

Point de départ :

- Identification d'un premier cas (cas index) d'entérobactéries résistantes à l'imipénème chez un patient hospitalisé
- Mise en évidence de résistance enzymatique par carbapénèmase : synergie imipénème-EDTA, synergie imipénème-acide clavulanique, autre test selon les recommandations à venir.

Etape 1 : Evaluation de la situation, dès le premier jour

1. Isoler le patient porteur (précautions « contact » et signalisation bactérie multirésistante).
2. Alerter la Direction de l'hôpital dont l'appui est indispensable pour l'organisation des mesures à prendre, et la prise en compte de leurs conséquences en terme d'activité et d'organisation du travail. Alerter la commission des anti-infectieux.
3. Arrêter les transferts du patient porteur (cas index) et de ses contacts (patients hospitalisés dans la même unité depuis l'admission du cas index) vers d'autres unités, services ou établissements afin de limiter la diffusion. Une unité est définie comme l'ensemble des patients qui partagent (jour et nuit) la même équipe soignante que le cas index. Si le patient porteur a déjà été transféré dans une autre unité entre le moment du prélèvement qui a permis le diagnostic et le moment où le cas a été confirmé, cette mesure s'applique à l'unité d'origine et à l'unité d'accueil.
4. Entreprendre l'identification du mécanisme de résistance à l'imipénème (VIM, KPC,...) localement ou à défaut en transférant la souche à un autre laboratoire.
5. En attendant l'évaluation de la situation (cf point 6), limiter les admissions dans l'unité aux seules urgences qui ne peuvent être orientées vers d'autres unités ou établissements.
6. Organiser une enquête de portage fécal « transversale » (prélèvement : écouvillonnage rectal ou selles ; techniques de culture : cf recommandations spécifiques) parmi les patients contacts.

Etape 2 : dans les 2 jours suivants

7. Etablir la liste des patients contacts déjà transférés et du lieu de leur transfert.
8. Isoler les patients contacts déjà transférés (précautions « contact » et signalisation bactérie multirésistante) et les dépister.
9. Demander au laboratoire de microbiologie d'examiner sa base de données pour identifier d'éventuels cas suspects plus anciens.
10. Renforcer l'hygiène des mains, promouvoir l'utilisation des SHA.
11. Renforcer le bio - nettoyage quotidien de l'environnement des cas.
12. Définir quel devrait être le traitement antibiotique le plus adapté au profil de résistance de la souche impliquée, en cas de survenue d'infections.
13. Signaler au CCLIN et à la DDASS.

Etape 3 : tout au long de l'épidémie, en plus des précautions « standard » et des précautions « contact »

- Regrouper les cas (patients connus porteurs) au fur et à mesure de leur détection dans un secteur géographique unique de l'hôpital et leur affecter un personnel particulier dit « dédié » (« **secteur des porteurs** »)
- Regrouper les patients contacts des cas et leur affecter un personnel « dédié » différent du précédent (« **secteur des contacts** »)
- Favoriser les sorties à domicile des patients porteurs et des patients contacts non connus porteurs
- La reprise des admissions peut se faire dans un 3^{ème} secteur (« **secteur indemne** »), distinct des 2 autres secteurs et ne partageant pas le même personnel avec ceux-ci
- Organiser le dépistage transversal hebdomadaire des patients contacts
- Après 3 prélèvements hebdomadaires négatifs, les patients contacts non connus porteurs peuvent être transférés mais isolés dans leur service d'accueil et leur dépistage poursuivi tout au long de leur hospitalisation. Veiller à limiter ces transferts aux seuls patients dont l'état clinique le justifie. En cas d'hospitalisation très prolongée (SLD), et dès lors que la situation épidémique semble maîtrisée, les patients contacts peuvent faire l'objet d'un dépistage plus espacé mais régulier (ex : tous les 15 jours ou tous les mois). Dans ce cas, il faut veiller à renouveler le dépistage dès qu'ils sont soumis à un traitement antibiotique.
- Limiter l'utilisation des antibiotiques afin de diminuer la pression de sélection
- Informer les patients et leur médecin traitant de leur statut de porteur d'entérobactéries résistantes à l'imipénème
- Etablir et tenir à jour la liste des patients porteurs et des patients contacts non connus porteurs, transférés ou sortis à domicile, de façon à les mettre en isolement BMR et à les dépister en cas de réadmission.