

RETOUR D'EXPERIENCE : Signalement d'infections nosocomiales

TITRES

Infection de site opératoire, endocardite, spondylodiscite après résection trans-urétrale de prostate.

MOTS-CLES

Résection trans-urétrale de la prostate, SARM, colonisation, sondage urinaire

ARLIN NORD - PAS DE CALAIS

CCLIN Paris-Nord

Période de survenue

2011

POINT D'INFORMATION

La maîtrise du risque opératoire repose sur la bonne observance de la préparation cutanée de l'opéré mais aussi sur la connaissance des facteurs de risque du patient, le dépistage/traitement des foyers infectieux en préopératoire et la collaboration entre les services cliniques et l'équipe de bloc opératoire.

CONTEXTE

o Description chronologique de l'évènement

Un patient âgé de 82 ans présente comme antécédent connu une hypercholestérolémie.

Le 28/02/2011, il est hospitalisé en clinique pour prise en charge d'une crise hémorroïdaire compliquée d'un prolapsus avec thrombose et zone nécrotique. Il bénéficie d'une cure hémorroïdaire. L'intervention se déroule sans difficultés.

Durant son hospitalisation, le patient présente une rétention urinaire nécessitant la pose d'une sonde. Après plusieurs tentatives d'ablation, devant la persistance de la rétention, le diagnostic d'hypertrophie bénigne de la prostate est posé. Le patient sort au domicile avec une sonde urinaire à demeure.

Le 22/03/2011, il est à nouveau hospitalisé dans le même établissement pour résection trans-urétrale de prostate (RTUP) programmée. L'équipe paramédicale décrit la présence d'un dépôt dans la sonde urinaire. Une bandelette urinaire sur sonde se révèle positive la veille de l'intervention, motivant la réalisation d'un examen cyto-bactériologique des urines (ECBU). Ces résultats sont communiqués avant l'intervention à l'équipe chirurgicale. Le patient ne présentait pas d'hyperthermie, l'intervention est réalisée comme prévue. La préparation du champ opératoire est conforme aux recommandations de l'établissement. Une antibioprofylaxie par céfuroxime est débutée en pré-induction anesthésique puis poursuivi 72 heures. La résection de prostate se déroule sans incident.

Trois jours après l'intervention, les résultats de l'ECBU rapportent la présence de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline. Le chirurgien est informé de ce résultat et préconise de ne traiter le patient qu'en cas d'hyperthermie. Des précautions complémentaires de type contact sont prescrites. En raison de la présence de caillots, il a bénéficié de plusieurs lavages vésicaux à l'aide d'une sonde à 3 voies. Son hospitalisation a duré six jours.

Le 20/04/2011, suite à une altération de son état général, une perte de poids importante et une hyperthermie persistante, le patient est hospitalisé dans un autre

établissement. Une série d'hémoculture met en évidence la présence de SARM. Une endocardite mitrale et une spondylodiscite L3-L4 à SARM associées à une infection du site opératoire sont diagnostiquées chez ce patient.

Celui-ci recevra deux mois d'antibiothérapie adaptée et refusera une prise en charge chirurgicale de son endocardite.

Un signalement d'Infection nosocomiale a alors été réalisé par ce centre hospitalier auprès du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales et des autorités sanitaires. L'information a été transmise à la clinique qui a investigué le cas avec l'Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales et a entrepris de mettre en œuvre une Revue de Morbidité Mortalité (RMM).

○ Investigations

Les dossiers du patient des différents centres hospitaliers concernés ont été étudiés par l'antenne régionale Nord-Pas de Calais du CCLIN Paris-Nord (ARLIN) afin de déterminer la chronologie exacte des faits.

Une analyse approfondie des causes a été réalisée par la clinique en coopération avec l'ARLIN en raison de la gravité de la complication et de son évitabilité.

○ Mécanisme de transmission et hypothèses

L'intervention urologique a été réalisée sur des urines colonisées par *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline ce qui explique la survenue de l'infection post-opératoire. L'antibioprophylaxie n'était pas adaptée puisque le spectre des céphalosporines de 2ème génération ne permet pas de couvrir le SARM et donc d'atténuer un risque infectieux post-opératoire.

L'acquisition du SARM est fréquemment associée à une hospitalisation. Les multiples sondages itératifs subits par ce patient et les défauts d'hygiène lors de ces actes sont probablement à l'origine de la colonisation de ses urines par le SARM.

○ Circonstances et causes/facteurs immédiats

- Intervention sur des urines colonisées

Dans cet établissement, une bandelette de test urinaire était réalisée systématiquement avant toute intervention urologique. La conférence de consensus co-rédigée par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et l'Association Française d'Urologie (AFU) en 2002¹ insiste sur le fait que la bandelette urinaire n'est pas utilisable pour le dépistage d'une bactériurie chez un patient porteur de sonde.

L'intervention a été réalisée avant l'obtention des résultats de l'examen cyto bactériologique des urines. Ainsi, l'antibioprophylaxie était conforme aux recommandations de la société française d'anesthésie réanimation (SFAR) et de l'AFU², mais elle était inadaptée au cas de ce patient dont les urines étaient colonisées.

- Gestion de l'antibiothérapie

Après la réception du résultat de l'ECBU, l'équipe médicale a préconisé de ne traiter le patient qu'en cas d'hyperthermie. Il aurait été intéressant de recourir à l'avis d'un infectiologue ou d'un référent antibiotique de l'établissement pour évaluer l'intérêt de la prescription d'une antibiothérapie dans ce contexte³.

- Hygiène lors de la pose et de l'entretien de la sonde urinaire

L'établissement dispose de procédures d'hygiène des mains et de pose de sonde urinaire conformes aux recommandations. L'analyse rétrospective du dossier n'a pas permis de mettre en évidence de défaut d'hygiène lors de la pose des différentes sondes urinaires chez ce patient.

Par ailleurs, le dossier ne fait pas mention de manipulation de la sonde urinaire lors de la sortie du patient à son domicile.

- **Causes/facteurs latents (facteurs liés au patient, aux soignants, à la structure, aux tâches, à l'environnement, à l'organisation, au contexte institutionnel)**

Facteurs liés à la tâche :

Conformément aux procédures du service, un test de bandelette urinaire était réalisé en routine à l'admission des patients avant toute intervention d'urologie depuis de nombreuses années sans réévaluation récente de sa pertinence. Cette pratique n'était pas conforme aux recommandations de la SF2H, ni de l'AFU.

Facteurs institutionnels :

Il n'existait pas de conduite à tenir en cas de réception d'un ECBU positif dans le service d'urologie.

Facteurs liés à l'organisation :

La transmission des informations du service vers l'équipe chirurgicale était opérationnelle mais le délai de réalisation de l'ECBU ne permettait pas d'en tenir compte dans la période préopératoire et d'engager une modification de la prise en charge thérapeutique du patient.

- **Actions conduites**

La clinique a choisi d'instaurer la réalisation d'un ECBU systématiquement avant l'hospitalisation d'un patient pour une intervention chirurgicale en urologie. L'utilisation de la bandelette urinaire n'est plus préconisée. L'ensemble du personnel de l'établissement a été informé de ces nouvelles mesures via un courrier. La mise en place de cette recommandation a été à effet immédiat. Par ailleurs l'établissement a poursuivi son action d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème de la pose et de l'entretien des sondes urinaires qui avait été débutée en amont de cet événement.

REFERENCES

¹ Infections urinaires nosocomiales de l'adulte, Conférence de Consensus co-organisée par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et l'Association Française d'Urologie (AFU), novembre 2002. [en ligne] Disponible sur : <http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/iun-02.pdf> (consulté le 11/08/2011)

² Recommandations de bonnes pratiques cliniques : l'antibioprophylaxie en chirurgie urologique, par le comité d'infectiologie de l'association française d'urologie (CIAFU), Progrès en urologie (2010)20,101-108.

³ Principe de calcul de l'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB). [en ligne] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/icatb-indice-composite-de-bon-usage-des-antibiotiques.html> (consulté le 19/10/2011)