

Objectif : A partir d'un évènement qui est signalé par un établissement de santé, **apprendre et faire partager les connaissances** concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, **pour éviter la survenue d'évènements comparables**. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

TITRE

Cas groupés d'infections post-opératoires à Streptocoque A

MOTS CLES

Streptococcus pyogenes, cas groupés, chirurgie plastique, post-opératoire

CCLIN SUD-OUEST Période de survenue : 2011

POINT D'INFORMATION - Message clé

La maîtrise de cas groupés d'infections post-opératoires à Streptocoque A repose sur la réactivité de l'équipe de soins et de l'équipe opérationnelle d'hygiène et sur la constitution d'une cellule de crise pour identifier les cas, appliquer les mesures de prévention immédiates et définir les investigations et actions à mener telles que la recherche active d'autres cas, la prise en charge et l'information des patients, la mise en place des mesures de prévention adaptées aux cas, la recherche d'un portage par les professionnels et la communication en interne et en externe.

CONTEXTE

✦ Description chronologique de l'évènement

Survenue en 4 jours de 5 cas d'infections post-opératoires à Streptocoque du groupe A (SGA) parmi des patientes ayant eu un acte de chirurgie plastique (survenue entre 3 et 7 jours post-opératoires). Ces patientes ont été opérées dans la même salle, en présence du même chirurgien et d'une même aide-opératoire et, pour 3 patientes sur 5, la technique de Coleman (tissus adipeux prélevés sur le patient, centrifugés et réinjectés dans le même temps opératoire) a été utilisée. La cellule de crise constituée dès l'apparition du troisième cas décide l'arrêt de toute activité chirurgicale, la conduite d'investigations, le rappel des patients opérés dans la même période par la même équipe chirurgicale, la recherche de cas additionnels et la recherche d'un portage oro-pharyngé et périnéal parmi les 27 professionnels de santé en contact avec les cas. Le CCLIN et l'ARLIN participent aux investigations et aux évaluations de pratiques. Devant l'absence de nouveau cas, la reprise progressive d'activité au bloc opératoire est décidée, à l'exclusion de la chirurgie plastique qui sera reprise après la fin des investigations et après mise en place des mesures d'amélioration. Le bilan final, après typage des souches, est de 4 cas d'infections à SGA certains et 1 cas probable (pas d'isolement de SGA mais clinique évocatrice) ; la souche isolée des patientes est identique à celle d'un professionnel qui s'est révélé porteur au niveau pharyngé et cutané. L'évolution des patientes a été favorable et aucun autre cas n'a été diagnostiqué 1an après cet épisode.

✦ Investigations

- Description et analyse des cas pour identifier le mécanisme de transmission et recherche active de cas additionnels
- Observations des pratiques par l'EOH de l'établissement de santé, l'ARLIN et le CCLIN et enquête environnementale
- Prélèvement des professionnels porteurs et génotypage des souches par le Centre National de Référence.

✦ Hypothèse et mécanisme de transmission

Mécanismes de transmission possibles : Transmission directe par un professionnel porteur ou indirecte (ex : environnement, matériel ou via une technique opératoire spécifique) et /ou transmission croisée entre patients (manuportée ou via un matériel partagé) et/ou infection endogène à partir de la flore oropharyngée du patient lors de l'acte chirurgical.
Hypothèse pour cet épisode : transmission directe à partir d'un soignant porteur de SGA.

✦ Évènements similaires

En France, les signalements de cas groupés d'infections à SGA concernent essentiellement des services de maternité ; un signalement a néanmoins concerné 2 patients infectés en orthopédie, sans hypothèse privilégiée. Strus et coll. ont décrit en 2010 des cas groupés d'infections du site opératoire liés à un porteur asymptomatique au sein de l'équipe chirurgicale.

✦ Circonstances et causes immédiates

Défaut de suivi des précautions standard et des mesures de prévention au bloc opératoire parmi les professionnels de santé

- Changement de gants en cours d'intervention de l'équipe opératoire sans désinfection des mains lors du changement (pas de double gantage).
- Protocole de friction chirurgicale des mains non suivi par tous les professionnels de santé
- Masque chirurgical absent ou mal positionné
- Port de bijoux au bloc opératoire

✦ Causes latentes

- Supports d'information relatifs aux règles d'hygiène (hygiène des mains et port de masque) insuffisamment explicites
- Absence de protocoles harmonisés pour la préparation cutanée du visage
- Implantation de distributeurs de SHA en nombre insuffisant dans des endroits clés tels que entrée du bloc, salle de détente, local à déchet.
- Pas de prise en compte de la cinétique de décontamination particulière des salles opératoires dans le temps de bionettoyage entre deux interventions.

Facteurs	Observations	Axe d'amélioration
Etablissement de santé		
Pratiques	<u>Hygiène des mains :</u>	
	- Protocole de friction chirurgicale non suivi par tous	- Formation pratique des professionnels de santé à l'hygiène des mains
	- Certains locaux ne sont pas équipés en distributeurs de SHA	- Amélioration de la visibilité du protocole et installation de pendules avec trotteuses au niveau des auges
Pratiques	- Ports de bijoux pour certains professionnels	- Implantation de distributeurs de SHA
	<u>Port des gants :</u>	- Lettre aux professionnels rappelant la règle « zéro bijou » au bloc opératoire
	- Absence de friction lors du changement de gants en cours d'intervention et pas de double gantage	- Rappel de l'intérêt du double gantage et application de cette mesure par l'équipe opératoire
Pratiques	<u>Port du masque :</u>	- Rappel de la nécessité de réaliser une friction au retrait des gants
	- Absence du port du masque par certains professionnels en salle d'intervention	- Re-sensibilisation par des formations professionnelles au port du masque et évaluations ultérieures
	- Repositionnement sous le nez voire sous le menton	
Protocole de soins Procédure. Organisation	- Le masque n'est pas changé systématiquement entre 2 interventions	- Renforcement de la mise à disposition des masques pour faciliter le changement autant de fois que nécessaire
	- Pas de formalisation du protocole de préparation cutanée concernant le visage	- Elaboration, diffusion, évaluation d'un protocole harmonisé de préparation cutanée du visage en chirurgie plastique
	- Bio nettoyage : temps de pause (cinétique de décontamination) non respecté entre deux interventions	- Organisation permettant le respect de la cinétique de décontamination entre deux interventions
Inter-région – National		
Interface CCLIN-établissement de santé	- Aide du CCLIN et de l'ARLIN pour l'aide à l'investigation des cas, l'évaluation des pratiques, la réalisation d'une analyse approfondie des causes et participation aux cellules de crise.	
ARS-établissement de santé	- Participation aux cellules de crise, suivi des investigations et dépistages.	
DGS-HAS	- Synthèse par l'ARS des éléments de preuve des actions correctrices préconisées.	
Centre national de référence	- Saisis à l'occasion de cet épisode pour examen de la technique de Coleman en termes de risque infectieux.	
	- Typage des souches pour la confirmation des hypothèses de transmission.	

✦ Commentaires sur la prise en charge de l'évènement

Très bonne réactivité des professionnels de l'établissement dès les premiers cas, ce qui a pu permettre d'éviter des cas ultérieurs et d'initier les investigations nécessaires avec le soutien du CCLIN, de l'ARLIN, et du CNR.

Mobilisation des autorités sanitaires pour le suivi des investigations et l'encadrement de la reprise des activités chirurgicales. Travail pluridisciplinaire, dans le respect des missions de chaque acteur.

REFERENCES

- ✦ Guide pour la prévention et l'investigation des infections hospitalières à *Streptococcus pyogenes*. DGS DHOS CTINILS et CSHPF de Novembre 2006.
http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/RCSHPF/guide_streptococcus.pdf
- ✦ Avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas, d'origine communautaire, d'infections invasives à *Streptococcus pyogenes* (ou streptocoques du groupe A), séance du 18 novembre 2005.
- ✦ Strus M, Drzewiecki A, Chmielarczyk A, Tomusiak A, Romanek P, Kosowski K, Kochan P, van der Linden M, Lütticken R, Heczko PB. Microbiological investigation of a hospital outbreak of invasive group A streptococcal disease in Krakow, Poland. Clin Microbiol Infect. 2010; 16 (9):1442-7.