

Devant l'augmentation de l'incidence des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) depuis le début des années 2000, des recommandations ont été publiées en février 2010 par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) pour prévenir l'émergence de ces bactéries et lutter contre leur dissémination. Depuis 2007, lors de l'isolement d'une EBLSE, les microbiologistes proposaient aux cliniciens de contacter les hygiénistes et infectiologues (phrase type sur le résultat bactériologique). Malgré cela, les cliniciens sollicitaient peu d'avis.

Depuis 2012, nous avons organisé une transmission systématique de l'information, dès l'isolement, à une cellule multidisciplinaire (microbiologistes, hygiénistes, infectiologues et pharmaciens), et l'infectiologue itinérant contacte le clinicien en temps réel pour avis d'expert, ceci en accord avec les propositions du HCSP.

Objectif

Evaluer l'impact de cette organisation sur les critères de prise en charge et de traçabilité de l'information concernant les patients colonisés ou infectés par EBLSE.

Méthodes

Nous avons comparé de manière prospective 2 périodes de 3 mois en 2010 et 2012 (16/07 au 16/10). Les données de microbiologie, d'avis donné, de traitement, de mesures d'hygiène et la traçabilité de l'information donnée au médecin traitant, sont extraites du dossier patient informatisé. Nous avons exclus les patients décédés dans les 48 premières heures et les patients externes.

Résultats

Les principaux critères de recommandations du HCSP sont décrits dans le tableau 1, montrant une amélioration remarquable de la prise en charge et de la traçabilité de l'information. Concernant les traitements, du fait du manque de données disponibles dans le dossier informatisé patient en 2010, nous n'avons analysé que les données 2012. 50 patients étaient colonisés, 37 infectés (5 bactériémies, 12 pyélonéphrites aigues, 9 prostatites, 9 cystites, 7 infections digestives et 4 pulmonaires, et 1 infection sur matériel). Les germes isolés étaient 49 *Escherichia coli*, 13 *Klebsiella pneumoniae*, 3 *Enterobacter aerogenes*, 5 *Enterobacter cloacae*, 1 *Citrobacter*, 1 *Serratia*. 17 patients ont été traités par imipénème, 4 par ertapénème, 3 par méropénème, 7 par cefoxitine, 4 par fosfomycine IV, 7 par furadantine, 5 par cotrimoxazole, 5 par fluoroquinolones, soit 52 lignes de traitements (association ou relais après réévaluation à 48/72 heures) pour 37 patients infectés. 2 patients avaient une forte suspicion clinique de prostatite chronique, et n'ont pas été traités en raison du terrain et des difficultés thérapeutiques. Les 90 patients ayant reçu un avis ont été pris en charge de façon appropriée. Nous avons créé des outils informatiques nous permettant de constituer une base de données à partir des informations issues des échanges entre les cliniciens et l'ensemble des membres de la cellule multidisciplinaire.

Tableau 1. Evolution des critères de qualité proposés par le HCSP entre 2010 et 2012.

	2010	2012
Nb patients EBLSE	87	92
Avis d'expert	16 (18%)	90 (91%)
Délai entre isolement et avis d'expert	5,25 jours	0,46 jour
Traitement antibiotique approprié	ND	90 (91%)
Information transmise au médecin traitant	14 (16%)	54 (58%)

Figure 1. Sites infectieux des patients 2012.

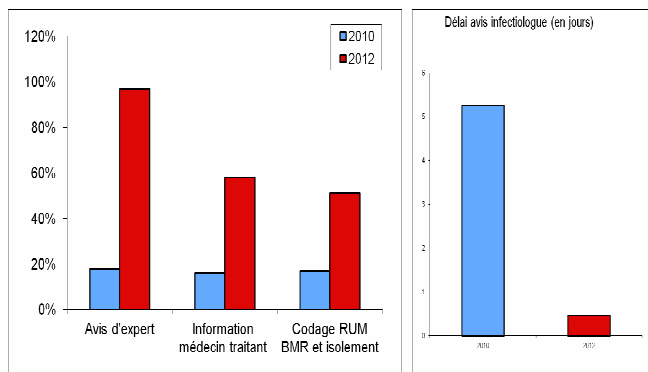
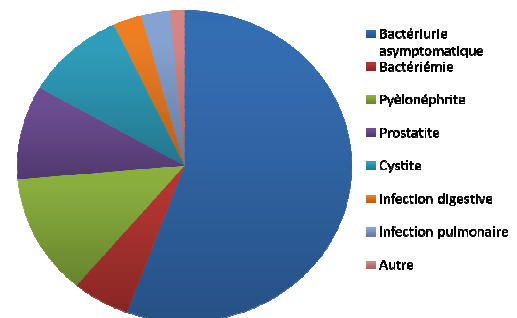
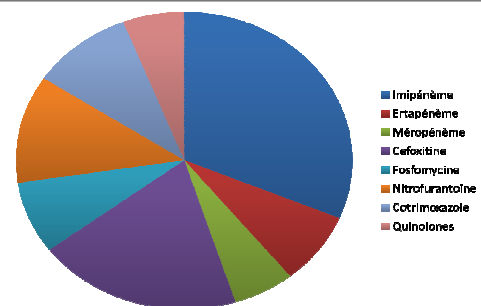


Figure 2. Traitements antibiotiques des patients 2012.



Conclusion

L'organisation mise en place progressivement a permis d'améliorer la traçabilité et la prise en charge des patients colonisés ou infectés par EBLSE, et de répondre ainsi aux critères du HCSP publiés en 2010. Nous déployons actuellement cette organisation en ville et dans les autres établissements de santé de la région PACA Est en nous aidant d'un support d'outils rassemblés en un KIT : le KIT BLSE, qui comporte des protocoles antibiotiques, des check-lists, des lettres- types, outils d'informations pour professionnels et pour le patient (fiche BMR CCLIN).