

# Missions des laboratoires d'analyses médicales privés (LABM) dans le contrôle de la diffusion des souches d'entérobactéries productrices de $\beta$ -lactamases à spectre élargi (EBLSE)

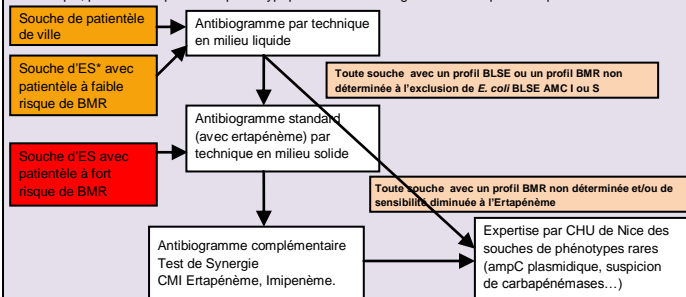
L. Prots<sup>1</sup>, A. Nierlich<sup>1</sup>, C. Koubi<sup>2</sup>, V. Mondain<sup>3</sup>, T. Fosse<sup>5-4</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire d'analyses médicales LABAZUR Nice, <sup>2</sup>La Clinique Les Sources, <sup>3</sup>Infectiologie, <sup>4</sup>Hygiène Hospitalière, <sup>5</sup>Laboratoire de Bactériologie, CHU Nice, Nice, France

L'expansion des EBLSE dans la communauté a accentué la nécessité d'une spécialité microbiologie de ville. Les recommandations récentes de l'HAS et l'évolution structurelle des LABM nous imposent des missions dans le contrôle de leur diffusion.

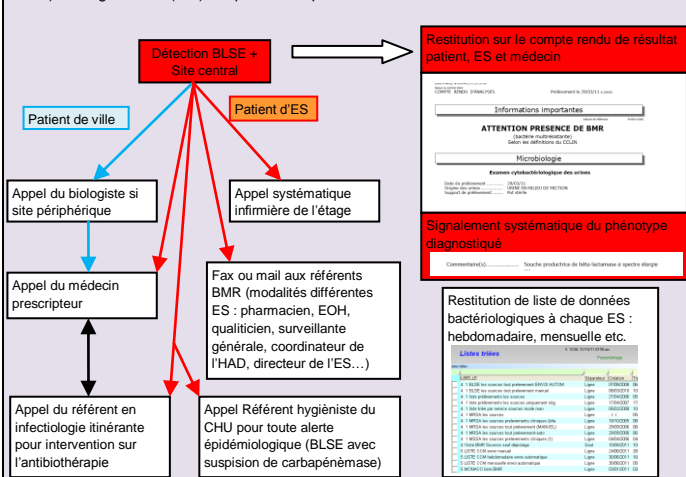
## Méthodes

**Détection des EBLSE** : elle est issue de 2 techniques d'antibiogramme, en milieu liquide pour la maîtrise économique, par diffusion pour celle phénotypique. Les EBLSE originales sont expertisées par le CHU.



\*ES= Etablissements de santé

**Signalement des EBLSE** : Leur signalement est systématique (oral, fax, alerte sur le compte rendu). Le logiciel SIR (I2A) est paramétré pour restituer la liste des EBLSE aux établissements



## Epidémiologie des EBLSE :

**Suivi des entérobactéries productrices de BLSE au cours du temps :**

**Outils :** logiciel d'épidémiologie SirWeb couplé au lecteur d'antibiogramme SIRSCAN® + logiciel d'épidémiologie VigiAct couplé au Vitek2®

**Prélèvement :** tous à l'exception des prélèvements de dépistage

**Période :** 01/01/2005 au 31/12/2010 sur le SirWeb

01/01/2007 au 31/12/2010 sur VigiAct

**Services :** ville, urgences, cliniques, MDR

**Doubleton :** 1 souche EBLSE par patient par an

**Résistance :** Présence d'une synergie C3G / acide clavulanique

**Restitution épidémiologique :**

Bilan annuel pour chaque clinique présentant une activité MCO lors des réunions de CLIN.

**Suivi des diamètres des  $\beta$ -lactamines des entérobactéries productrices de BLSE afin d'anticiper de possibles bouffées épidémiques.**

## Hygiène et réseaux :

**Hygiène**

- Confinement du plateau technique de bactériologie: acquisition d'un laboratoire P2 depuis juillet 2010.
- Régulation du flux du personnel notamment des préleveurs.
- Instauration de formation interne sur les précautions standards et les précautions complémentaires d'hygiène.
- Mutualisation des formations en hygiène avec ES pour les préleveurs du groupe opérant en clinique.

**Participation aux réseaux et CLIN**

- Participation hebdomadaire aux réunions de vigilance de certains ES.
- Participation aux CLIN de chaque ES.
- Adhésion au réseau AZURCLIN depuis 2006.
- Adhésion au RésO InfectiO PACA Est depuis sa récente création.
- Adhésion au groupe BMR de la clinique Les Sources en 2008.

## Résultats - discussion

**Sur l'année 2011 (du 01/01/2011 au 30/11/2011)**

Nombre moyen d'antibiogrammes d'entérobactéries par semaine :

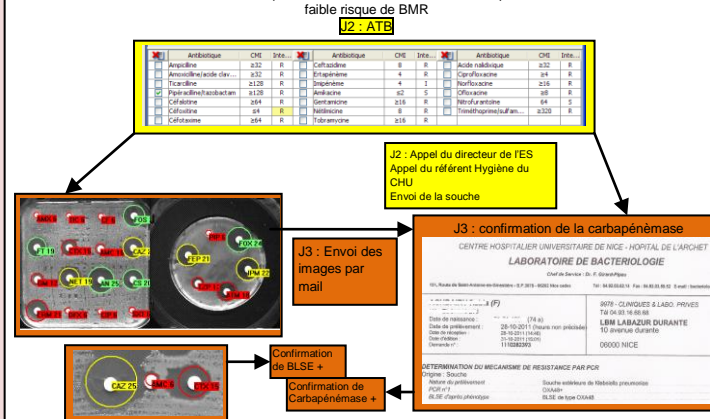
- Milieu liquide : 154
  - Technique par diffusion : 68
- Nombre moyen de contrôles SIR par semaine : 10

**Recrutement en 2011 :** environ 50% Ville, 50% ES répartis en :

- > 12 cliniques
- Nombre de lits de MCO = 683
- Nombre de lits en PSY = 111
- Nombre de lits de SSR = 270
- Nombre de Maisons de retraite - EHPAD > 10

**Exemple de détection et de signalement d'une souche de *Klebsiella pneumoniae* porteuse d'une BLSE et suspecte de produire une carbapénémase :**

Prélèvement de cicatrice au niveau d'une prothèse de hanche dans un ES avec patientèle considérée initialement à faible risque de BMR

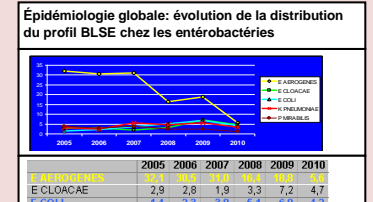
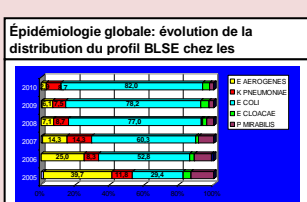


48 heures après le prélèvement, l'ES a reçu l'information d'une probable carbapénémase et la souche a été confirmée OXA48 le jour suivant.

Seule la coopération de tous les acteurs concernés a permis la rapidité du diagnostic et la mise en place des consignes relatives dans la circulaire du 6 décembre 2010. Cette coopération est la résultante d'un travail de collaboration quotidien des bactériologistes du laboratoire avec les référents de chaque ES, les équipes opérationnelles d'hygiène et les bactériologistes du CHU de Nice, ainsi que de l'acquisition pour tous d'une expérience liée à l'expertise précédente de 2 souches d'*E. coli* productrice d'OXA48.

Le signalement répété des EBLSE a entraîné une sensibilisation médicale et un meilleur respect des pratiques d'antibiothérapie (abstention thérapeutique, traitement différé), objectivable par une coopération plus étroite entre les bactériologistes et les médecins appelés et par l'intervention secondaire de l'infectiologue itinérant.

Nbre de souches isolées : 17270 (*E. coli* : 12043) (En incluant le premier semestre 2011 : 141 *E. coli* BLSE supplémentaires)  
Nbre de BLSE isolées : 711 (*E. coli* : 487)



Les données sont affinées pour chaque ES et ont été présentées en 2010-2011 à toutes les cliniques concernées. Les données globales ont servi à un support de formation et de sensibilisation en interne aux 18 biologistes du groupe.

La création du P2 ainsi que les règles de fonctionnement qui en découlent ont fondamentalement modifié le comportement des équipes techniques. La séparation des personnes a secondairement sensibilisé le personnel extérieur à l'obligation des précautions standards. L'ensemble des préleveurs à domicile a reçu une formation sur les précautions standards. La participation active des bactériologistes à une dizaine de CLIN locaux a donné lieu à des procédures communes avec les EOH et des protocoles de meilleur usage des antibiotiques avec les COMEDIM. Sont actuellement en préparation la formation d'un biologiste du groupe au DU d'hygiéniste et celles en externe des préleveurs des ES aux recommandations d'hygiène (précautions standards et précautions complémentaires). La participation aux réseaux suscite une réflexion commune permettant :

- > L'amélioration des techniques de détection des résistances bactériennes.
- > Une politique appropriée de dépistage.
- > L'homogénéisation du discours sur la prise en charge des colonisations et infections à EBSE.
- > L'élaboration de plaquette commune d'isolement et les modalités de communication de la problématique « BMR » au patient et de manière plus générale au grand public.
- > L'appropriation des informations par l'ensemble des acteurs facilitant les échanges inter-établissements et un obstacle majeur aux dérives.

## Conclusion

Les pôles microbiologiques issus de la fusion des LABM disposent d'une infrastructure similaire à celle hospitalière. La hausse consécutive du volume préleveurs - prélevés justifie une politique rigoureuse de formation en hygiène « communautaire » qui, associée à celle du CHU, permet une continuité de soin établissement de santé - ville, avec pour objectif un consensus sur la prise en charge des patients porteurs ou infectés à EBLSE.