

Journée SSMG

par le Dr Elide Montesi • Médecin généraliste • 5060 Sambreville

JOURNÉE SSMG

Hygiène et infections

Montignies sur Sambre, 19 novembre 2005

MRS en mains propres

Une MRS réunit les conditions idéales pour la transmission des épidémies. Les résidents présentent une vulnérabilité accrue de par les comorbidités (diabète, BPCO), les déficits fonctionnels (incontinence, diminution du réflexe de la toux, troubles de déglutition), la rupture des barrières anatomiques (escarres, stomies, sondes) et la diminution des réponses immunitaires. À cette fragilité s'ajoutent les risques liés à la vie communautaire, les séjours fréquents des résidents en milieu hospitalier et les moyens limités de détection. Le MRSA n'est qu'un des nombreux germes responsables d'épidémie aux seins des MRS. Les **MAINS** du personnel soignant sont les principaux agents de transmission des germes au travers des gestes courants des manipulations quotidiennes.

L'hygiène correcte des mains est donc indispensable et incontournable pour limiter et prévenir les épidémies.

Tout d'abord la brique de savon est à bannir. La pompe du flacon de savon liquide est à remplacer lorsque le flacon est vide. Le lavage des mains pendant 30 à 60 secondes au **savon neutre** ou avec un **savon désinfectant** a un effet nettoyant mais un effet limité sur la flore transitoire et encore plus limité sur la flore résidente. Les savons sont irritants pour la peau. Par ailleurs, la durée moyenne d'un lavage de mains est en règle générale largement inférieure aux 30 à 60 secondes recommandées: 10 secondes en moyenne.

La **friction avec une solution hydroalcoolique** (disponible en flacons poche) sur peau sèche remplace avantageusement le lavage au savon. 15 à 25 secondes suffisent dans ce cas à supprimer 100% de la flore transitoire et cela sans irritation cutanée. En revanche, les gels hydroalcooliques n'ont pas d'effet nettoyant. Un lavage des mains au savon neutre s'impose donc lorsqu'elles sont souillées. Le nettoyage des mains au savon ou par fric-

tion alcoolique doit comprendre les paumes, les espaces interdigitaux, la pulpe des doigts, le pouce. Le **séchage** se fera à l'aide d'une serviette à usage unique que l'on utilisera pour fermer le robinet afin d'éviter une recontamination.

L'**usage de gants** donne un faux sentiment de sécurité. Il sera limité aux activités à risque élevé de contamination par contacts avec fluides corporels ou matériel ayant été en contact avec ces fluides. Les gants seront **changés** de toute façon entre chaque patient et une désinfection des mains par solution hydroalcoolique sera effectuée après retrait des gants.

Et enfin, un dernier conseil, les mains des soignants doivent avoir les ongles coupés courts et ne pas porter de bagues ou alliances.

D'après l'exposé: «Maîtrise de la transmission du MRSA en MRS» du Dr Michèle GERARD, médecin hygiéniste, Service des maladies infectieuses, CHU St Pierre - Bruxelles.

Dépistage et décolonisation du MRSA

Le dépistage présente un intérêt pour le résident en raison du risque d'infection et de la morbidité et mortalité importantes qui y sont liés. Mais il y a aussi de l'intérêt de la collectivité. Ce dépistage ne doit cependant pas être systématique. On le pratiquera à l'admission des patients à haut risque et chez tous les résidents en cas d'épidémie.

Les **critères pour le dépistage** sont: une hospitalisation endéans les six derniers mois ou 3 des 4 critères suivants: une antibiothérapie à large spectre au cours du dernier mois; la présence d'une sonde urinaire, d'une stomie ou d'une plaie; une mobilité réduite; des antécédents d'infection ou de colonisation à MRSA.

Les **sites de dépistage** sont les narines, la gorge, le périnée. Le dépistage au niveau des trois sites a une sensibilité de 98.3% et une valeur prédictive négative de 99.6%. On y ajoutera les plaies et les orifices de stomie et les urines en cas de sonde. Le laboratoire doit être informée d'une recherche ciblée de MRSA.

La **décolonisation** est efficace à 98% si le portage se limite au nez.

On administre de la mupirocine (Bactroban®) par voie nasale 3 fois par jour pendant 5 jours, associée à une toilette au savon antiseptique une fois par jour pendant la même période.

En cas de colonisation multi sites, respiratoire ou en cas d'échec, on peut envisager exceptionnellement une décolonisation orale en concertation avec un hygiéniste hospitalier.

Pour plus d'informations et de précisions nous renvoyons le lecteur au site:

www.gospiz-gdepib.be

D'après l'exposé: «Maîtrise de la transmission du MRSA en MRS» du Dr Michèle GERARD, médecin hygiéniste, Service des maladies infectieuses, CHU St Pierre - Bruxelles.

Messages d'un infectiologue

L'amoxicilline suffit à couvrir la triade respiratoire bactérienne chez un patient en bonne santé. Le pneumocoque ne développe pas sa résistance par la production de betalactamase: l'acide clavulanique n'apporte donc rien en plus. L'analyse bactériologique des expectorations est inutile chez un patient en bonne santé. Elle peut se justifier lors d'exacerbations de BPCO au stade III ou IV. Les sécrétions doivent parvenir rapidement au laboratoire, avant toute prescription d'antibiotiques et le patient ne doit pas avoir absorbé d'aliments pendant au moins deux heures avant. L'analyse des expectorations est formellement indiquée en cas d'indication d'hospitalisation, de suspi-

cion d'un germe pathogène résistant ou inhabituel, d'évocation de tuberculose.

Pour une suspicion de pyélonéphrite aiguë chez une patiente jeune et en bonne santé, la bactériologie urinaire permet de conforter le diagnostic et le reciblage antibiotique. L'échographie est utile pour dire si la PNA est obstructive ou pas. On prescrira une fluoroquinolone après envoi des urines au laboratoire. En cas de germe résistant aux fluoroquinolones, une antibiothérapie par voie intraveineuse s'impose.

Un prélèvement urinaire qui n'est pas matinal pourra être faussé par un effet de dilution. La culture urinaire est positive si on a 100 000 germes par ml associés à une leucocyturie > 5-10 GB/champs. Les résultats entre 10 000 et 100 000 germes sont à considérer comme positifs dès lors que toute contamination fécale est écartée. Les raisons peuvent être : une infection précoce, des urines diluées, un homme, un patient déjà sous antibiotique, un germe résistant ou un cathéter. Les cystites ne nécessitent un examen urinaire qu'en cas de récurrence.

Face à un patient fébrile depuis plusieurs jours, avec une symptomatologie atypique une hémoculture s'impose car les infections graves décapitées par une antibiothérapie à l'aveugle sont très difficiles à traiter.

D'après l'exposé : « Le rubricube infectiologique » du Dr Jean Christophe MAROT, interniste – infectiologue, Hôpitaux Gilly, Ste Thérèse-IMTR, consultant UCL-St Luc

Maladies infectieuses et lois

Le but de la législation concernant la déclaration des maladies infectieuses est de :

- prévenir l'extension de certaines maladies infectieuses par des mesures prophylactiques adéquates (prophylaxie qui est ainsi prise en charge par la société, élément sous-utilisé car méconnu) ;
- permettre de trouver la source des maladies provoquées par des facteurs externes ;
- réaliser la surveillance des campagnes de vaccination et avoir des indicateurs pour définir des attitudes de santé publiques ;
- répondre à des obligations internationales et pouvoir définir des critères de déclaration sur base de données comparables dans les différents pays.

À qui déclarer ? À l'inspection médicale d'hygiène communautaire qui se charge de prévenir le bourgmestre. Tous les moyens de communication disponibles sont valables pour effectuer cette déclara-

tion. Dès janvier 2006, il existera une possibilité de déclaration on-line.

Le rôle de l'inspection d'hygiène est de vérifier l'application des mesures et de trouver les sources de contamination.

Les délais de déclaration sont importants en cas de méningococcie pour appliquer rapidement les mesures prophylactiques et en cas de toxi-infection alimentaire pour retrouver rapidement les aliments contaminés.

Dans la pratique, seules 3 % des maladies à déclaration obligatoire sont déclarées...

D'après l'exposé : « Philosophie de la loi et cas particuliers : méningite, hépatite et varicelle » du Dr Yvo Pirenne Inspection d'hygiène

Prophylaxie des méningococcies

L'aspect du LCR compatible avec une méningite bactérienne chez un enfant hospitalisé pour syndrome méningé est un élément suffisant pour déclarer le cas à l'inspection d'hygiène. Le médecin scolaire sera contacté par l'inspecteur d'hygiène pour déterminer la population cible d'une éventuelle chimioprophylaxie et fournir l'information nécessaire pour éviter la panique dans le milieu enseignant. La prophylaxie cible en principe les contacts à haut risque (4h ou plus par jour au cours de la semaine qui précède ou 5 jours sur 7 au cours de la semaine qui précède). Cela concerne les contacts familiaux, personnes vivant sous le même toit, les enfants en contact rapprochés (en principe la classe, ce qui pose problème actuellement avec les cycles 5-8 qui mélangent des enfants de plusieurs classes différentes), les garderies, crèches, internats et enseignement spécial. Les parents qui refusent la chimioprophylaxie pour leur enfant doivent maintenir ce dernier 10 jours au domicile. Ils doivent être informés des symptômes évocateurs de l'apparition éventuelle de la maladie.

La chimioprophylaxie classique consiste en l'administration de rifampicine : chez l'enfant 10 mg/kg deux fois par jour, pendant deux jours 30 minutes avant repas ou deux heures après. Chez l'adulte, on administre 300 mg/j de rifampicine. Actuellement, en raison de problème d'accessibilité de la rifampicine, et pour des raisons de compliance, on tend à préférer une dose unique de ciprofloxacine tant chez l'adulte que chez l'enfant. Cependant les recommandations ne le conseillent pas avant l'âge de cinq ans chez l'enfant.

D'après l'exposé : « Philosophie de la loi et cas particuliers : méningite, hépatite et varicelle » du Dr Yvo PIRENNE Inspection d'hygiène

Faut-il vacciner contre la varicelle ?

La varicelle est une affection bien connue du généraliste, de diagnostic aisé. Il s'agit de la maladie la plus contagieuse après la rougeole. Le taux d'infection secondaire des contacts sous le même toit est de 80 à 90 %. La contamination se fait par aérosols respiratoires ou par contact direct ou par objets contaminés mais également par voie transplacentaire. La varicelle est une maladie infantile (entre 1 et 14 ans dans 90 % des cas) pour laquelle les décès sont rares. Néanmoins, les hospitalisations et la mortalité touchent surtout les adultes (35 % de mortalité chez les 5 % d'adultes atteints) et dans une moindre mesure les enfants de moins de un an. Pour les femmes enceintes, le risque est fœtal (2 % de malformations congénitales entre la 13^e et la 20^e semaine de grossesse) et maternel (pneumopathies et mortalités augmentées : les femmes enceintes sont immunodéprimées). Il existe aussi un risque augmenté de mortalité néonatale (30 % si la mère contracte l'infection entre 5 jours avant l'accouchement et 2 jours après). Les patients immunodéprimés sont également à plus haut risque de mortalité en cas de varicelle.

La maladie confère une immunité définitive mais avec possibilité de réactivation sous forme de zona (20 % de la population). Les adultes qui sont moins en contact avec la varicelle sont plus à risque de développer un zona, leur immunité n'étant plus stimulée.

Le réservoir viral est humain et la survie virale en dehors de l'hôte est très courte. L'intérêt de la vaccination réside dans le but d'éradiquer la maladie à l'instar de ce qui s'est passé pour la variole. Aux USA, on procède à la vaccination systématique depuis mars 1995. Il s'agit d'un vaccin vivant atténué (donc contre-indiqué chez les femmes enceintes et les immunodéprimés), bien toléré qui donne une séro-conversion maximale chez les enfants immunocompétents. La durée de l'immunité conférée par le vaccin est inconnue à ce jour.

Un autre intérêt du vaccin est économique : la varicelle implique une éviction scolaire de 8 jours avec un absentéisme parental. La vaccination contre la varicelle est donc très intéressante à plus d'un titre. Mais une vaccination systématique n'est valable que si la couverture de la population est supérieure à 90 %. On risque autrement de voir un glissement de prévalence à l'âge adulte où la maladie est plus grave. Par ailleurs, la vaccination systématique risque d'entraîner plus de cas de zona chez les

adultes par absence de stimulation immunitaire. Le vaccin est inutile chez les adultes et adolescents qui ont déjà eu la varicelle: une sérologie est donc nécessaire en cas de doute. Il est intéressant de prendre l'habitude de signaler sur les cartes de vaccination des enfants lorsqu'ils font la varicelle.

D'après l'exposé: «La varicelle» du Dr Sophie LOKIETEK, Inspection d'hygiène Brabant wallon et Hainaut.

Ces indésirables hôtes cutanés

On observe actuellement une recrudescence de la **gale humaine** tant dans les collectivités que chez des personnes «isolées». La lésion caractéristique est le sillon, mais il n'est pas toujours présent. Dès lors, il faut penser à la gale en cas de lésions de grattage en l'absence de tout antécédent de lésions prurigineuses, de prurit à recrudescence nocturne avec réveils (même sous benzodiazépines), de sites évocateurs de grattage (pli du poignet, espace interdigitaux). La gale épargne le cuir chevelu et le visage. Le diagnostic est essentiellement clinique. La biopsie est tout à fait inutile pour une gale commune. Il faut soigner non seulement le patient mais aussi tous les membres de l'entourage proche. Le traitement local consiste en perméthrine à 5% qui n'est pas toxique mais qui est coûteux et pour lequel peut exister une résistance. Le benzoate de benzyle ne sait plus être délivré qu'en magistrale. L'observance au traitement par benzoate de benzyle est aléatoire en raison du fait qu'il est particulièrement irritant. Le traitement de choix est l'ivermectine (Stromectol®) per os, non commercialisé en Belgique mais disponible en France, aux Pays-Bas et au Grand-Duché.

Chez les personnes âgées, la gale commune est rare, on verra plus souvent des formes atypiques voire des formes hyperkératosiques (gale norvégienne). Le traitement consiste en trois cures d'ivermectine à une semaine d'intervalle. En MRS, le personnel soignant est le principal vecteur du sarcopte. Il faudra traiter toute la MRS et la famille des membres du personnel soignant atteints cliniquement par 2 cures d'ivermectine à 10 jours d'intervalle.

Contre **les poux**, une triade conseillée est le malathion (Prioderm®) associé à une lotion pour décoller les lentes (Priolox®) appliquée au peigne humide. Outre le malathion, la perméthrine à 1% et les sprays de dépaléthrine sont effi-

caces. Il existe cependant des résistances aux produits topiques. La technique du peigne humide (passage du peigne 3 à 4 fois tous les 3 à 4 jours) permet de couper le cycle du pou.

La **phtiriose ou pou du pubis** se traite par perméthrine (Zalvor®) (mais pas par malathion) et rasage. Penser à examiner les cils et les sourcils.

L'**acné papulopustuleuse** peut traduire une mauvaise hygiène cutanée. On conseillera des lavages répétés du visage avec un savon antiseptique. Pour augmenter l'efficacité et diminuer le risque de résistance aux antibiotiques tant topiques que systémiques dans l'acné, il faut augmenter les concentrations locales ou les doses systémiques.

D'après l'exposé: «Gale, poux et infections cutanées: problème d'actualité» du Pr Jean Marie LACHAPELLE, service de dermatologie, UCL, Bruxelles

Quand les bactéries font de la résistance

Une journée consacrée aux infections ne peut ignorer le problème des résistances bactériennes.

Cette résistance bactérienne progresse plus vite que la découverte des antibiotiques, affirme notre actuel ministre de la santé.

Les responsabilités de ces résistances sont partagées entre agroalimentaire, professionnels de soins de santé mais aussi les patients. Les médecins ne respectent pas assez les recommandations, traitant des viroses par antibiotiques et utilisant trop souvent des larges spectres. Les patients quant à eux font de l'automédication et exercent une pression intolérable sur le corps médical. À notre niveau, il faut arriver à rester maître de sa prescription face au patient, mieux connaître et suivre les recommandations. On utilisera si nécessaire préférentiellement des antibiotiques à spectre étroit, ciblant des pathologies en ayant recours à la bactériologie. Et on évitera les stocks d'antibiotiques chez les patients: nous devrions pouvoir prescrire en dose unitaire.

Le professeur Lachapelle quant à lui propose de réhabiliter les antiseptiques locaux. En matière d'impétigo par exemple, l'antibiotique local de choix est l'acide fusidique (Fucidin®) dans la mesure où la mupirocine doit rester réservée pour lutter contre le MRSA. Mais des résistances apparaissent aussi contre l'acide fusidique. Ce dernier ne devrait donc être utilisé qu'à bon escient et en cures courtes. La prévention des infec-

tions lors de petites interventions dermatologiques, le traitement des surinfections des piqûres d'insecte ou les dermatites atopiques impétiginisées peuvent bénéficier des antiseptiques tels que la polyvidone iodée ou la chlorhexidine. L'Isobetadine® a un excellent spectre d'action, ne connaît pas de résistance et souffre de peu d'allergies, même si sa teinte est désagréable et si elle est irritante. Un consensus s'est dégagé ces derniers temps pour réhabiliter son usage pour la varicelle, le zona, l'orfi, les folliculites, furoncles, intertrigo, érythrasma, pied d'athlète, les paronychies et la désinfection des plaies de petites interventions.

Et enfin pour terminer par là-même où nous avons commencé, rappelons-nous toujours que la meilleure des préventions des infections commence par une bonne hygiène des mains... et c'est valable aussi pour le patient.

D'après l'exposé: «Le rubixcube infectiologique» du Dr Jean Christophe MAROT, interniste - infectiologue, Hôpitaux Gilly, Ste Thérèse-IMTR, consultant UCL-St Luc et «Gale, poux et infections cutanées: problème d'actualité» du Pr Jean Marie LACHAPELLE, service de dermatologie, UCL, Bruxelles