

Objectif : À 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 du post-partum à Streptocoque A

CCLIN SUD-OUEST Période de survenue : 2011

MOTS CLES

Streptococcus pyogenes, cas groupés, obstétrique

POINT D'INFORMATION, Message clé

La maîtrise de cas groupés d'infections du post-partum à Streptocoque A (SGA) 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 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 patientes, la mise en place des mesures de prévention adaptées, la recherche d'un portage par les professionnels et la communication en interne et en externe.

CONTEXTE

✘ Description chronologique de l'évènement

Survenue en trois mois, dans un service de maternité, de huit cas d'infections du post-partum à SGA (endométrites entre un et sept jours après l'accouchement). La cellule de crise a été déclenchée dès l'apparition du deuxième cas ; elle a décidé la conduite d'investigations, l'information des patientes, la recherche de cas additionnels et la recherche d'un portage oropharyngé chez tous les professionnels de santé du service. Le dépistage a conduit à l'identification de cinq cas parmi les professionnels (deux infectés et trois colonisés), dont trois probablement nosocomiaux (un contaminé par une patiente et deux contaminés par un autre professionnel). Parmi les patientes ont été identifiés quatre cas sporadiques, trois cas reliés à un professionnel infecté et un cas relié à un professionnel colonisé. L'évolution des patientes sous antibiothérapie a été favorable. Le CCLIN et l'ARLIN ont participé aux investigations et aux évaluations de pratiques.

✘ Investigations

- Description et analyse des cas pour identifier le(s) mécanisme(s) de transmission ;
- Observation des pratiques par l'EOH de l'établissement puis par l'ARLIN ;
- Dépistage oropharyngé des professionnels et génotypage des souches par le centre national de référence.

✘ Hypothèses et mécanismes possibles de transmission

- Transmission par un professionnel porteur : directe, ou indirecte *via* un réservoir environnemental ou matériel ;
- Transmission croisée entre patientes : manuportée ou *via* un matériel partagé ;
- Infection endogène à partir de la flore oropharyngée, vaginale ou cutanée de la patiente.

Hypothèses pour cet épisode : pour quatre patientes transmission directe à partir d'un soignant porteur, et pour quatre patientes infection endogène.

✘ Évènements similaires

En France, le dispositif de signalement des infections nosocomiales a permis de recenser, entre 2001 et 2010, 218 cas d'infections à SGA en maternité dont près de 30 % concernant des cas groupés. La circulation d'une même souche au sein d'une unité de maternité a déjà été décrite dans la littérature (Raymond et al., Ben Zakour et al., avec respectivement cinq cas en trois mois et neuf cas en six mois). Viglionese et al. ont décrit neuf cas d'infections du post-partum en lien avec un professionnel porteur.

✘ Circonstances et causes immédiates

- Protocole de friction hygiénique des mains non suivi par tous les professionnels de santé ;
- Masque chirurgical fréquemment manipulé, ôté et remis en place ;
- Gants parfois conservés pour plusieurs tâches ;
- Absence de toilette vulvo-périnéale avant l'expulsion.

✘ Causes latentes

- Informations et/ou protocoles relatifs aux précautions standard (hygiène des mains et port de masque notamment) insuffisamment explicites ;
- Méconnaissance du risque lié à la manipulation du masque ;
- Absence de protocole de préparation périnéale avant l'expulsion ;
- Absence de recherche de foyer infectieux oropharyngé ou cutané dans l'entourage des patientes à l'admission.

ACTIONS MENEES Mesures correctives engagées

Facteurs	Observations	Axes d'amélioration
	Etablissement de santé	
Pratiques	<u>Hygiène des mains et gestion des gants :</u> - Indications et technique de friction hygiénique non suivies par tous les professionnels - Gestion des gants inappropriée	- Formation pratique des professionnels du bloc accouchement et maternité - Révision des protocoles - Information de tous les professionnels <i>via</i> des documents internes : journal, affiches - Sensibilisation par évaluation des pratiques
	<u>Port du masque :</u> - Non systématique après rupture de la poche des eaux - Fréquentes manipulations et réutilisations	- Resensibilisation au bon usage du masque par des formations, un affichage et des évaluations
Protocoles de soins Procédures Organisation	<u>Prévention des infections endogènes à SGA :</u> - Evaluation incomplète du risque d'infection à SGA des parturientes	- Recherche systématique de signes cliniques ORL et cutanés de la parturiente et de son entourage proche à l'admission - Affichage à destination des parturientes
	- Pas de protocole de préparation périnéale avant l'expulsion - Absence de consensus médical quant à la prise en charge d'un SGA découvert inopinément chez une parturiente	- Révision, diffusion, évaluation du protocole d'hygiène des soins en obstétrique - Formation des professionnels - Elaboration et diffusion d'une conduite à tenir conformément aux recommandations de l'infectiologue
Région - Interrégion – National		
Interface ARLIN / CCLIN - établissement de santé	- Suivi des investigations et dépistages - Aide pour l'investigation des cas, l'évaluation des pratiques, la réalisation d'une analyse approfondie des causes	
Centre national de référence	- Typage des souches - Aide pour l'investigation des cas (hypothèses)	

✘ Commentaires sur la prise en charge de l'évènement

Bonne réactivité des professionnels de l'établissement dès les premiers cas mais signalement externe trop tardif ; forte implication du CNR.

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
- ✘ Conduite à tenir en cas de suspicion d'infection invasive à *Streptococcus pyogenes* (streptocoque bêta-hémolytique du groupe A) en service de gynécologie-obstétrique et maternité. CCLIN Sud-Est. Mars 2010. http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Signalement/CAT/streptoA_VF2.pdf
- ✘ Ben Zakour NL, Venturini C, Beatson SA, Walker MJ. Analysis of a *Streptococcus pyogenes* Puerperal Sepsis Cluster using Whole-Genome Sequencing. J Clin Microbiol. 2012 Apr 18 (sous presse)
- ✘ Raymond J, Schlegel L, Garnier F, Bouvet A. Molecular characterization of *Streptococcus pyogenes* isolates to investigate an outbreak of puerperal sepsis. Infect Control Hosp Epidemiol. 2005 may;26(5):455-461
- ✘ Viglionese A, Nottebart VF, Bodman HA, Platt R. Recurrent group A streptococcal carriage in a health care worker associated with widely separated nosocomial outbreaks. Am J Med. 1991 Sep 16;91(3B):329S-333S

Commentaires à adresser à : Dr AG Venier anne-gaelle.venier@chu-bordeaux.fr