

Optimisation de la rentabilité du dépistage des patients porteurs de SARM dans les services de médecine de court séjour

Matthieu Eveillard
UFR Médecine
Université d'Angers.

Communication Junior, Congrès SFHH, Paris 2008

Introduction

La stratégie classique de maîtrise de la diffusion des SARM repose sur l'association :

Identification des porteurs + précautions complémentaires
(SHEA 2003)

Prélèvements à visée diagnostique

Prélèvements de dépistage
(partie immergée de l'iceberg)
(variable suivant études)

Recommandés à l'admission
en réanimation (tous les patients)
Bon rapport coût-efficacité

Court séjour hors réa...
Cible = « Patients à risque »

Dépistage = Pratique coûteuse => nécessité d'une optimisation de sa rentabilité, surtout en l'absence de reco. consensuelles fortes.

Introduction

La recherche de cette optimisation implique de répondre à plusieurs questions :

- Quels patients prélever (cible) ?
- Quels sites anatomiques prélever ?
- Quelle méthodologie microbiologique ?
 - Enrichissement ?
 - Durée d'incubation des milieux gélosés ?
 - PCR ?

L'objectif de ce travail était d'apporter des éléments de réponse aux **deux premières questions**.

Principe général de la démarche

3 études

1. Identification d'une population à risque parmi les patients admis dans deux services de gériatrie de court séjour.
2. Prise en considération de l'âge dans le choix de la population cible à dépister.
3. Étude de la rentabilité de différents choix de sites anatomiques pour le dépistage.

Étude 1 : identification de patients à risque de portage de SARM à l'admission dans 2 services de court séjour de gériatrie

• Méthode :

- Étude descriptive : dépistage généralisé à l'admission.
- Durée de l'étude : 5 semaines.
- Sites anatomiques prélevés : nez + plaies cutanées.
- Questionnaire sur les caractéristiques de tous les patients prélevés.
- Analyse univariée + régression logistique.

• Résultats :

- 239 patients prélevés (97% des admis).
- Âge moyen : 81 ans (extrêmes : 66 - 100).
- Sex-ratio (M/F) : 0,58.

Étude 1 : identification de patients à risque de portage de SARM à l'admission dans 2 services de court séjour de gériatrie

• Résultats :

- Prévalence : 14,6% (IC95% = [10,1 - 19,1])
(mais 6,7% parmi les patients provenant de leur domicile, sans hospitalisation au cours des 6 derniers mois).
- Caractéristiques associées au portage :

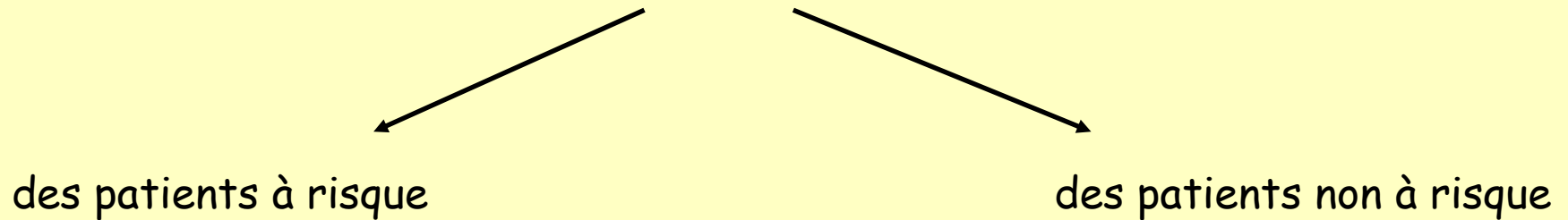
Caractéristiques	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	OR	p	ORa	p
Plaies cutanées - escarres	2,91	< 0,01	2,86	0,02
Sonde urinaire avant admission	4,48	< 0,02	3,00	NS (0,11)
Socre ASA \geq 3	2,18	< 0,05	1,53	NS
Traitement antibiotique dans les 15 jours	1,52	NS	1,00	NS
Troubles comportementaux	1,72	NS	1,84	NS
Transfert	1,34	NS	0,83	NS
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	2,55	< 0,02	4,64	< 0,001

Étude 2 : Prise en considération de l'âge dans le choix de la population cible à dépister à l'admission

- **Méthodes :**

Schéma d'étude

Pendant 6 mois, dépistage de tous les patients admis dans un service de médecine interne, avec différenciation

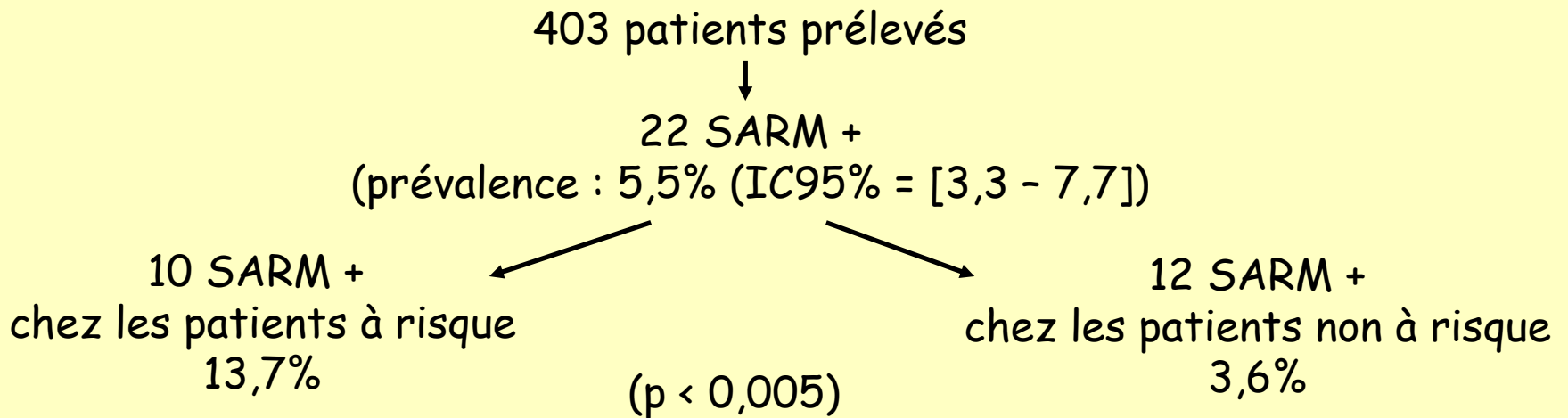


Évaluation du rendement du dépistage en fonction de l'inclusion de différents groupes de patients non à risque par tranches d'âges (+ de 80 ans, + de 70 ans, + de 60 ans).

Comparaison de la transmission croisée pendant cette période de 6 mois et pendant les 6 mêmes mois calendaires de l'année précédente (dépistage ciblé).

Étude 2 : prise en considération de l'âge dans le choix de la population cible à dépister à l'admission

- Résultats



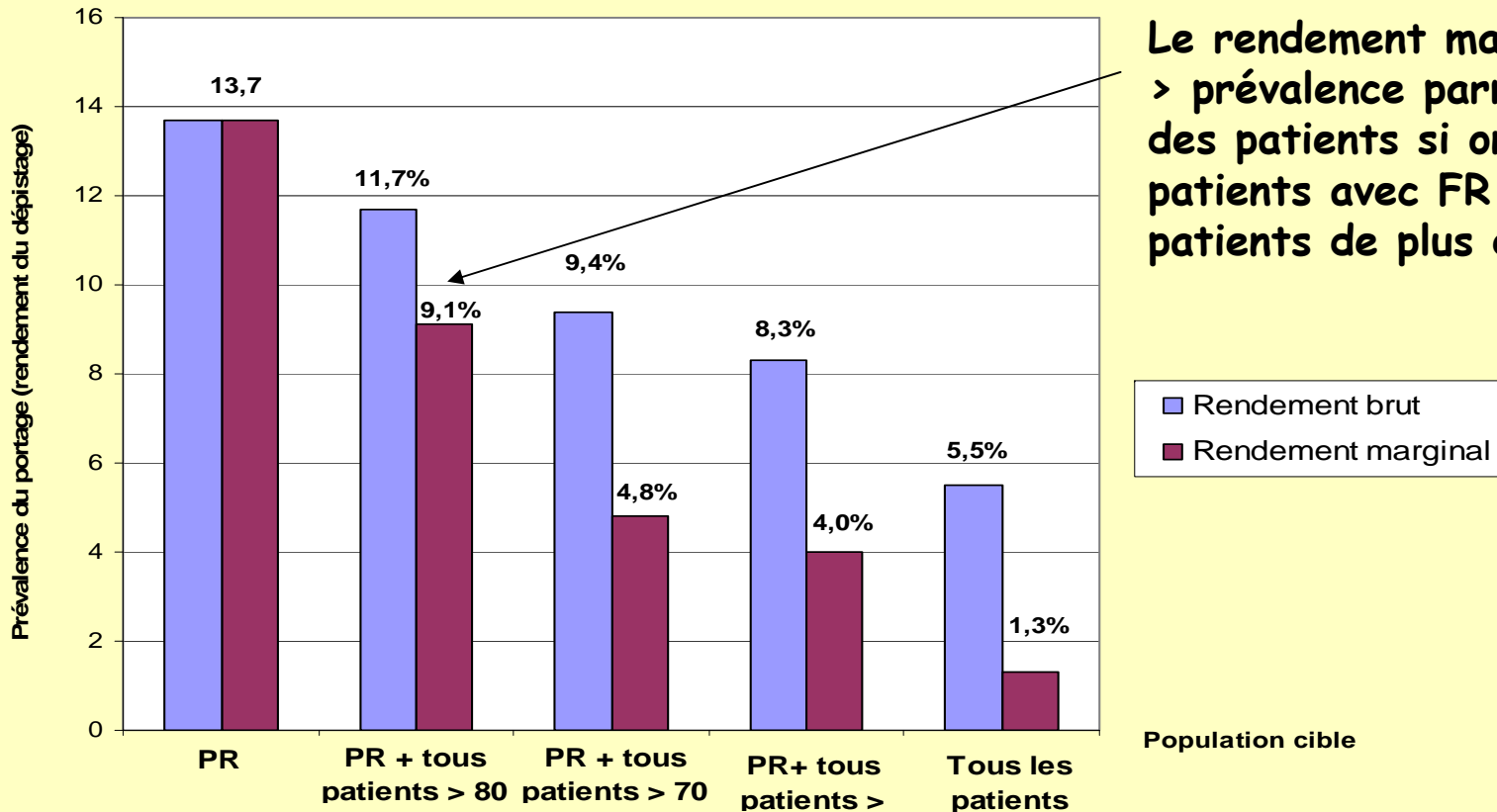
Prévalence en fonction de l'âge (indépendamment des FR) :

Âge	Prévalence
< 60 ans	1,4%
61 - 70 ans	4,3%
71 - 80 ans	6,5%
> 80 ans	12,7%

Étude 2 : prise en considération de l'âge dans le choix de la population cible à dépister à l'admission

- Résultats.

Prise en considération de l'âge pour le choix de la population cible à dépister



Le rendement marginal reste > prévalence parmi l'ensemble des patients si on ajoute aux patients avec FR tous les patients de plus de 80 ans.

Étude 2 : prise en considération de l'âge dans le choix de la population cible à dépister à l'admission

- **Résultats.**

Influence de l'âge choisi pour la population cible sur la sensibilité du dépistage :

Population cible	Nombre de patients prélevés (%)	Nombre de porteurs identifiés	Sensibilité
Patients à risque (PR)	73 (18,1)	10	45,5%
PR + tous patients > 80 ans	128 (31,8)	15	68,1%
PR + tous patients > 70 ans	191 (47,4)	18	81,8%
PR + tous patients > 60 ans	241 (59,8)	20	90,9%

Comparaison de la transmission croisée (dépistage cible vs. Généralisé) :

Indicateurs	Dépistage ciblé (2002)	Dépistage généralisé (2003)	Risque relatif	p
Incidence pour 1000 jours d'hospit.	1,13	0,14	8,1	< 0,02
Pourcentage de SARM acquis	92,9%	33,3%	2,79	< 0,001

Étude 3 : quel(s) site(s) anatomique(s) prélever ?

• Rationnel de l'étude :

Si prélèvement systématique des patients de + de 80 ans en médecine

↓
Augmentation des coûts et de la charge de travail

↓
Nécessité d'optimiser la technique du dépistage

↙
Methodologie microbiologique

↘
Sites anatomiques

• Méthodes :

- Un an d'étude.
- Tous les prélèvements de dépistage à l'admission.
- Sites prélevés : nez, aisselles, rectum (plaies prélevées exclues de l'évaluation).
- Pour chaque patient SARM + :
 - site(s) positif(s) noté(s)
 - nombre de jours d'hospitalisation correspondant à un nombre de jours théoriques d'isolement.

Étude 3 : quel(s) site(s) anatomique(s) prélever ?

- **Résultats** : « Rentabilité » des différentes combinaisons de sites.

1250 patients prélevés \longrightarrow 123 SARM + à l'admission

Sites anatomiques prélevés	Nombre (%) de patients présentant un écouvillon +	Nombre (%) de jours d'isolement théoriques
Nez seul	53 (43,2)	673 (36,4)
Peau saine seule	10 (8,1)	99 (5,3)
Rectum seul	21 (17,1)	431 (23,2)
Nez + peau saine	3 (2,4)	32 (1,7)
Nez + rectum	18 (14,6)	325 (17,5)
Peau saine + rectum	2 (1,6)	30 (1,6)
Nez + peau saine + rectum	16 (13,0)	264 (14,3)

Total nez : 90 écouvillons +

Total peau saine : 29 écouvillons +

Total rectum : 55 écouvillons +

Si écouvillonnage nasal seul : **perte de 26,8%** des patients positifs avec les 3 sites.

La peau saine n'apporte que **8,1%** de patients positifs et 5,3% du nombre de jours d'isolement théorique en plus.

Le rectum apporte **17,1%** de patients positifs en plus et 23,2% du nombre de jours d'isolement théorique en plus.

Discussion

Dépistage en médecine ?

- Prévalence non négligeable à l'admission (surtout chez patients à risque).
- Efficacité sur la diminution de la transmission du SARM.

Autres études concordantes :

- Wernitz *et al.* (CMI 2005)
- Shitrit *et al.* (ICHE 2005)

Dépistage ciblé ou généralisé ?

- Généralisé : problème de rapport coût-efficacité.
- Ciblé : intérêt d'élargir la cible ?
 - Tous les patients de + de 80 ans (Samad *et al.* JHI 2002, Lucet *et al.* ICHE 2005)...
 - Utilisation d'un score de risque (Harbarth Am J Med 2006)...

Discussion

Limitation des sites de prélèvement :

Marshall, JHI 2004 : **Nez** + 1 autre site...

Plaies ou
lésions cutanées

Si absence de plaie ou lésion...

- Peau saine (aisselles) ? Faible gain.
- Rectum ? Peut permettre d'identifier entre 15 et 20% de porteurs en plus par rapport au nez seul.
- Gorge (études scandinaves) ?

Conclusion

La stratégie de dépistage à l'admission dans les services de médecine dépend de plusieurs paramètres :

- Choix de la politique globale de l'établissement (PS ou dépistage + PC).
- Écologie locale (prévalence à l'admission).
- Moyens humains et financiers pouvant être consacrés au dépistage (et aux précautions complémentaires).
- Nouvelles recommandations d'experts de la SFHH...