

**PRÉLÈVEMENTS POSITIFS A SARM DANS UN  
SERVICE D'ACCUEIL URGENCE :  
ORIGINE HOSPITALIERE OU COMMUNAUTAIRE ?**

**B.TEQUI<sup>1</sup>, N. ASSERAY<sup>2</sup>, M.E. JUVIN<sup>1</sup>, O. MAILLARD<sup>1</sup>, G. POTEL<sup>2</sup>, H. DRUGEON<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE**

**<sup>2</sup> SERVICE DES URGENCES**

**CHU NANTES**

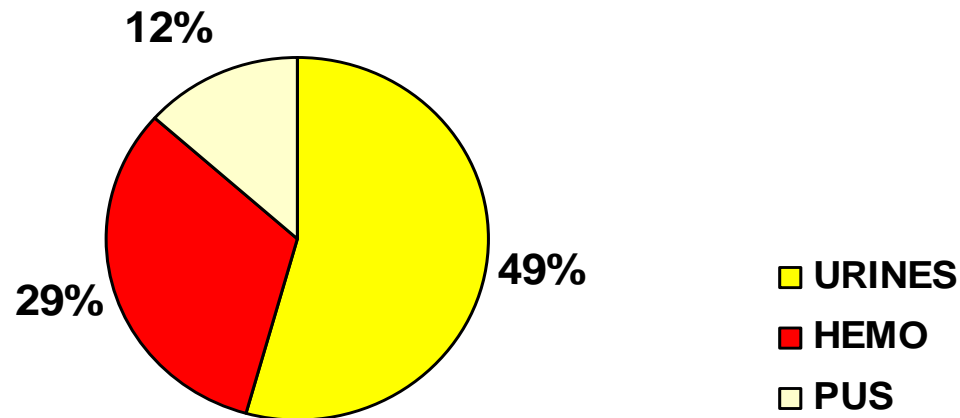
- Surveillance prospective du *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) au CHU de NANTES
  - Mise évidence d'un nombre important de prélèvements diagnostiques positifs à SARM au service d'accueil urgence (SAU)
  
- **Objectifs de l'étude :**
  - ✓ Déterminer la prévalence du SARM dans un SAU
  - ✓ Étudier
    - les phénotype de résistance des SARM au SAU
    - les antécédents des patients
  - ✓ Analyser ces données afin de suspecter une origine hospitalière ou communautaire

# Analyse rétrospective des isolats de SARM

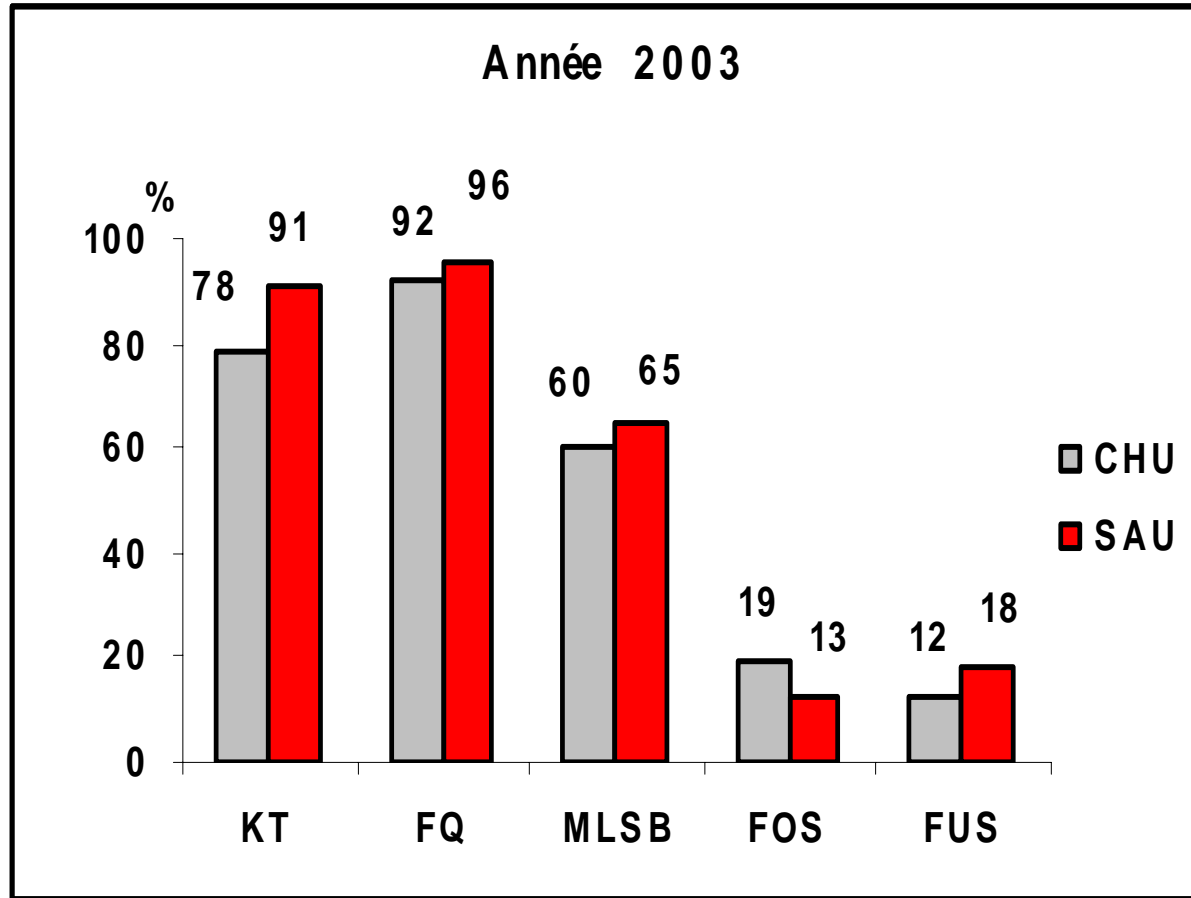
41 souches chez 41 patients après élimination des doublons sur 24 mois

	2003				2004			
	S.aureus	SARM	%	Incidence	S.aureus	SARM	%	Incidence
CHU	1458	423	<b>29</b>	0,48 / 1000 jours	1410	353	<b>25</b>	0,42 / 1000 jours
SAU	70	23	<b>33</b>	0,86 / 1000 patients	80	18	<b>23</b>	0,86 / 1000 patients

## ORIGINE DES PRELEVEMENTS DE SARM AU SAU



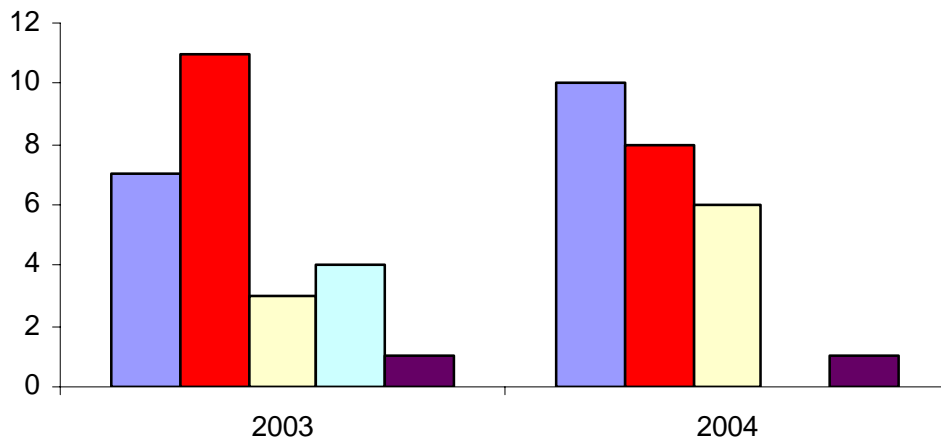
# Phénotypes de résistance des SARM



# Caractéristiques des patients

- Âge moyen 75 ans (41-104)
- Sexe ratio 0,47
- Provenance
  - domicile dans 85%
  - maison de retraite dans 12%
- Antécédents d'hospitalisation chez 39/41 patients (95%)
  - dernière hospitalisation < 1 an pour 88 %  
avec un délai moyen de 78 jours ( 2-299)

NB patients



**HR** : hospitalisation récente

**HM** : hospitalisation multiple

**HA** : hospitalisation ancienne

**H hors CHU**

**Pas Hosp**

- **Antécédents de portage de SARM** chez les patients du SAU positif à SARM à l'admission
  - ✓ 2 / 36 patients
    - ayant des antécédents d'hospitalisation au CHU de NANTES
- **Suspicion de SARM communautaire** (résistance isolée à la méticilline)
  - ✓ 1 / 41
    - Homme de 46 ans sans antécédent d'hospitalisation, admis pour une dermatose
  - ✓ 1/41 résistance à la méticilline et aux fluoro-quinolones
    - Homme de 92 ans choc septique avec porte d'entrée urinaire sur tumeur vésicale infiltrante

# Discussion

## Premier diagnostique de SARM au SAU

- soit 5% des SARM identifiés au CHU en 2003 et 2004
  - ✓ Profil de résistance hospitalier 39 /41 SARM (95 %)
  - ✓ 95 % d'antécédents d'hospitalisation
  
- Pourquoi ?
  - ✓ Raccourcissement des durées d'hospitalisation, avec soins extra-hospitalier
  - ✓ Portage prolongé
  - ✓ Virulence diminuée ?
  
- Entraîne 2 questions primordiales
  - 1 ) Quelle politique de dépistage
  - 2 ) Validité de l'indicateur de surveillance SARM / 1000 jours

# Quelle politique de dépistage ?

## dans les pays à forte endémie de SARM

- Rapport coût-bénéfice favorable pour le dépistage systématique à l'admission en réanimation
  - ✓ 162 SARM / 2347 admissions (Lucet JC Arch Intern med 2003; 27)
- Dépistage au SAU
  - ✓ Faisabilité ?
    - 23 SARM / 89000 admissions au SAU en 2003
  - ✓ Cibler chez les patients présentant des facteurs de risque?
    - Antécédents d'hospitalisation > 5 jours dans l'année
    - Plaie chronique
    - Antécédents chirurgicaux
    - Âge > 60 ans

Rapport coût-bénéfice favorable pour un dépistage ciblé en dermatologie, avec une sensibilité identique pour 51 SARM / 729 admissions (Girou ICHE 2000; 21)

# Validité de l'indicateur de surveillance SARM/1000 jours ?

Surveillance prospective du SARM au CHU de Nantes depuis 1993 :  
calcul de l'incidence du **SARM / 1000 jours par service**

## ➤ Validité de l'indicateur ???

- Femme 58 ans DOA sur cirrhose, 3 hospitalisations en 3 mois (14j-1j-2j)
  - SARM dans une hémoculture au SAU, 28 jours après la sortie  
(porte d'entrée érysipèle)
- Femme 69 ans polyarthrite, hospitalisée 2 fois 4 jours à un mois d'intervalle, pour surinfection bronchique
  - SARM dans une hémoculture au SAU, 2 jours après la sortie  
(porte d'entrée arthrite d'épaule)
- Homme 81 ans hospitalisé 7 jours pour ostéo-synthèse d'une fracture du col de fémur, consultation à 24 jours, retour en convalescence avec une cicatrice inflammatoire, réadmission le soir même au SAU
  - SARM dans une hémoculture 24 jours après la sortie (porte d'entrée ISO)

# Validité de l'indicateur de surveillance SARM/1000 jours ?

## ➤ SARM / 1000 jours par service

- **Indicateur non valide** car le raccourcissement des durées de séjour ( TAA) favorise le passage de la colonisation à l'infection après sortie du service

## ➤ SARM / 1000 jours sur un ES

- ✓ Permet de récupérer des acquisitions nosocomiales lors de réadmissions (ex SAU)
  - Si établissement de référence (36 cas)
  - Non valide pour des ES plus petits ou privés qui transfèrent sur un centre de référence (4 cas)

# Impact sur la surveillance nationale des BMR

- **Origine de la souche** (définitions du R.A.IS.I.N.)
  - Souche importée d'ailleurs :
    - la souche est isolée soit dans un autre établissement, soit le **malade était déjà porteur à l'entrée**

Dans cette étude prélèvement positif à l'admission en l'absence de portage connu dans 34 cas / 36

→ **souche importée selon les critères du RAISIN**

**Mais**

Données bactériologiques et caractéristiques des patients en faveur d'une transmission croisée lors d'un séjour antérieur

→ **souche acquise dans l'établissement**

# Conclusion

- 1) Dans cette étude mise en évidence d'un nombre relativement important de SARM au SAU (5 % diagnostiqués au SAU)
  - ✓ **Identification d'un service à haut risque de transmission croisée**
  
- 2) Remise en cause de la validité des indicateurs classiques
  - ✓ **Pertinence de l'indicateur du tableau de bord SARM/1000 jours discutable selon le type d'établissement**
  
- 3) Quelle politique de dépistage au sein des établissements ?
  - ✓ **Faisabilité d'un dépistage large semble impossible**