

EPC (CRE) - NOUVEAU CAS - PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU PATIENT EPC ET DE SES CONTACTS

Cette recommandation a pour objectif de limiter rapidement la diffusion d'entérobactéries productrices de carbapénèmase (EPC) dans centres de traitement et réadaptation (CTR) du canton de Vaud. Elle s'applique à tous les nouveaux patients colonisés/infectés par EPC et à leurs contacts. La prise en charge des cas connus et des contacts connus est décrite dans la recommandation CTR - Réadmission d'un patient colonisé/infecté par EPC et/ou d'un patient contact EPC connu (<https://www.hpci.ch/prevention/recommandations/contenu/cre-admission-dun-patient-connu-colonis%C3%A9-par-une-ent%C3%A9robact%C3%A9rie>).

Les entérobactéries sont des bactéries commensales de la flore digestive mais qui peuvent être responsables d'infections graves. Les bêta-lactamases ayant une activité de carbapénèmase sont les plus puissants mécanismes de résistance aux carbapénèmes. Ces carbapénèmases sont identifiées de façon croissante chez les entérobactéries dans le monde entier. Les carbapénèmases de type KPC décrites tout d'abord aux États-Unis chez *Klebsiella pneumoniae* ont maintenant une diffusion mondiale. Les carbapénèmases de type métallo-enzymes (VIM, IMP...) ont été également décrites dans le monde entier avec une forte prévalence en Europe du Sud et en Asie. OXA-48 est l'une des carbapénèmases les plus récemment décrites, structurellement différente des précédentes et essentiellement identifiée dans des pays méditerranéens (*P. Nordmann, A. Carrer : Les carbapénèmases des entérobactéries. Archives de Pédiatrie 2010;17:S154-S162*).

Les gènes de ces carbapénèmases sont le plus souvent plasmidiques, majoritairement dans des souches hospitalières de *K. pneumoniae* mais leur diffusion communautaire a déjà été rapportée. Ces carbapénèmases sont présentes dans des souches multirésistantes aux antibiotiques. Les infections à entérobactéries productrices de carbapénèmases sont difficiles à traiter et peuvent être la source d'impasses thérapeutiques. Leur détection difficile (détection des infectés comme des porteurs), expliquerait leur diffusion à bas bruit aux conséquences thérapeutiques dramatiques. En absence de consensus international sur les mesures à adopter et en raison de notre épidémiologie locale, nous avons opté pour une attitude de précaution maximale. Cette attitude sera à réévaluer en fonction de l'évolution.

DOMAINE D'APPLICATION

Cette recommandation s'applique aux nouveaux patients colonisés/infectés par EPC, aux patients ayant eu un contact avec des patients colonisés/infectés par EPC, ceci dans tous les CTR (services /unités) concernés.

RESPONSABILITÉ

Cette recommandation est sous la responsabilité des services (des responsables) HPCI du CTR et son application est de la responsabilité des différents unités/services concernés.

Définitions

EPC=CRE = Entérobactérie productrice de carbapénèmase (EPC)

Carbapénème = Classe d'antibiotique de la famille des bêtalactames. Les principaux antibiotiques de cette classe disponibles localement sont l'imipénème, le méropénème, l'ertapénème.

Cas EPC OU CRE = Est considéré comme un cas **EPC** tout patient colonisé ou infecté par une entérobactérie productrice de carbapénèmases identifiée dans un prélèvement à visée diagnostique ou de dépistage.

Cas EPC admission = Détection d'un cas **EPC** dans des prélèvements effectués durant les 3 premiers jours d'hospitalisation ou cas détecté avant hospitalisation (ambulatoire, autre hôpital, EMS, CTR).

Cas EPC détecté >72h après admission = Détection de cas **EPC** dans des prélèvements effectués après plus de 3 jours d'hospitalisation (nosocomial).

Contact EPC = Est considéré comme contact **EPC** tout patient qui a séjourné dans la même chambre/soins continus qu'un cas **EPC** depuis son admission quelle que soit la durée de voisinage et jusqu'à la mise en place des Mesures Additionnelles contact. Les cas contact CRE ou EPC sont maintenus en **Mesures additionnelles Contact** si contact <3mois ou en **Précautions Standard** si contact >3mois et <1 an jusqu'à réception des résultats de dépistage. 3 dépistages consécutifs hebdomadaires (J0,J7 et J14) doivent être programmés.

Alerte informatique

Pour les contacts EPC, l'alerte informatique (ALGERME/OPALE) sera désactivée après 3 résultats documentés négatifs (dépistage J0,J7 et J14) ou après 1 an.

Principes de prise en charge

Il est impératif, en CTR, de tenir compte des besoins spécifiques du patient et en particulier des missions spécifiques de ce type d'établissement.

Pour les patients colonisés EPC

- séjour en chambre individuelle et sanitaire individuel
- instauration de MA contact lors des soins. Les patients colonisés pourront bénéficier des infrastructures collectives (salle à manger, physiothérapie/ergothérapie en groupe (pansement occlusif sur plaie colonisée, moyens de protection si incontinence).
- pas de surblouse pour le patient lors d'activités hors chambre.
- le patient colonisé sera maintenu en chambre en présence des diarrhées importantes difficilement contenues.
- en présence d'une infection à EPC, maintien en chambre jusqu'à résolution de l'infection. Un transfert à l'hôpital doit être évoqué jusqu'à stabilisation du patient si une prise en charge adéquate ne peut être assurée par le CTR.
- Un patient porteur EPC est considéré comme non porteur en présence de 3 suivis de portage (2 frottis rectaux et 1 culture de selles) négatifs effectués à une semaine d'intervalle. le premier frottis de contrôle sera effectué à plus de 6 mois du dernier prélèvement positif pour EPC.

Pour les patients contacts EPC

- **Mesures additionnelles Contact lors des soins en chambre** si contact <3mois ou en **Précautions Standard** si contact >3mois et <1 an jusqu'à réception des résultats de dépistage
- Prévoir au minimum 3 dépistage à j0, j7 et j14. En cas de de retour à domicile ou de transfert avant l'obtention des 3 dépistages, le patient doit être considéré comme contact jusqu'à 1an et doit être dépisté lors de réadmission

Dépistage microbiologique

Il est impératif de s'assurer que le laboratoire responsable de microbiologie puisse prendre en charge ce type de recherche et de contacter préalablement le laboratoire de microbiologie avant de planifier les prélèvements de dépistage

- frottis ano-rectal.

Prise en charge en pratique

Prise en charge d'un patient EPC (<https://www.hpci.ch/prevention/fiches-techniques/contenu/cre-prise-en-charge-dun-patient-colonis%C3%A9infect%C3%A9-par-une-0>)


Prise en charge d'un patient contact EPC (<https://www.hpci.ch/prevention/fiches-techniques/sous-cat%C3%A9gorie/creepcprise-en-charge-dun-patient-contact-creepc>)


Voir aussi :

- [Algorithme de prise en charge de patient EPC/CRE VRE/ERG \(Maj 10-06-21\)](#)
(https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/Algorithme_5_prise_en_charge_patient_EPC-CRE-VRE-ERG.pdf)

- [Algorithme de réadmission de patient EPC/CRE VRE/ERG \(Maj 10-06-21\)](#)
(https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/Algorithme_1_readmission_patient_EPC-CRE-VRE-ERG_actif.pdf)

PIÈCE(S) JOINTE(S):

 [Plaquette Information patient porteur de CRE novembre 2016 F.pdf](#)
([https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/prevention/Plaquette_Information_patient_porteur_de_CRE_novembre%](https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/prevention/Plaquette_Information_patient_porteur_de_CRE_novembre%202016_F.pdf)

 [Algorithme 9 readmission contact EPC avec et sans MAC.pdf](#)
([https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/prevention/Algorithme_9_readmission_contact_EPC_avec_et_sans_MAC](https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/prevention/Algorithme_9_readmission_contact_EPC_avec_et_sans_MAC.pdf)

Microorganismes et pathologies:

Bactéries productrices de carbapénèmases

Dernière mise à jour le 10/06/2021