

# REX infections du site opératoire post-chirurgie ambulatoire

J régionale de formation - Tours  
mardi 19 juin 2018

C Bernet CPias Auvergne-Rhône-Alpes

# Contexte : critères du signalement

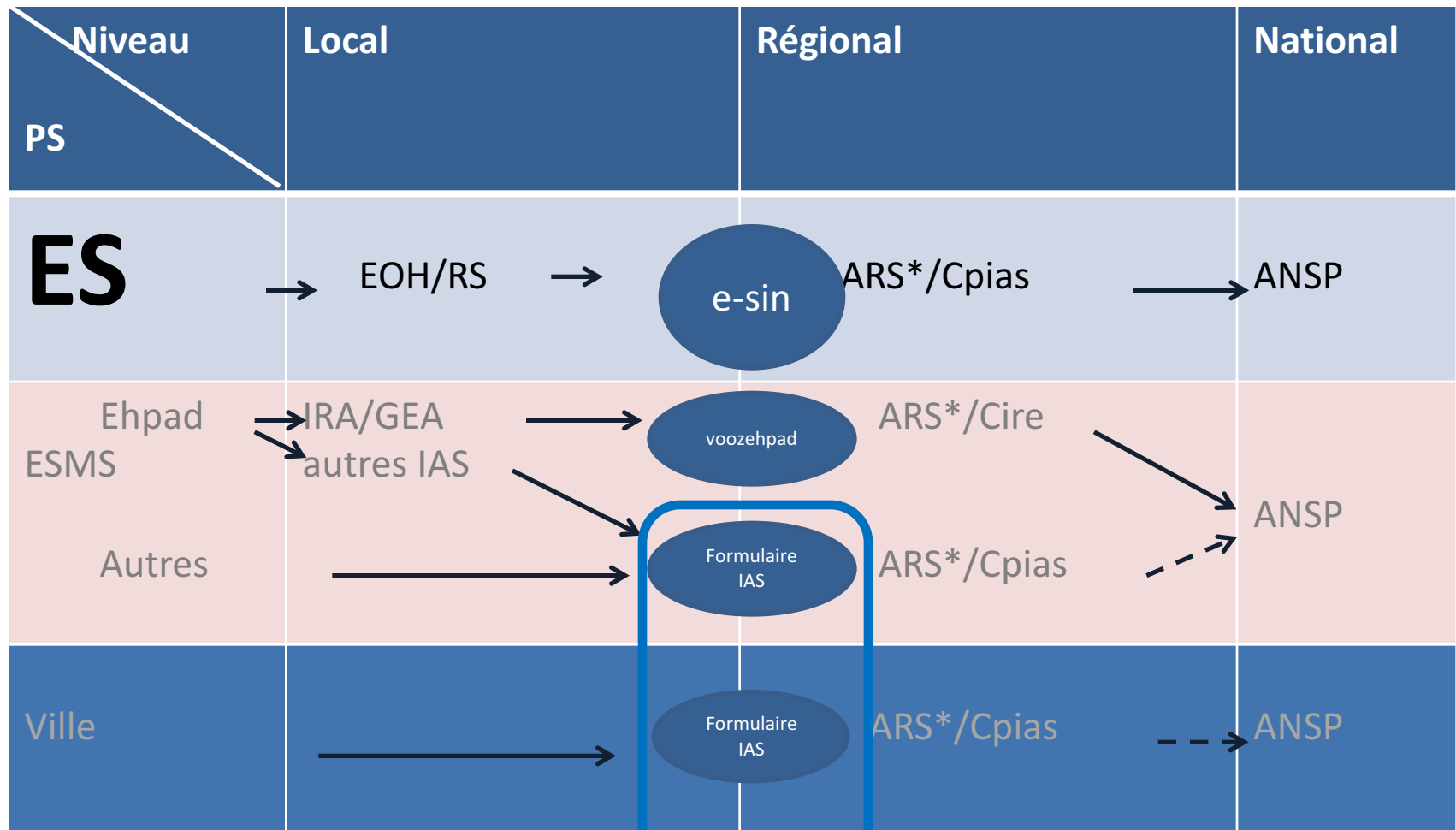


→ Décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins  
Art. R. 1413-79. *Tout professionnel de santé ou tout représentant légal d'ES, d'ESMS ou d'installation autonome de chirurgie esthétique déclare sans délai au DG de l'ARS la survenue de toute IAS répondant à l'un au moins des critères suivants :*

- 1 : **IAS rare ou particulière** du fait
  - a. de la nature de l'agent pathogène (identité, résistance)
  - b. des caractéristiques de l'infection (site, source et mode d'acquisition, exposition d'autres patients)
- 2 : La survenue de cas groupés
- 3 : IAS a provoqué le décès
- 4 : Maladies à **D.O. d'origine nosocomiale**

En rouge les modifications

# Circuit cible



\* transmis pour information et/ou appui

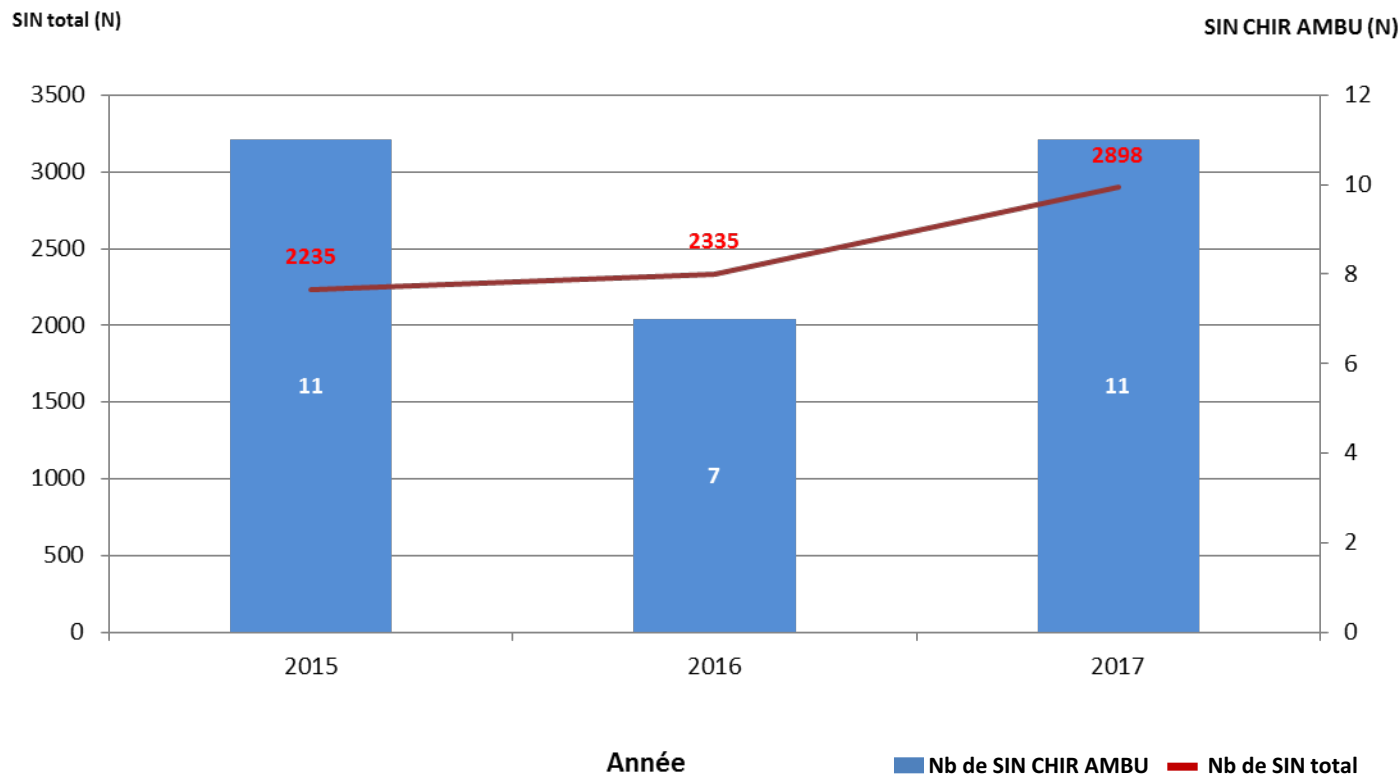
**Portail**



# **STATISTIQUES NATIONALES DES ISO EN CHIR AMBULATOIRE 2015-17**

# Nb signalements CHIR Ambulatoire, 2015-17

## Nombre de signalements CHIR AMBU 2015 - 2017



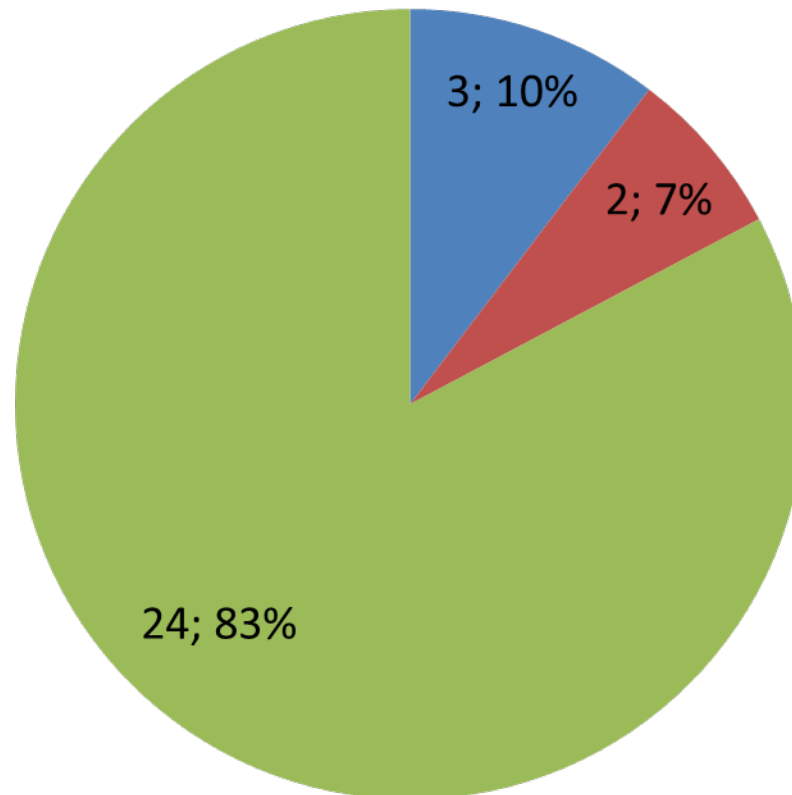
Délai médian d'émission du signalement après survenue du 1<sup>er</sup> cas : **46 jours** [2 min -119 max]  
Délai médian de création de la fiche après survenue du 1<sup>er</sup> cas : **43 jours** [2 min -116 max]

# Principaux types d'ES impliqués

ES ARA 2015-17 :

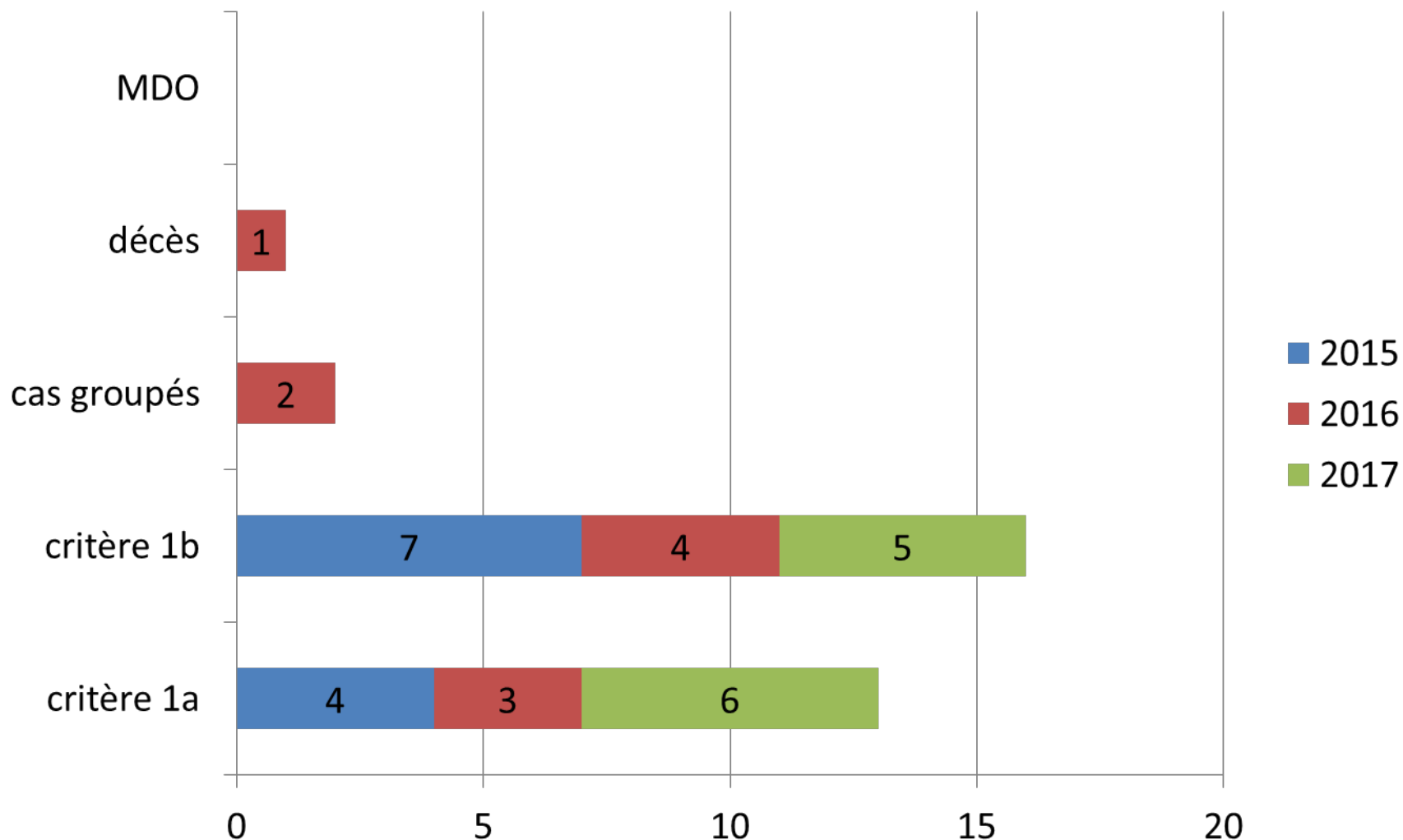
public :	78%
privé :	17%
privé d'intérêt collectif :	5%

Types d'ES

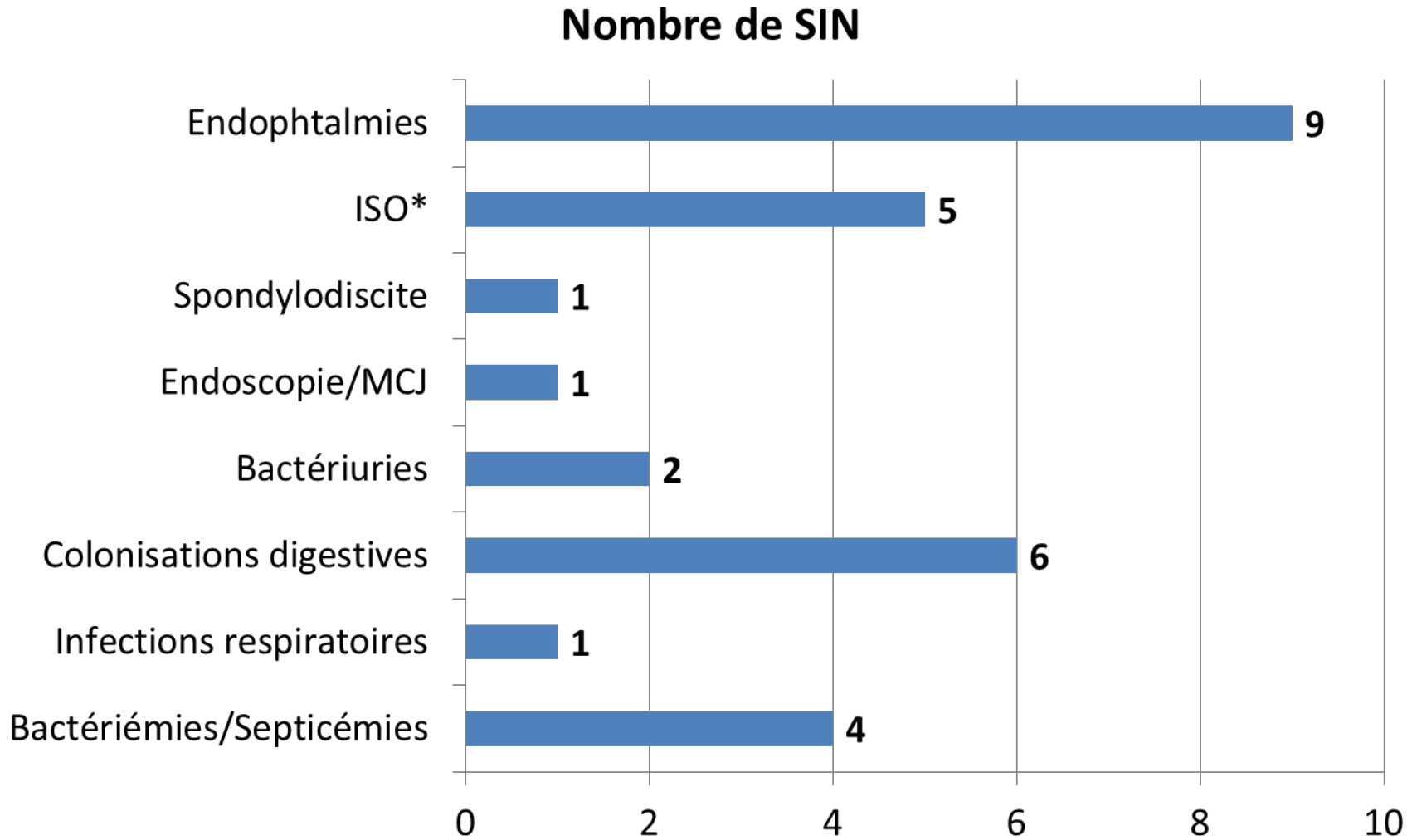


■ CHU  
■ CHG  
■ MCO

# Principaux critères impliqués, CHIR AMBU, 2015-17



# Nb de signalements CHIR AMBU par site d'infection, 2015-17



\*arthrites septiques genou (3) - pied (1) et changement implant mammaire (1)

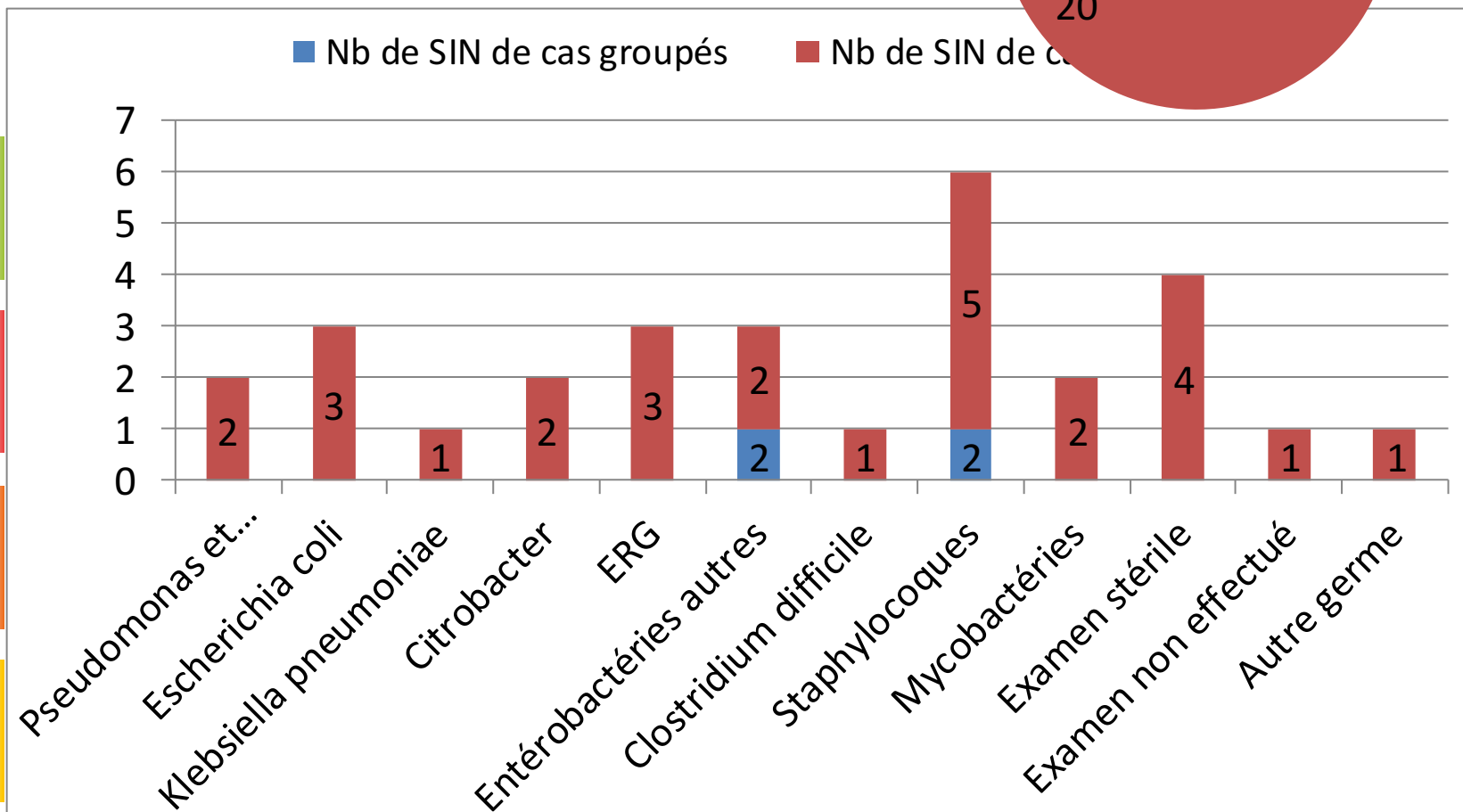
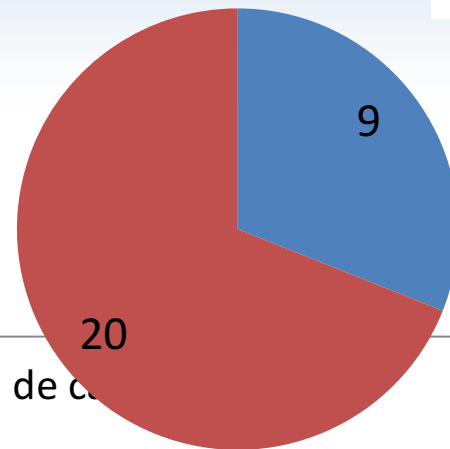


# Nb de SIN CHIR AMBU, par microorganisme, cas isolés, cas groupés, 2015-17

Germes

■ BMR/BHRe

■ Sensible



# Impact

- INVESTIGATIONS LOCALES : 25/29
- MESURES CORRECTIVES : 25/29
- DEMANDE D'AIDE EXTÉRIEURE : 5\*/29

DONNÉES ADMINISTRATIVES	CRITÈRES DE SIGNALEMENT	DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT	INVESTIGATIONS ET MESURES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	FICHE DE SUIVI	FICHE STRUCTURES D'APPUI
-------------------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	------------------------------	----------------	--------------------------

Besoin d'expertise extérieure

Oui  Non

\*cas groupés d'ISO (3) - endoscopie et MCJ - septicémie post cholécystectomie

Hypothèses évoquées	Nb
<b>Endophtalmies</b>	
cas isolé	1
préparation cutanée non conforme	2
non respect des consignes post-opératoires	2
habillages de l'aide opératoire (calot et boucles d'oreilles pendantes)	2
<b>ISO</b>	
transmission patient-soignant lors d'une chirurgie ORL (Septo-turbinectomie) - tuberculose	1
hypothèse non identifiée/ environnement conforme - chir mammaire	1
translocation bactérienne, résistance exceptionnelle aux imidazolés (allergies aux péni) - septicémie post cholécystectomie	1
irrigation différée de l'arthroscope , séchage de l'antiseptique: pose du gersey, Nb d'agents/ouvertures de porte en salle, préparation de la table hors flux, tenue/couverture des cheveux, port du masque - arthroscopie infiltrations	3
<b>Bactériémies</b>	
patiente immunodéprimée (lymphome)	1
défaut d'asepsie (tenue de l'opérateur, geste, préparation médicamenteuse)	1
<b>EPC</b>	
hospitalisation en Algérie, Côte d'Ivoire, États-Unis / patients irakien , algérien	5
cas importé	2
multiples hospitalisations	1
absence d'hypothèse - patient venant de son domicile	1
<b>Perforation intestinale</b> (aiguille spinale de 19 cm, patiente cachectique) ou translocation digestive sur stase stercorale suites d'une infiltration de corticoïdes	1
<b>Non traçabilité risque patient MCJ - endoscope</b>	1
<b>Sans hypothèse</b>	5
<b>Total</b>	22

Service de chirurgie ambulatoire : endoscopie digestive - REX

# **CATHÉTÉRISME RETROGRADE DES VOIES BILIAIRES**

# Cas clinique



# Hypothèses

- Cathétérisme rétrograde ?
  - Duodénolescope
  - Environnement salle de KT rétro
  - Module de désinfection
  - Manuportage

Origine exogène est privilégiée

# Actions immédiates

1. Séquestration endoscope + contrôles microbio. + expertise prévue
2. Historique des endoscopes
3. Audit en salle de KT
4. Contrôle microbiologique de l'environnement
5. Audit du traitement de l'endoscope
6. Audit des pratiques dans les services
7. Audit organisationnel
8. Prélèvement systématique hebdomadaires des duodénoscopes
9. Envoi de la souche au CNR (Besançon)
10. e-SIN : 12/02 - demande d'**audit externe CPias** (ex ARlin)

# Actions / Résultats

1. Séquestration endoscope + contrôle microbio
2. Historique des endoscopes
3. Audit en salle de KT
4. Contrôle microbiologique de l'environnement
5. Audit du traitement de l'endoscope
6. Audit des pratiques dans les services
7. Audit organisationnel
8. Prélèvements systématiques des duodénoscopes
  1. Contrôles microbio tous négatifs - technique au Lethen non appliquée
  2. 1 seul endoscope concerné, diminution de la fréquence des pvts
  3. Pratiques perfectibles (PHA, PS...)
  4. Tous les prélèvements sont négatifs
  5. Nettoyage et élimination des souillures extrémité distale : difficile
  6. Perfectible mais pas d'anomalie majeure
  7. Activité en forte hausse sur plages horaires identiques (X2 en 6 mois)



# Hygiène des endoscopes



**Absence de capuchon  
amovible**

**Type TJF 145**



**Capuchon amovible**

**Type TJF 160**

## • Le 15/02 visite sur site et les implications

1. Amélioration de la technique de prélèvement (brossage... + évolution de la procédure)
2. Expertise par la société Olympus (déclaration de matériovigilance) + prêt + au retour suivi mensuel pendant une durée de 3 mois, puis 2X/ an avec maintenance préventive annuelle préprogrammée
3. Dépistage des patients avant et après examen
4. Salle de désinfection : des aménagements (bac de vidange, centrale de dilution...), aspiration rigoureuse des canaux lors du prétraitement 1L, temps de séchage de la pailasse augmenté, écouvillons de la société...
5. Affectation de 2 agents en salle de désinfection - augmentation des plages horaires non retenue
6. Salle d'endoscopie : rappel des PS, conditionnement d'approvisionnement adapté
7. Évolution de la procédure Bonnes pratiques de désinfection des DM en endo DIG

**Absence de nouveau cas**

# Outil d'aide à la décision

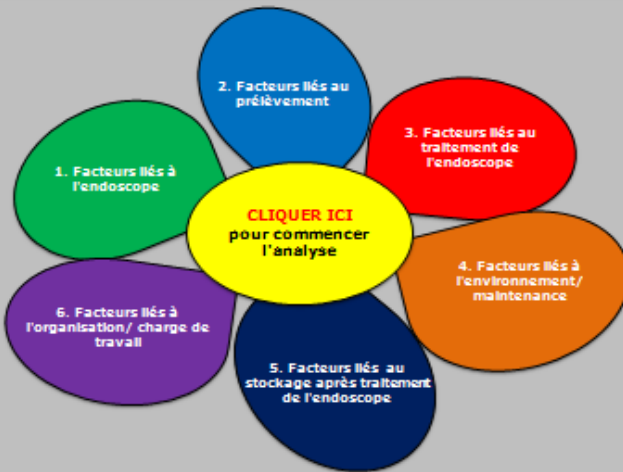
<https://www.youtube.com/watch?v=aObu1OoEVno>

## Outil d'aide à la gestion des prélèvements microbiologiques non conformes en endoscopie

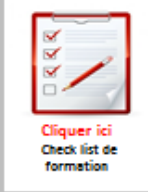
### CONTEXTE

Les problématiques rencontrées par les différents membres du groupe de travail ont incité à élaborer un document d'analyses de causes en s'appuyant sur le document Outils d'aide à la gestion des prélèvements microbiologiques non conformes en endoscopie, créé par l'Anlin Rhône Alpes diffusé en janvier 2015. L'objectif de ce projet est également de mettre à disposition un outil d'analyse des causes et des propositions d'actions correctives. Cet outil est une aide à l'analyse des risques en cas d'anomalie de prélèvements microbiologiques en endoscopie.

Cet outil peut être utilisé par tout professionnel, dans un groupe pluridisciplinaire, concerné par la gestion du risque en lien avec l'endoscope. Il est modifiable et ajustable à vos procédures en vigueur dans votre établissement.



### Outils complémentaires à disposition



# INFORMATION DE PATIENTS EXPOSES A UN RISQUE VIRAL NOSOCOMIAL

## Guide méthodologique

Version V26 – Août 2005

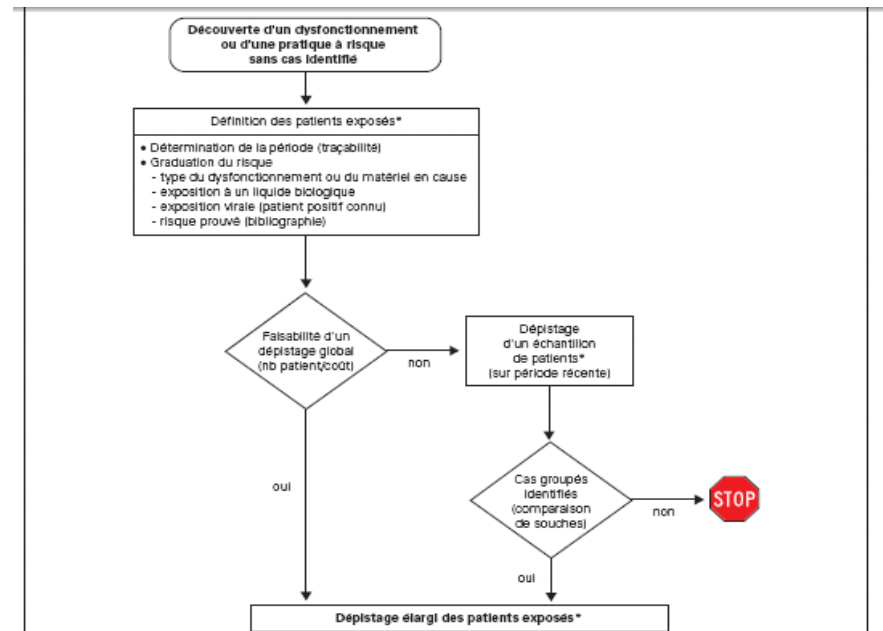
### Coordination :

Dr Anne CARBONNE, CCLIN Paris Nord  
Dr Gilles ANTONIOTTI Direction Risque GDS Paris, SFHH

### Groupe de travail :

Dr Gilles ANTONIOTTI Direction Risque GDS Paris, SFHH  
Dr Bernard BRANGER, CCLIN Ouest  
Dr Anne CARBONNE, CCLIN Paris Nord  
Dr Jeanne-Marie GERMAIN, CCLIN Paris Nord  
Me Karin LEBASCLE, CCLIN Paris Nord  
Dr Pierre PARNEIX, CCLIN Sud-Ouest  
Dr Jean Christophe SEGUIER, CHI Poissy St Germain  
Pr Philippe VANHEMS, HEH Lyon

**Loi N° 2002-203 du 4 mars 2002**  
**Circulaire du 22 janvier 2004**



# Des incidents retrouvés sur to

## France

- SE se|  
– 3 TJ
- PN se|

OLYMPUS

tant les procédures  
de nettoyage



# OLYMPUS

«NOM\_CLIENT»

«Adresse\_1»

«Adresse\_2» «Adresse3»

«CP» «Ville»

Recommandé avec accusé réception

Rungis, le 20 Avril 2017

## INFORMATION DE SECURITE

**A l'attention du:**

- Correspondant local de matériovigilance,
- Chef de Service d'Endoscopie Digestive,
- Service Biomédical,

**Objet: ACTION CORRECTIVE DE SÉCURITÉ QIL 150-003**

Olympus France vous informe que nous émettons de nouvelles instructions de nettoyage pour le duodénolescope Olympus TJF-145, comportant les procédures révisées de nettoyage et de désinfection manuels pour augmenter la sécurité contre les infections après ERCP avec le TJF-145.

Alerte ANSM sur la  
Olympus France vous informe d'  
révisées de nettoyage et de désin-  
doivent être mises en oeuvre  
La nouvelle procédure de r  
Conclusion : OLYMPUS

# Cas groupés d'infections liées à des duodénoscopes: **phénomène émergent ?**

Online First, published on April 10, 2018 as 10.1136/gutjnl-2017-315082

Endoscopy

ORIGINAL ARTICLE

## High prevalence rate of digestive tract bacteria in duodenoscopes: a nationwide study

Arjan W Rauwers,<sup>1</sup> Anne F Voor in 't holt,<sup>2</sup> Jolanda G Buijs,<sup>3</sup> Woutrinus de Groot,<sup>2</sup> Bettina E Hansen,<sup>1</sup> Marco J Bruno,<sup>1</sup> Margreet C Vos<sup>2</sup>

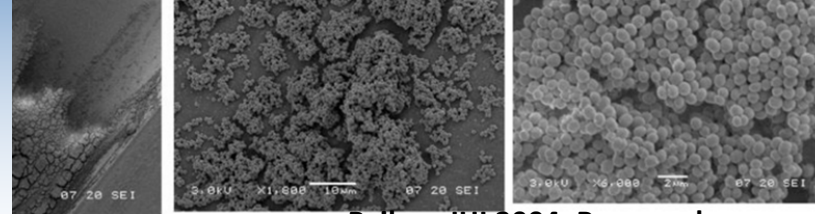
150 duodénoscopes prêts à l'emploi de 67 centres analysés (75 dans le pays) :

- 33 (22%) contaminés > 20 UFC/20ml (**39% de tous les centres néerlandais - ERCP**)
- flore gastro-intestinale et/ oral : 15%
- flore cutanée : 11%
- flore aqueuse : 8%

Points les plus contaminés : écouvillonnage érecteur et capuchon distal/ brossage du canal opérateur-aspiration

**Conclusion** In 39% of all Dutch ERCP centres, at least one AM20-contaminated patient-ready duodenoscope was identified. Fifteen per cent of the duodenoscopes harboured MGO, indicating residual organic material of previous patients, that is, failing of disinfection. These results suggest that the present reprocessing and process control procedures are not adequate and safe.

# Une alternative...à l'attente de recommandations nationales



Pajkos, JHI 2004; Buss, endoscopy

## Duodenoscope Design Aimed at Infection Prevention

A newly designed duodenoscope intended to reduce patients' risk of infection has received FDA approval.



Usage unique

The Pentax ED34-IIOT model is the first duodenoscope to feature a single-use, disposable distal cap that enables more effective cleaning and disinfecting. An earlier model, the Pentax ED-3490TK, was the subject of an FDA safety communication in January that warned of cracks and gaps in the adhesive that sealed the distal cap to the device's distal tip. Such breaches can allow microbes and body fluid into areas of the device that are difficult to clean and disinfect, increasing the risk of infection among patients.

In 2014, researchers from the US Centers for Disease Control and Prevention along with clinicians and public health officials in northern Illinois linked contaminated duodenoscopes with transmission of multidrug-resistant bacteria. The following year, the FDA ordered 3 duodenoscope manufacturers—the Tokyo-based Hoya Corp, which includes the Pentax Medical Co in New Jersey; Olympus America Inc; and Fujifilm Medical Systems, USA, Inc—to study how their devices were being cleaned and disinfected in health care settings and how often bacterial contamination occurred. The FDA has worked with device

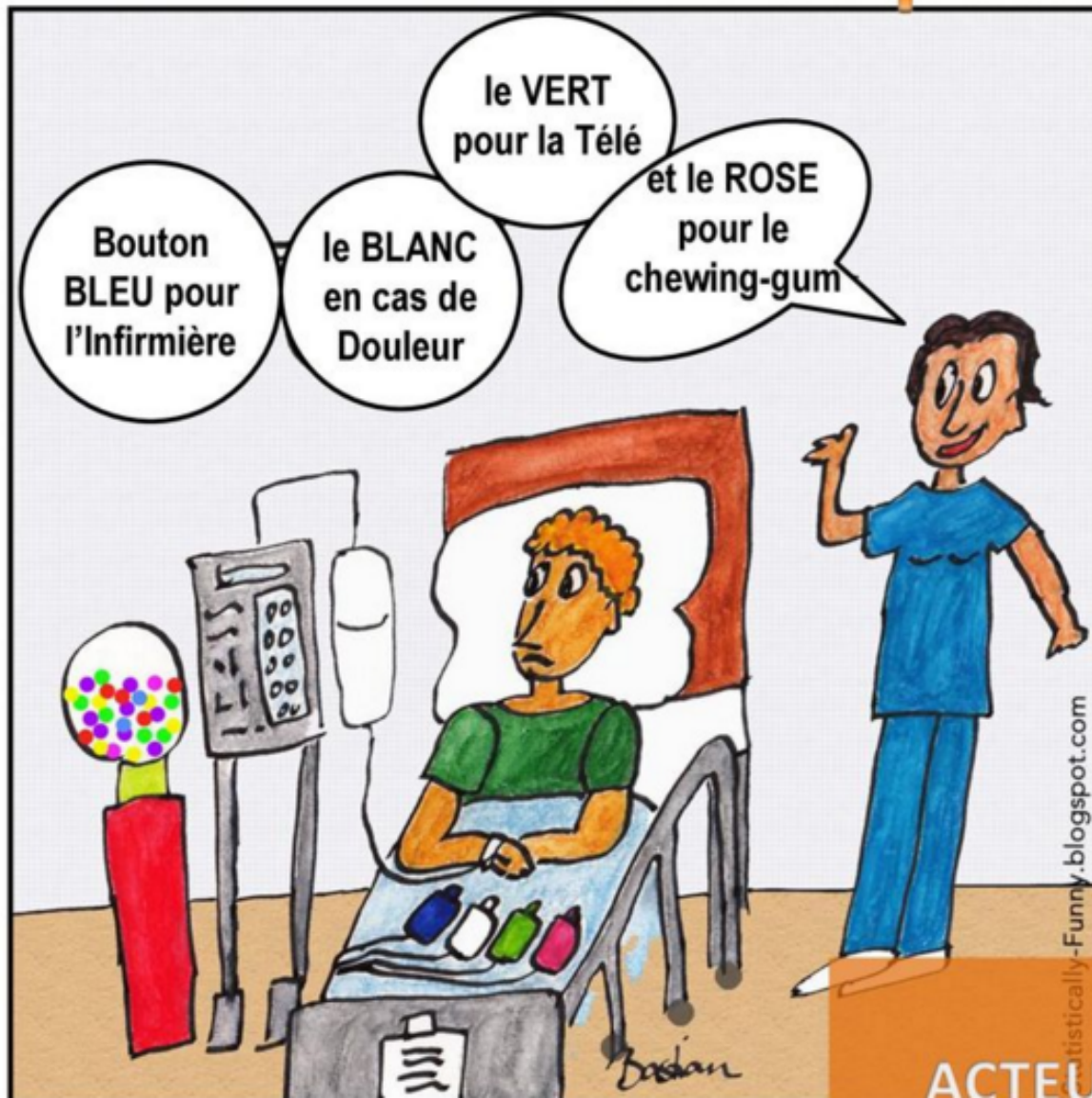
manufacturers, hospitals, and other stakeholders to investigate ways to lessen the risk of duodenoscope-related infections.

According to the agency, duodenoscopes are used in more than 500 000 potentially life-saving endoscopic retrograde cholangiopancreatography procedures annually in the United States. The devices are complex, with many small working parts that make them challenging to clean and disinfect. However, FDA officials said the benefits of duodenoscope use outweigh the risks in appropriately selected patients.

JAMA November 7, 2017

# Alerter pour réagir : CHIR AMBU

## Participation active du patient



Le patient  
**ACTEUR** de ses soins