




**XXXIIe Congrès National de la Société
Française d'Hygiène Hospitalière**
Vendredi 3 juin 2022

Avis rappel patients en endoscopie



Hélène
Boulestreau
CHU de Bordeaux

Pourquoi un avis ?

- Lors de l'identification de
 - Un ou plusieurs patients infectés/colonisés
 - Un ou plusieurs endoscopes contaminés
- Pour aider les établissements à
 - Déterminer le risque patient
 - Sélectionner les patients exposés
 - Organiser les modalités de leur information en s'appuyant sur
 - La réglementation (loi du 4 mars 2002 et circulaire du 22 janvier 2004 sur l'information du patient et le signalement des IN)
 - Les données scientifiques disponibles
 - Des aspects éthiques, économiques, rapport bénéfice/risque de ces informations
 - Les contraintes propres à chaque situation

Périmètre

- **L'endoscopie utilisant des endoscopes souples thermosensibles à canaux réutilisables**
- **Sont exclus**
 - Les endoscopes sans canal
 - Les endoscopes stérilisés
 - Les endoscopes à usage unique



Le risque infectieux en endoscopie

- Probablement sous-estimé
 - Manque de surveillance des infections au décours des actes
 - Biais de publication
 - Absence de reconnaissance de la transmission
 - Faible culture du signalement
- Parmi les dernières études publiées
 - Revue australienne en endoscopie digestive entre 2008 et 2018* : 18 épidémies dont 16 en lien avec des duodénoscopes et identifiant des entérobactéries multi ou hautement résistantes aux antibiotiques ou *Pseudomonas aeruginosa* multiR
- A noter : la visibilité des transmissions a ↑ du fait de l'émergence des BHRe qui permettent de mieux les repérer

*McCafferty et al. Ann Clin Microbiol Antimicrob (2018) 17 :36

Dans quelle situations se poser la question du rappel patients ?

■ Sans discussion

- Cas groupés de patients infectés/colonisés
- Dysfonctionnement dans le process de prise en charge
- Réutilisation d'un endoscope non traité
- Alerte descendante de matériovigilance

■ Après analyse de risque

- Devant un endoscope contaminé par un MO indicateur
- Devant un endoscope à risque particulier (difficile à décontaminer) contaminé par un MO indicateur
- Cas groupés de résultats de prélèvements d'endoscopes avec MO indicateur



Facteurs de risque influençant l'analyse de risque

- Exposition de patients immunodéprimés
- Exposition des patients porteurs de pathologie chronique (mucoviscidose, BPCO ...)
- Actes à risque hémorragique élevé (résection tissulaire, sphinctérotomie, traitement de varices œsophagiennes, gastro-entérostomie percutanée ...)
- Actes à risque de bactériémie (CPRE avec obstruction biliaire, dilatation de l'œsophage, prothèse, gastro-entérostomie percutanée ...)

Facteurs de risque influençant l'analyse de risque

Liés aux patients

- Immunosuppression
- Pathologie chronique (mucoviscidose, BPCO ...)

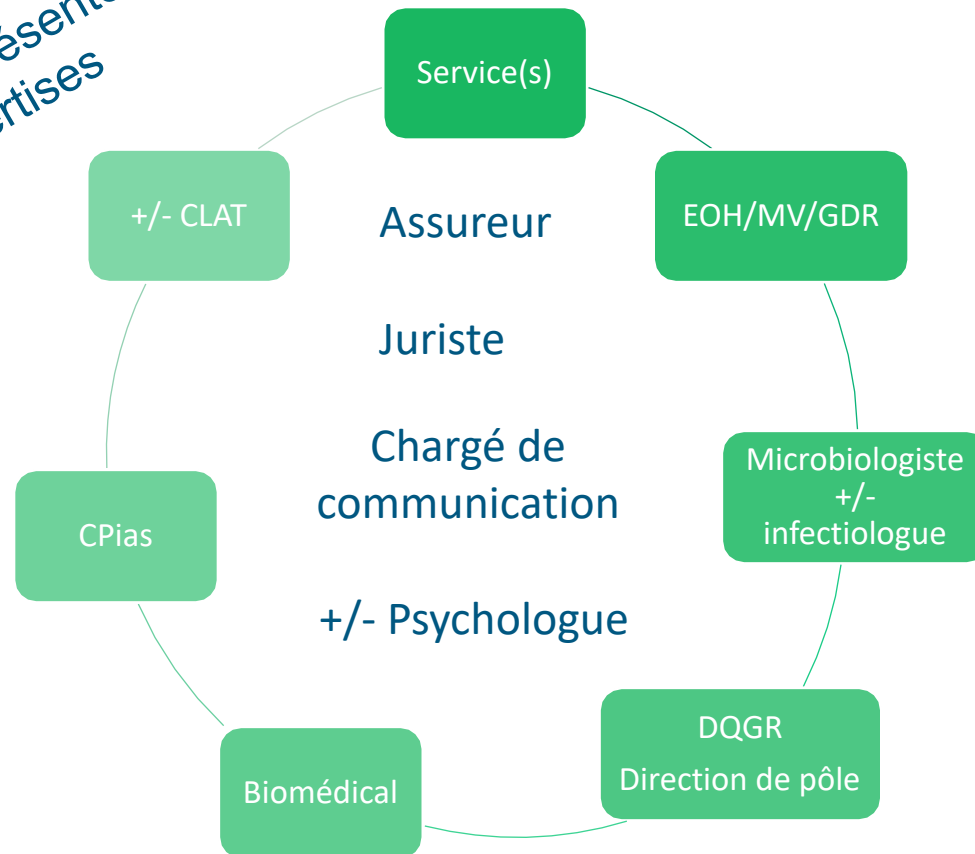
Liés à l'acte

- Actes à risque hémorragique élevé (résection tissulaire, sphinctérotomie, traitement de varices œsophagiennes, gastro-entérostomie percutanée ...)
- Actes à risque de bactériémie (CPRE avec obstruction biliaire, dilatation de l'œsophage, prothèse, gastro-entérostomie percutanée ...)

Constitution de la cellule de crise

- Après première analyse de la situation par le binôme hygiéniste/clinicien +/- microbiologiste

Pluridisciplinaire : représenter les différentes expertises



Investigation

- Rechercher d'une hypothèse sur les causes de la contamination du (des) DM ou de l'endoscope selon le MO en cause
- Définir la période d'exposition
- Identifier les endoscopes utilisés et les prélever
- Rechercher les patients affectés/colonisés
- Étudier les patients ciblés pour la recherche de R individuels
- Comparer les souches patient(s)/endoscope(s)

Ne pas hésiter à se rapprocher de partenaires experts si besoin (CPIas, autre établissement expert en endoscopie)

Définition du premier cercle

Selon la nature du risque

■ Risque bactérien/fongique

- Recherche des patients susceptibles de présenter des signes cliniques d'infection et/ou des prélèvements positifs (hémocultures, LBA/ECBC, portage rectal, Rx pulmonaire, IDR ...)
- Dans ce contexte là, en dehors de la tuberculose, il est plus efficace de commencer par les derniers patients et de remonter vers les plus anciens
- Le nombre de patients à explorer dépendra du type d'infection recherchée

Définition du premier cercle

Selon la nature du risque

■ Risque viral

- Repérer les patients potentiellement transmetteurs de la cohorte exposée par
 - l'analyse des bases de données disponibles et le PMSI
 - les connaissances des cliniciens de leurs patients
- Le type d'exploration endoscopique devra être pris en compte (biopsie, hémorragie ...)
- Rappeler les 3 patients suivants pour information et examens complémentaires à la recherche d'une éventuelle transmission

Objectifs de la cellule de crise

- Evaluer le risque potentiel des patients exposés pour décider de la pertinence d'un rappel patient
- Définir
 - La stratégie de rappel patients
 - Modalités de rappel (appels ?, courriers ?, qui ?, pourquoi ?)
 - Moyens à mettre en œuvre : standard téléphonique, consultations, prescriptions, psychologue ...
 - Le financement des mesures
 - Revient à l'établissement
 - Informer l'assureur (financement des examens complémentaires, d'une éventuelle indemnisation des patients)
 - La stratégie de communication
 - Préparer un communiqué de presse pour anticiper la médiatisation (chargé de communication)
- Ne pas oublier le signalement externe ou au minimum l'information de l'ARS en l'absence de cas identifiés d'infection/colonisation

Conclusion

- Toute situation susceptible d'exposer les patients à un risque infectieux associé à un acte d'endoscopie doit faire l'objet au minimum d'une investigation par l'EOH / service clinique pour
 - Identifier la cause
 - Évaluer ses éventuelles conséquences en termes d'IAS
- Suivant les conclusions
 - Une évaluation des risques plus large pourra être envisagée dans le cadre d'une cellule de crise → organisation d'un rappel de patients ?
 - En cas d'identification de patients infectés dans ce 1^{er} cercle, il conviendra d'envisager les modalités pratiques de rappel du 2^e cercle

Un grand merci au groupe de travail !

Véronique
Marie
CH Saint Briec

Anaïs Colas
CHU Nancy

Hervé Soule
Pharmacien
hygiéniste

Didier Lecointe
CH Sud-
Francilien

Chantal
Léger
SF2H

Arnaud
Florentin
SF2H

Claude
Bernet
CPIas ARA

Nicolas
Guibert
SFP

J. Baptiste
Chevaux
SFED

M. Edith Lafon
Virologue
CHU Bordeaux