

INFORMATION PROFESSIONNELLE

**Prévention des infections nosocomiales en réanimation
(transmission croisée et nouveau-né exclus)[☆]****Prevention of hospital-acquired sepsis in intensive
care unit (except cross transmission and neonate)**

Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), Société de réanimation de langue française (SRLF)

Disponible sur Internet le 31 octobre 2009

Mots clés : Contrôle des infections nosocomiales ; Antibiothérapie, pneumopathies acquises sous ventilation ; Infections sur cathéter, infections urinaires

Keywords: Infection control; Antibiotherapy; Infection prevention; Intensive care unit; Catheter-associated bloodstream infection; Ventilator-associated pneumonia; Catheter-associated urinary tract infection

GROUPE DE TRAVAIL

Jury de la conférencePrésident : J. Duranteau (*Le Kremlin-Bicêtre*)**Membres**

R. Amathieu (*Bondy*), C. Guérin (*Lyon*), P. Guiot (*Mulhouse*),
C. Guittou (*Nantes*), C. Ichai (*Nice*), N. Kermarrec (*Paris*),
C. Lejus (*Nantes*), F. Lesage (*Paris*), J. Mantz (*Clichy*),
P.-F. Perrigault (*Montpellier*), C. Schwebel (*Grenoble*),
M. Sirodot (*Annecy*)

Comité d'organisationPrésident : E. L'Her (*Brest*)

Sfar : I. Constant (*Paris*), J.-Y. Lefrant (*Nîmes*), S. Pierre
(*Toulouse*), B. Vallet (*Lille*)

SRLF : T. Blanc (*Rouen*), L. Donetti (*Montfermeil*), C. Girault
(*Rouen*), P. Mateu (*Brion-sur-Ource*)

Conseillers scientifiquesSfar : B. Veber (*Rouen*)SRLF : J.-F. Timsit (*Grenoble*)**Chargés de bibliographie**

Sfar : P.-N. Descheemaeker (*Rennes*), A. Geffroy (*Paris*),
E. Kipins (*Lille*)

SRLF : J. Remy (*Grenoble*), J.-M. Tonnelier (*Brest*)

QUESTIONS

1. Quelle épidémiologie et quelles définitions des infections nosocomiales ?
2. Stratégie organisationnelle et politique de prévention des infections nosocomiales.
3. Impact de l'antibiothérapie dans la prévention des infections nosocomiales.
4. Préventions spécifiques : poumon – cathéter – urine – infections sites opératoires – autres.
5. Stratégie globale.

INTRODUCTION

Les avancées scientifiques récentes et l'impact sur la santé publique des infections nosocomiales (IN) ont été jugés suffisamment importants pour justifier une conférence de consensus sur leur prévention en réanimation. Le champ de cette conférence exclue la transmission croisée et le nouveau-né.

La méthodologie choisie pour élaborer ce référentiel s'est inspirée de GRADE (<http://www.gradeworkinggroup.org/links.htm>).

L'originalité de la méthode GRADE tient en particulier aux éléments suivants :

- la seule caractérisation du type d'étude (essai randomisé ou non par exemple) ne suffit pas à attribuer un niveau de preuve à l'étude ;

[☆] 5^e Conférence de consensus, jeudi 20 novembre 2008.

- la prise en compte de la balance bénéfices–risques ;
- la formulation des recommandations — il faut faire ou il ne faut pas faire, il faut probablement faire ou ne pas faire — a des implications claires pour les utilisateurs.

Méthodologie de la recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été conduite sur les dix dernières années.

La recherche des mots clés a utilisé la base « Medline Subject Headings (MeSH) ». Les axes des recherches principaux sont rapportés ci-dessous. La base de données utilisée a été la base PubMed.

QUESTION 1. QUELLE ÉPIDÉMIOLOGIE ET QUELLES DÉFINITIONS DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ?

Définition de l'infection nosocomiale en réanimation

L'IN se définit comme une infection contractée dans un service de réanimation, alors qu'elle n'était ni présente, ni en incubation, à l'admission. Un délai d'au moins 48 heures entre l'admission et l'état infectieux est retenu.

Il faut surveiller la survenue des IN dans les unités de réanimation.

L'objectif est de suivre le taux des IN et l'écologie bactérienne.

Tous les types d'infection peuvent être surveillés (pulmonaires, urinaires, infections liées aux cathéters [ILC], bactériémies, infections du site opératoire [ISO], infections digestives, sinusiennes, cutanées, oculaires). Cependant, cette surveillance s'intéresse le plus souvent aux infections liées à un dispositif invasif (cathéter, sonde urinaire ou endotrachéale) et aux bactériémies.

Différents réseaux (français, européen, américain) de surveillance des IN permettent d'optimiser l'analyse épidémiologique avec des critères diagnostiques qui ne sont pas strictement superposables.

Pour les IN prises en compte par les réseaux français (pneumopathies, infections urinaires, bactériémies et ILC), le Jury recommande l'utilisation des critères diagnostiques édictés par le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), compatibles avec ceux du réseau européen HELICS ICU. Bien que clairement définies, les ISO ne sont pas régulièrement suivies en réanimation. Les autres IN (sinusites et infections digestives) ne sont ni définies ni surveillées par ces réseaux.

« Chez l'enfant, il n'y a pas de réseau de surveillance français ou européen. Les définitions des IN reposent sur les critères du Center for Disease Control (CDC) ».

Épidémiologie générale des infections nosocomiales

La surveillance des IN repose sur la mesure des taux d'attaque globaux, spécifiques et des taux d'incidence. Le taux

d'attaque spécifique est rapporté à l'exposition au dispositif invasif en cause, et le taux d'incidence à la durée d'exposition.

Du fait de l'hétérogénéité des recrutements (durée de séjour, gravité, catégories de patients, etc.), ces données ne sont pas facilement comparables entre les services. Une approche actuelle compare le taux observé à un taux attendu calculé sur l'ensemble des patients du collectif du réseau (ratio standardisé d'incidence : RSI).

En 2006, la prévalence en France des IN en réanimation adulte était de 22,4 % d'après l'Institut national de veille sanitaire et le taux d'attaque global de 15 % dans le réseau français REA Raisin.

Chez l'adulte, les pneumopathies nosocomiales sont les IN les plus fréquentes.

« Chez l'enfant, le taux d'attaque global se situe entre 6 et 26 % et le taux d'incidence globale entre 8,8 et 17,5 pour 1000 jours patients. La fréquence des infections virales est plus élevée (6 % des IN) ».

Infections nosocomiales spécifiques

Les définitions des infections par site sont rapportées dans les Encadrés 1–5. L'épidémiologie descriptive figure dans le Tableau 1.

Pneumopathies nosocomiales

Définition (Encadré 1)

Épidémiologie

L'essentiel des pneumopathies nosocomiales sont des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM). Les données épidémiologiques montrent une grande variabilité entre les services.

Infections urinaires nosocomiales

Définition (Encadré 2)

Les colonisations ou bactériuries asymptomatiques ne sont pas prises en compte chez l'adulte.

Bactériémies nosocomiales

Définition (Encadré 3)

Infections liées aux cathéters

Définition (Encadré 4)

Épidémiologie

La colonisation (définie par la culture positive du cathéter sans tenir compte de l'existence éventuelle de tout signe clinique ou de données microbiologiques associés) est facile à affirmer, reproductible et plus intéressante sur le plan épidémiologique. À l'inverse, les infections locales, générales ou bactériémiques ont un intérêt clinique largement supérieur, mais ne sont pas toujours faciles à affirmer.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746478>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746478>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)