



GROUPE HOSPITALIER
DE LA ROCHELLE - RÉ - AUNIS

RETEX Candida Auris, Jusqu'à l'Ehpad ???

Présentation pour CPIAS 04/12/2025
Dr. Julien Cothenet, Praticien Hygiéniste,
GH La Rochelle Ré Aunis





Candida Auris..... AAAAAH



On se calme ...

> **Une chose après l'autre.....**

> **On sait faire et ça va bien se passer**



Qui est mon patient ?

> Informations initiales :

- » Monsieur B. 77 ans
- » AVC Ischémique lors d'un séjour en famille à Bali
- » Angioscan, IRM,
- » Bilan cardio en parallèle

➔ Un rapatriement classique comme on en fait régulièrement

- > Finalement rapatriement détourné sur Singapour pour épisode de désaturation
 - » Embolie pulmonaire bilatérale + Thrombose veineuse profonde des veines tibiales droites
 - » Mise en place d'un Filtre cave à Singapour



Qui est mon patient ?

> A l'arrivée :

- » Monsieur B. 77 ans
- » Clinique Grave : Patient hémiplegique, aphasique, multiples escarres,

Gestion des soins très complexe :

- » Gros problème de communication DOUUUUUUU
- » Gros problème d'autonomie
- » Gros risque de chutes
- » Grande résistance aux soins



Pour l'unité d'hygiène

> Gestion classique pour l'instant

- » Dépistage rectal PCR et culture pour recherche de BHR
- » Pas de dépistage spécifique Candida Auris car absence de séjour en réanimation
- » Mise en place des PCC dès l'arrivée
- » Bionettoyage isolement (dD classique), FHA
- » Pas d'accompagnement complémentaire de l'UHH



Première culture



Liste des sites et portées disponibles sur Cofrac.fr
Numéro d'accréditation 8-4164
Seules les analyses avec un # sont accréditées.

MICROBIOLOGIE

Ecouvillon rectal BMR. Prélèvement n° 125048048001 du 17/02/25 à 09:40

RECHERCHE DE BMR/BHR DANS UN ECOUVILLONNAGE RECTAL

Technique : géloses chromogènes (CHROMAGAR ESBL / mSuperCARBA / VRE MAST)

Entérobactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) :	Recherche POSITIVE.
Entérobactérie productrice de Carbapénémase (EPC) :	Recherche négative après 48h.
Enterococcus faecalis/faecium résistant aux glycopeptides :	Recherche négative après 48h.

> Appel du microbiologiste :

« Julien, attend un peu, on a un truc bizarre qu'on veut vérifier »



Première culture

RECHERCHE DE BMR/BHR DANS UN ECOUVILLONNAGE RECTAL

Technique : géloses chromogènes (CHROMAGAR ESBL / mSuperCARBA / VRE MAST)

Entérobactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) :

Entérobactérie productrice de Carbapénémase (EPC) :

Enterococcus faecalis/faecium résistant aux glycopeptides :

Recherche POSITIVE.

Recherche négative après 48h.

Recherche négative après 48h.

IDENTIFICATION / ANTIBIOGRAMME

Technique : spectrométrie de masse IVD MALDI Biotyper BRUKER

Escherichia coli

Cf. antibiogramme sur dossier précédent.

Klebsiella pneumoniae complex

Cf. antibiogramme sur dossier précédent.

Candida auris

RAPPORT FINAL n°

Nos références :

Vos références :

Site de prélèvement : Rectum

Date de prélèvement : 12/02/2025

Date de réception : 19/02/2025

Identification

Candida auris

Identification par MALDI-TOF.

Détermination des concentrations minimales inhibitrices

microméthode en milieu liquide (EUCAST)

Amphotéricine B	1 mg/L
5 fluorocytosine	≤0,125 mg/L
Fluconazole	2 mg/L
Itraconazole	– mg/L
Voriconazole	0,03 mg/L
Posaconazole	0,03 mg/L
Isavuconazole	0,015 mg/L
Caspofungine	0,03 mg/L
Micafungine	0,25 mg/L

Portage simple

→ Pas de traitement

→ Documentation



Début de la course

- 1) Retracer les examens et le parcours patient
- 2) Tracing des patients contacts
- 3) Adapter les recommandations d'isolement
- 4) Adapter les recommandations de bionettoyage
- 5) Nouveau dépistage cutané et nasal pour cartographie



Tracing interne (sans logiciel)

1) Retracer les examens et le parcours patient

» Uniquement une IRM sans bionettoyage adapté

2) Tracing des patients contacts

» 7 patients hospitalisés en tracing suite à l'IRM

» On débute 8 patients en tracing dans le service de MP



Tracing interne (sans logiciel)

1) Tracing des patients contacts

- » 7 patients hospitalisés en tracing suite à l'IRM
- » 8 patients en tracing dans le service de médecine poly
- » 43 dépistages sur plusieurs semaines → tous négatifs
- » Pas de prélèvement d'environnement (pas urgent)



Isolement et Bionettoyage

3) Adaptation des recommandations d'isolement

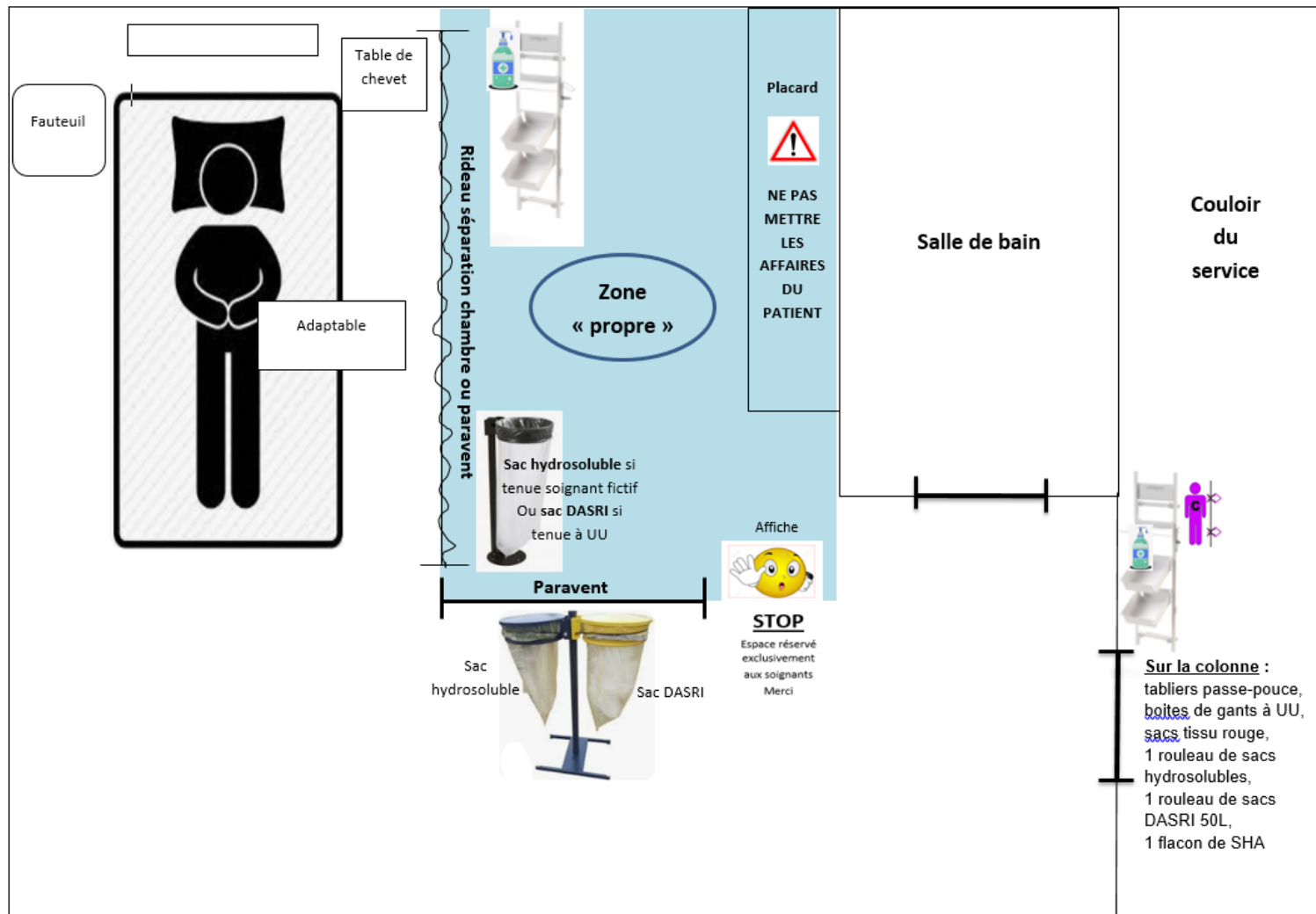
- Mise en place de surblouses imperméables
- Utilisation Sac usage unique (excreta)
- SAS + Changement de tenue
- Renfort d'un AS dédié initialement (charge en soins)

4) Adaptation des recommandations de bionettoyage

- Mise en place d'un bionettoyage biquotidien adapté

→ dD + Javel

SAS + Changement de tenue → Discutable ... ?





Et notre patient ?

4 dépistages complémentaires réalisés en 7 mois

> 3 dépistages cutanés et nasaux négatifs

1 écouvillon Cutané (Plis axillaire + plis inguinal)

1 écouvillon nasal

> 1 dépistage rectal négatif



Que fait-on pour lui ?

Refusé de tous les SMR : « malgré l'indication indiscutable »

Chutes à répétition

Absence de progression clinique

→ Orientation HAD ?

→ Besoin d'une surveillance continue 24h/24

→ Travail de l'UHH sur des recommandations adaptées
pour des sorties accompagnées en MCO

→ EPI + Bionettoyage + plan de circulation



Et notre patient ?

→ Orientation HAD ?

→ Besoin d'une **surveillance continue 24h/24**

→ Famille ?

→ Une fille au Canada

→ Un Fils en Indonésie

→ Une sœur à Paris



Quel devenir ?

- **Décision de la famille : surveillance continue 24h/24**
- **Mise en place d'une prise en charge d'auxiliaire de vie**
JOUR et NUIT
- **Aucune prise en charge complémentaire**
 - **Budget patient pour 3 mois avec 12 personnes sur le planning**
 - **Bravo la famille !**



Le Candida auris nécessite une prise en charge type BHR :
Transmission : par contact (mains, matériels, environnement).

1. Pré requis :

Il est préférable que les intervenants viennent sans affaire personnelle (ex : mallette de soins, sac à main...)
 Si vraiment nécessaire, il faudra procéder à leur désinfection (cf paragraphe sur la désinfection point 3).

2. Habillage au domicile (à l'entrée du domicile) :

Si risque d'exposition aux excréta (= selles / urine) et soins souillants / mouillants	<u>Absence de risque d'exposition</u>	
<p>Réaliser une hygiène des mains par friction hydro alcoolique (=FHA)</p>		
<p>Mettre une surblouse imperméable (type passe-pouces)</p>	<p>Mettre une surblouse à usage unique</p>	
<p>Mettre des gants</p>		
friction hydro alcoolique FHA		

3. Désinfection des surfaces au domicile :

- ⇒ Procéder à un **essuyage humide des surfaces** (objets, matériels, lavabo, bassin etc) avec des lavettes à usage unique imprégnées d'une **dilution d'eau de Javel**
- ⇒ **Laisser sécher**



Quel bionettoyage de sortie ?

→ Double bionettoyage

d/D + Javel sur les surfaces

→ Javel dans les siphons

→ Bionettoyage javel des parties communes environnantes





→ DSVA de la chambre avec accompagnement UHH



Et après

→ Orientation vers un EHPAD

→ Avis du CPIAS pour confronter nos perspectives

- » sur le timing de levée d'isolement ? 
- » sur le rythme de dépistage pour levée d'isolement ? 
- » sur une possible décolonisation ou modification d'alimentation favorisant l'éviction de la flore ? 
- » sur les mesures à prendre en cas d'un accueil en Ehpads ou USLD ? 



Objectif Ehpad



- Tous les dépistages sont négatifs
- Patient non autonome, lourd en soins et non communicant

Reco Ehpad :

- > Une vigilance sur le respect des PS (en particulier hygiène des mains avec la SHA et port du tablier à UU)
- > Eviter d'hospitaliser ce patient dans un secteur où des résidents peuvent être porteurs de dispositifs invasifs. **++ Surveillance**
- > Un entretien rigoureux de la chambre de ce patient
 - » **Accompagnement**
- > **Une information systématique de l'ES, sur le statut de porteur ou ancien porteur de C. auris en cas d'hospitalisation**



Et finalement ?

- Patient à domicile avec aide de vie le jour et seul la nuit
- Pas de réhospitalisation

- Parcours de soins complexe (orthophoniste, kine etc...)
- Maintien de l'HAD pour l'instant

- Orientation vers un EHPAD ?
- **Nous sommes prêts !**



Difficultés ?

++ liées au patient et à la clinique

Dépistage → Culture sans difficulté

Isolement → ++ suivi de l'UHH pour infos, rappels et adaptations

Bionettoyage → après l'urgence, tout roule

Personnel → ++ difficulté pour personnel dédié

Orientation d'aval → Réunion multidisciplinaire cas complexe

Tracing → Absence de logiciel de tracing et d'identification



Nos vraies difficultés ? En Avril 2025

Parcours d'aval Très difficile :

- > Patient post AVC très lourd et parcours patient en Aval presque inexistant compte tenu de la charge en soin et du contexte infectieux.
- > Nous avons de plus en plus de cas complexe BHRe, post avc ou très lourd qui n'ont pas ou très peu de parcours d'aval (USLD, Ehpad).

Difficulté à maintenir des renforts et une marche en avant spécifique :

- > Nos locaux, nos ratio personnels dans les services, nos équipes d'hygiène sont sous dimensionnées pour suivre de plus en plus de patients BHRe ou C. Auris dans des conditions qui permettent l'absence d'épidémie
- > Depuis nous avons eu nos trois premières épidémies BHR :
 - » 6 patients Oxa 48, 500 patients contacts, 6 services impliqués
 - » 3 patients Oxa 48, 3 services impliqués
 - » 8 patients ERV, 5 services impliqués dont une MAS → risque contamination des 25 patients



Merci

Avez vous des questions ?