

# Information tardive d'une colonisation urinaire à *Klebsiella pneumoniae* productrices de carbapénémases (BHRe)

CPIas Nouvelle-Aquitaine Période de survenue : 2023

## OBJECTIF

A partir d'un évènement qui est signalé par un établissement de santé, **apprendre et faire partager les connaissances** concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, **pour éviter la survenue d'évènements comparables**. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

## MOTS CLÉS

BHRe, *Klebsiella pneumoniae*, transmission, information, communication

## MESSAGE CLÉ

Importance de la communication et de la transmission de résultats en s'assurant de leur compréhension.

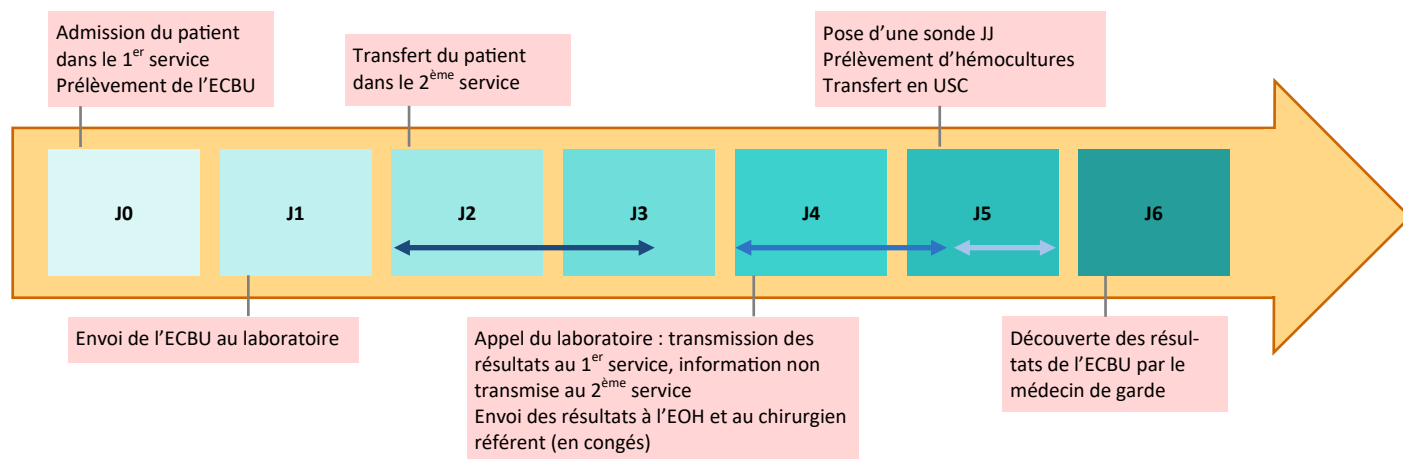
## CONTEXTE

### Description chronologique de l'évènement :

Il s'agit d'un patient hospitalisé en urgence pour prise en charge d'une insuffisance rénale aiguë. Dans les semaines précédentes, il avait été opéré d'une cysto-prostatectomie radicale. Dans les suites opératoires, il avait présenté 2 épisodes d'hyperthermies : les hémocultures étaient stériles et aucun ECBU n'avait été prélevé. Il avait été traité une première fois par Gentamicine + Ofloxacin puis par Gentamicine + Rocéphine avec relai par Céfixime.

Lors de son admission pour insuffisance rénale aiguë, il est initialement hospitalisé dans un 1<sup>er</sup> service où un ECBU est fait le soir même.

Le prélèvement a été envoyé au laboratoire externe le lendemain matin. Le patient a été transféré dans un 2<sup>ème</sup> service avant la réception des résultats. Quatre jours plus tard, l'ECBU est revenu positif à *Klebsiella pneumoniae* OXA-48. Le laboratoire a informé le 1<sup>er</sup> service ainsi que l'EOH, en congés et le chirurgien référent également en congés. Un défaut de communication entre les services a conduit à un retard d'information de l'équipe en charge du patient. Cela a engendré un retard à l'application des mesures de précautions contact et à l'identification des cas contacts. Avant la réception des résultats, le patient était en chambre double et a eu 3 voisins de chambre différents. Il a aussi bénéficié d'une prise en charge au bloc opératoire pour pose de sonde JJ. Suite à de nouveaux épisodes d'hyperthermie, le patient a été transféré en USC. L'infection à *Klebsiella pneumoniae* OXA-48 n'étant pas connue du service, de nouvelles hémocultures sont prélevées et des antibiotiques probabilistes sont prescrits. Les 3 patients identifiés comme contacts n'étant plus hospitalisés dans l'établissement lors de la découverte des résultats, les chirurgiens responsables de ces patients ainsi que leurs médecins traitants ont été informés de la situation. Leur statut de contact a été tracé dans le dossier informatisé de l'établissement. Un patient a été désigné comme traceur au cours de l'hospitalisation du patient porteur en USC et tous les prélèvements sont revenus négatifs.



↔ Cas contact : 1<sup>er</sup> voisin de chambre

↔ Cas contact : 2<sup>ème</sup> voisin de chambre

↔ Cas contact : 3<sup>ème</sup> voisin de chambre

## **Investigations :**

Analyse approfondie des causes.

## **Évènements similaires :**

La coopération entre professionnels peut être difficile et être à l'origine de dysfonctionnements et de surcoûts, tels qu'une perte d'efficacité et des défauts de qualité de soins (1). Un défaut de transmission de résultats bactériologique peut aussi conduire à un retard de prise en charge adaptée et donc une perte de chance pour le patient (2). De plus, ces situations sont à l'origine de patients contact (3) et en l'absence de précautions complémentaires mises en œuvre, d'un risque de transmission croisée.

## **Circonstances et causes immédiates :**

- \* Transmissions d'information incomplètes entre les équipes
- \* Absence de vision des résultats par patients, comptes rendus d'analyses transmis au service prescripteur
- \* Absence d'alerte lors de la réception des résultats

## **Causes latentes :**

- \* Prise en charge en urgence
- \* Professionnels peu sensibilisés aux BHRé
- \* Pas d'alerte informatique

## **ACTIONS MENÉES**

### Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires

Facteurs favorisant	Observations	Axes d'amélioration
Patient	-	-
Equipe	Défaut de communication : résultats de l'ECBU non transmis par l'équipe du service initial à l'équipe en charge du patient	Rappel à tous les professionnels de santé que les éléments exceptionnels doivent être mis dans une rubrique précise (transmission ciblée)
Pratiques	Professionnels peu sensibilisés aux infections et aux BHRé	Renforcer la culture et l'implication autour des infections au sein de l'établissement via une formation « infection et prescription d'antibiotiques » Prendre appui sur une équipe d'infectiologie Mettre à jour les protocoles de prescription d'antibiothérapies
Organisation	Défaut de communication entre le laboratoire et le service Absence d'alerte informatique lors de la réception des résultats Absence de vision des résultats par patients	Mettre systématiquement le Responsable Assurance Qualité en copie des mails adressés à l'IDE hygiéniste Mettre un logo rouge dans le cas de résultats de bilans bactériologiques Modifier l'affichage des résultats pour avoir une vision des résultats par patient

## **RÉFÉRENCE**

1. Zardet, V., Fièr, D. & Petit, R. (2011). Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. *Journal d'économie médicale*, 29, 277-293.
2. CPias NA. Retour d'expérience : décès lié à une bactériémie nosocomiale à SARM à point de départ vasculaire via un cathéter veineux périphériques (CVP) [en ligne]. Mars 2023 [cité le 05 oct. 2023]. Disponible : <https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/wp-content/uploads/2023/03/rex-cpias-na-bacteriemie-sur-catheter.pdf>
3. HCSP. Actualisation des recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRé). HCSP ; 2019. 101 p.