

REX Gestion d'un cas groupé d'infections à S. aureus sécrétant une toxine LPV+

SMTI – CH BOURBONNE-LES-BAINS | FÉVRIER – AVRIL 2023

Equipe Territoriale de Prévention du Risque
Infectieux Sud Haute-Marne (ETPRI)

Praticien

Dr Pouponnot 03.25.87.88.95

Secrétaire

Linda 03.25.30.70.28

Infirmières

Aude 03.25.30.72.76 / Lucie 03.25.87.77.39

Conseillère hôtelière

Claire 03.25.87.88.90

unite.hygiene@ch-chaumont.fr



Dr K. Pouponnot, 3 octobre 2025

Cas clinique

IDE 35 ans

- Centre Hospitalier de Bourbonne-Les-Bains : SMTI (Soins Médico-Techniques Importants)

08/02/2025 : consultation MT syndrome grippal → test grippe +

11/02/2025 à 4h : admission aux urgences du CH Langres

- Dyspnée
- T° : 40,6°C
- Saturation O2 : 88,7%
- Signe de lutte, polypnée (20 cycles / mn), difficulté à la parole, asthénie ++
- RP : Foyer de pneumopathie lobaire inférieure droite

Cas clinique

PCR

Grippe A - B + / Covid 19 -

Bilan biologique

- Leucocytes : 3,20 G/L (4,0 -10) → Leucopénie
- Plaquettes : 145 G/L (186 à 440) → Thrombopénie
- Lymphocytes : 0,39 G/L (1.0 à 4.0) → Lymphopénie
- Protéine C réactive-US : 77,1 mg/L (< à 10)
- Procalcitonine : 8,16 ng/mL (< à 0.1)

Dégradation et transfert en USC, puis très rapidement au CHU de Dijon

12/02/2023 : Décès pneumopathie hémorragique nécrosante

Et puis ... ?

Semaine du 20/02/2023

→ Identification SARM LPV+

Expertise externe

- ✓ Avis infectiologues du CHU Dijon
- ✓ Appui CNR Lyon

Expertise interne et coordination

- ✓ ETPRI

Expertise externe

- CNR : Pr. Vandenesch → Hypothèse d'une transmission liée à un porteur de SARM LPV+
 - pas de dépistage «généralisé»
 - cibler patients plaies abcès cutanés récidivants
- Infectiologue CHU de Dijon :
 - patients porteurs avec abcès cutanés :
 - Clindamycine ou Linézolide ⊕ décolonisation
 - patients porteurs (antécédents de plaies récidivantes) :
 - Pas d'antibiotiques ⊕ décolonisation



Résultats de la décolonisation ?

Expertise interne et coordination : ETPRI

- PCC : patients avec plaies cutanées
- Respect des précautions standard et renforcement HDM
 - re-sensibilisation de l'ensemble des équipes et des patients
 - Distribution de SHA par le personnel en systématique lors d'activités collectives
- Mesure d'hygiène environnementale : renforcement du bionettoyage
- Mesures organisationnelles : limiter interactions patients + / patients-
 - Regroupement des activités patients
 - Individualisation des activités collectives

Expertise interne et coordination : ETPRI

→ Coordination Laboratoire / service SMTI / CNR

✓ Organisation de la 1ère campagne de dépistage ciblée : 01/03/2023

→ Résultats : 4 patients positifs SARM-LPV+

→ Envoi des souches (IDE et patients) au CNR

→ Contact CPIas (Dr Poirrier) / ARS (Dr Alsibai)



Décolonisation

13/03/2023 : début des protocoles de décolonisation 10 j

- ✓ mupirocine au niveau nasal
- ✓ douche antiseptique (Bétadine scrub®)
- ✓ changement de la literie et vêtements
- ✓ gargarisme buccal avec antiseptique (Eludril®).

PLAN DES C

Mme R, IDE

⇒ évacuations d'abcès (05/01/23 et le 09/01/23)
⇒ pansements (07/01/23 et le 08/01/23)

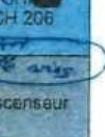
Déambulant, tactile,
interactions nombreuses

Soins

Non autonome, ne se déplace pas,
Mr Bég se place à sa porte : discute,
aide à boire

Lien +++

SANS-LPV+



Mme LUKO
CH 230

M. COR
CH 239

Mme DEL
CH 230

M. PARI
CH 231

M. ROB
CH 232

Ascenseur

M. CAL
Rigat CH 211

M. MAL
CH 210

Mme MOR
CH 215

Mme CRE
CH 216

M. DIA
CH 207

En fauteuil, marche avec de
l'aide, pas d'interactions ou liens
autres patients / Animation ?

Patient alité, dépendant, mange en
salle à manger sur adapte table, pas
d'interactions identifiées autres
patients

Côté Rue

22/03/2025 : résultats de l'analyse génomique CNR

Numéro CNR	Nom	DDN	DDP	Prélèvement	Typage NGS
ST2023-507	Ria [REDACTED]	[REDACTED] 1987	17/02/2023	Respiratoire	ST8-MRSA (PVL+)
ST2023-844	BEG [REDACTED]	[REDACTED] 1943	24/02/2023	Infection cutanée (furuncle)	ST8-MRSA (PVL+)

Le génome de la souche de Mme Ria [REDACTED] utilisé comme référence est couvert à plus de 99,3%. Les deux souches sont des ST8-MRSA-IV PVL+ qui présentent seulement 9 SNPs d'écart entre elles.

~~La différence de 9 SNPs observée entre la souche isolée de l'infection cutanée et la souche isolée du prélèvement respiratoire est compatible avec un scénario de transmission directe (ou éventuellement indirecte avec un circuit court de transmission) entre Mme Ria [REDACTED] et Mr BEG [REDACTED]~~

Cette analyse génomique ne permet de préciser la direction de la transmission. En revanche, les furonculoses sévères requérant un drainage chirurgical sont très fortement associées aux souches productrices de la leucocidine de Panton Valentine (PVL)^{1,2,3,4}, toxine par ailleurs peu prévalente dans les souches de colonisation de *S. aureus*⁵. Il est donc très probable que cette souche ST8-MRSA-IV PVL+ soit celle responsable de la furoncule de Mr BEG [REDACTED] (qui dure depuis octobre 2022) et ait été transmise à Mme Ria [REDACTED] lors d'un soin, par exemple lors de l'incision-drainage du furoncle.

Les autres souches que vous nous avez adressées sont en cours d'analyse mais sont dans tous les cas plus éloignées au plan génomique des souches de Monsieur BEG [REDACTED] et de Madame RIA [REDACTED]. Une

Analyse génomique & hypothèse de transmission

- Lien probable entre Mme R (IDE) et Mr B (patient)
 - Transmission possible lors d'incision-drainage ou pansements
 - Scénario de transmission directe ou indirecte (circuit court)
-
- Nouveau dépistage ?
- Distribution géographique des patients
 - Interactions sociales entre les patients
 - Présence de plaies chroniques à type de furoncles et d'abcès
 - Stress et choc émotionnel des soignants
 - Si oui, minimum, 10 j après la décolonisation

2^{ème} campagne de dépistage ? Avis du CNR

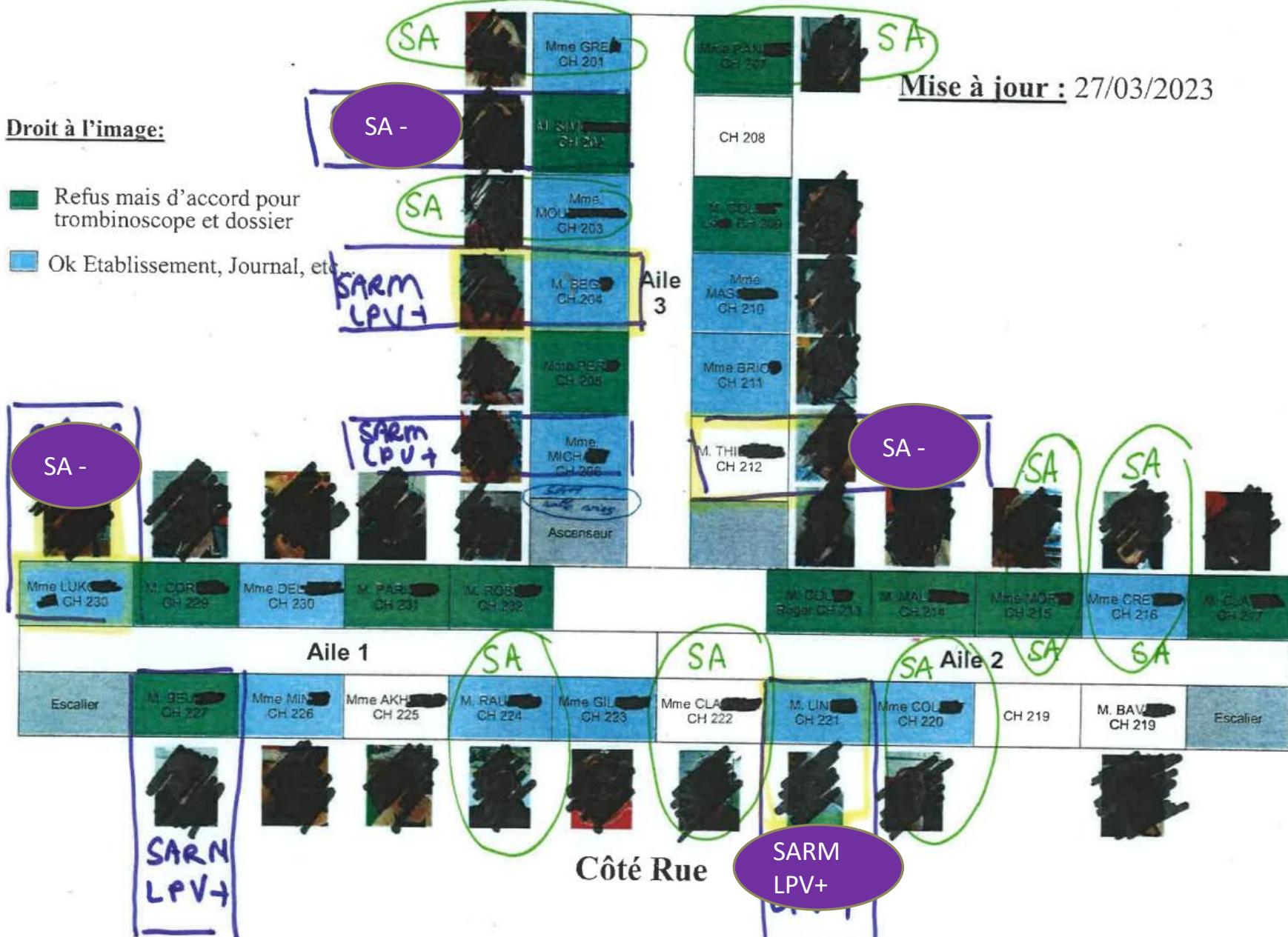
1. Analyse des souches campagne de dépistage (totalité des patients du SMTI) ?
2. Pertinence dépistage des soignants ?
 - Démarche non absurde compte tenu de la proximité des soignants/patients, des activités en salle commune ...
 - Permettrait, si nécessaire, de faire une enquête épidémiologique
- Organisation interne et coordination des prélèvements avec le laboratoire : 12 et 13/04/2025

PLAN DES CHAMBRES EN SMTI

Mise à jour : 27/03/2023

Droit à l'image:

- Refus mais d'accord pour trombinoscope et dossier
 - Ok Etablissement, Journal, etc



Enseignements pour la pratique

- Pas de nouvelle décolonisation  acceptabilité ↓↓
- Repérage précoce des infections suspectes
- Surveillance renforcée des plaies infectées récidivantes
- Sensibilisation continue des soignants et patients : PC
- Importance de la collaboration interservices
- Développer une culture de prévention collective

Difficultés rencontrées

- Protocoles de décolonisation
 - Adhésion difficile des patients
 - Ressources humaines +++
 - Surcharge de travail
- Impact émotionnel du décès de l'IDE

Points forts de la gestion

- Réactivité des équipes médicales
- Collaboration avec CNR, CHU Dijon, CPIas et ARS
- Médecin responsable du SMTI
 - Sensibilisation quotidienne des équipes
 - Lien +++ avec l'ETPRI



Un peu d'épidémiologie

- Prévalence de portage sain de S.A est 20 à 30% dans la population générale
- France : faible prévalence SA-PVL+
 - < 1 % des souches de SA
 - < de 3 % des SARM
- Penser à rechercher SA-PVL+ devant des tableaux multi-récidivants d'infections cutanées
- USA, 1997 – 1999 : 4 décès enfants infections à SARM d'évolution foudroyante -> prise de conscience gravité potentielle des infections communautaires à SARM
- France, 2002 : 1ères infections à SARM Co PVL+

Infections à *Staphylococcus aureus*-PVL

Mise à jour de la fiche
12/2014

Agent pathogène

Descriptif de l'agent pathogène

Nom :
Staphylococcus aureus producteur de la leucocidine de Panton Valentine.

Un peu de clinique

Période de contagiosité :

- Présence lésion purulente, non couverte → risque +++
- Portage sans lésion → risque faible

Tableau clinique : Production LPV → lien significatif avec à 3 infections :

- Infections cutanées primitives type furoncle, en particulier celles requérant un drainage chirurgical
- Pneumonies nécrosantes adultes jeunes sans comorbidités, avec la présence fréquente d'hémoptysies, d'une leucopénie et d'une évolution rapidement défavorable
- Infections invasives ostéo-articulaires

Conclusion

Cas groupés de SARM LPV+ : expérience marquante

Importance du repérage précoce et de la mise en place PCC

Nécessité d'une vigilance constante et partagée