





GUIDE BONNE PRATIQUE MODALITÉS DE RETOURS SUR LES CONGRÈS

Dr Cédric Arvieux

GUIDE BONNE PRATIQUE DANS LE DOMAINE DES INFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES

- Pourquoi un guide du CRIOGO ?
 - Réel besoin pour les soignants
 - Impossible d'envisager un consensus national
- Démarche
 - Premiers échanges fin 2018...
 - 3 séminaires pour
 - Déterminer les questions auxquelles il faut répondre (mai 2019) :
 - 35 en prévention/hygiène, 28 en microbiologie, 30 en chirurgie... et 149 en antibiothérapie !
 - Mettre en place une méthode DELPHI, une base bibliographique ZOTERO (1000 références...)
 - 2 tours de relectures
 - Rédiger à partir des réponses !!

OU EN SOMMES NOUS ?

- Hygiène & Prévention 
- Microbiologie 
- Antibiothérapie 
- Chirurgie 

DIFFICULTÉ

- Rédaction très inhomogène entre les groupes !

Q12 : Dans les infections sur matériel à streptocoque, l'adjonction de rifampicine est conseillée chaque fois que possible.

Proposition incertaine ; indécision (médiane = 5 ; répartition des cotations : 0-10)

Peu d'études se sont intéressées à l'intérêt de l'adjonction de la rifampicine dans les IOA sur matériel à d'autres germes que le staphylocoque. Ainsi elles mélangent souvent les DAIR avec les changements en 1 ou 2 temps avec des résultats contradictoires. Une récente méta-analyse montre néanmoins un effet protecteur de la rifampicine pour les IOA à streptocoque (OR 0.36)².

Q13 : La rifampicine ne doit pas être utilisée en monothérapie.

Proposition appropriée ; accord fort (médiane = 10 ; répartition des cotations : 10-10)

Q14 : La rifampicine ne doit pas être utilisée avant le geste chirurgical.

Proposition appropriée ; accord fort (médiane = 10 ; répartition des cotations : 8-10)

Q15 : En cas d'infection documentée à staphylocoque multisensible, la rifampicine peut être utilisée en association, en post opératoire immédiat d'un geste de nettoyage optimal.

Proposition incertaine ; indécision (médiane = 4 ; répartition des cotations : 0-8)

Du fait d'un risque d'émergence de résistance notamment lors de fort inoculum, son utilisation nécessite quelques règles de bonne pratique. Ainsi la rifampicine ne doit jamais être utilisée en monothérapie. Une récente étude montre que de débiter la rifampicine dans les 5 premiers jours post-opératoires est associé à un échec thérapeutique [Beldman]³. Ainsi il est généralement

B17 Pour la mise en culture des prélèvements, les milieux à privilégier au minimum sont : une gélose chocolat, un milieu anaérobie (liquide ou solide), ainsi qu'un flacon d'hémoculture anaérobie.

Cotation médiane 10

Compte tenu de l'épidémiologie bactérienne des IOA, il convient d'ensemencer au minimum : une gélose chocolat incubée sous CO₂, un milieu pour bactéries anaérobies, qu'il soit liquide ou solide, et un flacon d'hémoculture de préférence anaérobie, doivent être ensemencés [Bémer et al 2016 [29]].

B18 L'ensemencement des prélèvements peropératoires dans un flacon d'hémoculture permet d'améliorer le diagnostic microbiologique.

Cotation médiane 10

L'ensemencement d'un flacon d'hémoculture permet d'améliorer le diagnostic microbiologique (REMIC 2018 [15], Font-Vizcarra et al 2010 [43]). Dans une étude prospective, le pourcentage d'échantillons positifs avec des flacons d'hémoculture pour les

Recommandation 2. Un examen dentaire ne doit pas être systématiquement inclus dans le bilan préopératoire de prothèse.

Les infections de prothèse articulaire à point de départ bucco-dentaire documenté sont rares (<0,2% des cas dans la littérature)^{11,12}. Une revue de la littérature a mis en avant des possibles liens sans niveau de preuve important entre infection de prothèse articulaire et foyers infectieux dentaires ou soins dentaires¹³. D'après cette revue, les staphylocoques (qui représentent la majorité des germes en cause dans les infections de prothèse) ne représentent que 0,005% de la flore buccale et sont peu responsables de bactériémies d'origine dentaire. La Société Française de Chirurgie Orale recommande néanmoins de réaliser un bilan bucco-dentaire en amont de la mise en place d'une prothèse orthopédique¹⁴.

Cependant, compte tenu du manque de preuves des études disponibles dans la littérature, un examen dentaire ne doit pas être systématiquement demandé dans le bilan préopératoire de prothèse orthopédique.

Recommandation 3. En cas de portage connu de SARM, un avis spécialisé est requis concernant les mesures préopératoires et l'antibioprophylaxie.




Pour les patients porteurs de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), un avis spécialisé concernant les mesures de prévention du risque infectieux en préopératoire et pour la suite de la prise en charge est nécessaire. L'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement recommandera si nécessaire la réalisation d'un nouveau dépistage (écouvillonnage nasal), l'application de précautions complémentaires contact et l'isolement du patient selon les recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H)¹⁵. Une décolonisation cutanée (décolonisation nasale à la mupirocine associée à une décolonisation corporelle avec un savon antiseptique à base de chlorhexidine) peut également être préconisée au cas par cas pour ces patients sur avis infectieux.

En parallèle, un avis spécialisé sera nécessaire afin d'adapter l'antibioprophylaxie (anesthésie et/ou infectiologue). Le choix habituel de l'antibioprophylaxie peut être modifié par l'emploi, seules ou en association, de molécules antibiotiques utilisées habituellement en traitement curatif (ex : vancomycine)¹⁶.

COMMENT FAIRE UNE INFORMATION SUR LA PARTIE IOA DES CONGRÈS?

(infectieux, chirurgie, microbio, hygiène...)

RÉSUMÉ DE POSTERS ?

TITRE ORIGINAL	TITRE	POSTER	RÉSUMÉ	PREMIER AUTEUR	INSTITUTION
<i>Mycobacterium haemophilum</i> disseminated infection with Brodie's abscess of the cuboid bone and paratracheal lymphadenopathy masquerading as PTLD	Infection diffuse à <i>Mycobacterium haemophilum</i> avec abcès de Brodie de l'os cuboïde et lymphadénopathie paratrachéale mimant un lymphome post-greffe.		Les patients recevant une greffe d'organe ont un risque élevé d'infections fongiques ou mycobactériennes. Il est plus difficile chez eux de différencier une infection d'un processus tumoral. Cas d'une patiente de 77 ans avec une infection à <i>Mycobacterium haemophilum</i> présentant un abcès de Brodie au niveau de l'os cuboïde et des lymphadénopathies paratrachéales nécrotiques et trachéo oesophagienne ayant fait initialement évoquer le diagnostic erroné de lymphome post-greffe. Nécessité de diagnostiquer et traiter ces infections rapidement pour leur bonne évolution.	M. Lucio Paredes Aulestia	Banner University Medical Center Tucson, Tucson, AZ, United States
Relevance of levofloxacin resistant MRSA and hVISA when utilizing directed antibiotic locks to treat stage four biofilm bone and joint infections	Intérêt de la résistance à la levofloxacine chez les SARM ou <i>S. aureus</i> de sensibilité intermédiaire à la vancomycine lors de l'utilisation d'antibiothérapie <i>in situ</i> dans les infections ostéo-articulaires.		Etude <i>in vitro</i> portant sur les concentrations d'antibiotiques à obtenir pour éviter la formation de biofilm dans un modèle applicable à l'antibiothérapie <i>in situ</i> des IOA.	Martie L. Vicent	Providence VAMC, Infectious Diseases Research Program, Providence, RI
<i>Pseudomonas</i> Prosthetic Joint Infections: Is there a role for monotherapy?	Infections de prothèse à <i>Pseudomonas</i> : Y a-t-il une place pour la monothérapie ?		L'infection à <i>Pseudomonas</i> représente <5 % des infections de prothèse, et c'est une bactérie difficile à éradiquer car elle est multi-résistante et forme un biofilm. Etude rétrospective de 2005 à 2020 chez les patients (42) ayant une infection de prothèse de genou ou de hanche à <i>Pseudomonas</i> . Ces infections de prothèse montrent des taux de guérison faibles. Les infections polymicrobiennes ont un taux de guérison faible (de 34,8%) et une mortalité élevée (43,5%) pour un suivi à 3,6 années. L'effectif ne permet pas de statuer sur caractère plus ou moins efficace de la multithérapie versus la monothérapie.	Billy Kim	Duke University School of Medicine, Durham, NC1

CR DE SESSION CLASSIQUE



Centres de Référence
pour les Infections Ostéo-Articulaires Complexes
du Grand-Ouest

ENHANCED BY Google

LE CRIOGA DU GRAND-OUEST - LE CRIOGO - LES IGA - LE RÉSEAU - PRISE EN CHARGE - LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT - INFOS PRATIQUES - CONTACT

SOFCOT 2018

Congrès de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique - SOFCOT
12-15 Novembre 2018 - Paris

PRÉPARATION CUTANÉE DES OPÉRÉS ET DU CHAMP OPÉRAIRE
S.JOLIVET, J.-C. LUCET

Cette conférence d'enseignement reprend les dernières recommandations pour les préventions des ISO, en France, datant de 2013 pour la gestion préopératoire du risque infectieux, et de 2016 pour l'antisepsie de la peau saine avant un geste invasif, mais aussi de l'OMS (2016).

En France, les ISO sont la troisième cause d'infections associées aux soins en France (14% des infections nosocomiales). Le taux d'ISO après PTH ou PTG est de l'ordre de 2% (2015).

Ces ISO sont liées principalement à des bactéries de la flore cutanée (*S. Aureus*; *S. à coagulase négative*; *corynebacterium*) et le but de la préparation cutanée de l'opéré (dépilation / détersion / protection cutanée par champs adhésifs ou pellicule bactério-isolante) est de réduire les bactéries présentes au niveau de la flore cutanée et donc le risque d'ISO.

- **Faut-il et comment réaliser une dépilation ?** Cette dernière faciliterait l'accès au site opératoire, la préparation de la peau, la fermeture et l'adhésion du pansement. En se basant sur une méta-analyse de 2011 par le groupe cochrane comparant l'absence de dépilation à 3 modes de dépilation (tonte, rasage mécanique, dépilation chimique), il ressort qu'il n'est pas recommandé de pratiquer la dépilation en routine (pas de différence significative avec ou sans), et que si celle-ci est réalisée, elle doit être faite par tonte et non par rasage mécanique (taux supérieur d'ISO avec rasage mécanique versus absence de dépilation), et circonscrite à la zone opératoire.
- **Est-il encore utile de réaliser une douche pré-opératoire ?** Le but de cette douche est d'éliminer la flore transitoire et une partie de la flore résidente. La méta-analyse de Cochrane (2015) montre une diminution significative du taux d'ISO entre une douche avec un antiseptique et l'absence de consigne de douche, mais aucune différence significative entre une douche avec un antiseptique et un savon doux. Aucune étude ne peut conclure sur le nombre optimal de douche pré-opératoire. Ainsi, il est recommandé en France de réaliser au moins une douche pré-opératoire avec un savon doux au plus près de l'intervention (pas de bénéfice à réaliser une douche avec un savon antiseptique).
- **Détersion au bloc opératoire ?** En France, la préparation du champ opératoire en 4 temps (détersion, rinçage, séchage et désinfection) est réalisée le plus souvent. Une méta-analyse récente n'a pas montré de différence significative sur la réduction des ISO entre l'absence de détersion et une détersion systématique, mais avec un niveau de preuve faible. Les recommandations anglo-saxonnes insistent sur la nécessité de réaliser une antisepsie sur peau propre.

Ainsi, il n'est pas recommandé de réaliser une détersion avant réalisation d'une antisepsie sur peau propre. La peau souillée impose une détersion sans choix préférentiel d'un savon antiseptique.

- **Quel antiseptique choisir ?** 4 principaux antiseptiques sont présents en France : le CHG (Gluconate de chlorhexidine) en solution aqueuse ou alcoolique, le PVI (povidone iodée) en solution aqueuse ou alcoolique, l'alcool et les dérivés chlorés.

On peut noter que le PVI et les dérivés chlorés ont un spectre plus large, et la CHG à un spectre moins large notamment vis-à-vis des BGN, avec des phénomènes de résistance pouvant apparaître mais une action prolongée (rémanence).

Toutes les études concluent à une supériorité significative des solutions alcooliques sur les solutions aqueuses dans la réduction des ISO.

PVI ou CHG ? L'OMS recommande une antisepsie par CHG alcoolique suite à une étude française de réanimation ayant conclu à la supériorité de la CHG alcoolique pour la prévention des infections liées aux cathéters. En France, le choix entre la CHG et le PVI n'a pas été fait dans l'attente d'études complémentaires dans le cadre de la chirurgie (pas de différence significative pour le moment sur les études menées en milieu chirurgical).



Qui sommes-nous ?

La prise en charge adéquate et de qualité des infections ostéo-articulaires est un enjeu majeur de santé publique. Ces infections ont en effet un impact important sur la qualité de vie des personnes atteintes : tout doit être fait pour que leur survenue soit le plus rare possible, et tout doit être mis en place pour que les patients atteints de telles infections puissent être pris en charge dans les meilleures conditions.

C'est dans ce contexte que le ministère en charge de la santé à créé en 2008/2010, à un échelon interrégional, les centres de références en infections ostéo-articulaires complexes, ou CRIOAC. Le CRIOGO est le CRIOAC du Grand Ouest de la France.

Ces centres de référence ont une mission de coordination, d'expertise, de formation et de recherche à l'échelle des régions concernées. Ils ont aussi pour rôle de prendre en charge des infections les plus complexes.

Afin d'assurer un déploiement géographique optimal et une meilleure organisation à l'échelle du grand Ouest, les centres de référence de Rennes et de Tours sont accompagnés de quatre centres « correspondants » situés aux CHU d'Angers, Brest, Nantes et Poitiers. Les six centres forment le Centre de Référence en Infections Ostéo-articulaires du Grand Ouest, plus communément appelé CRIOGO.

Le CRIOGO est un pôle régional ou interrégional qui permet de garantir au patient :

- La meilleure stratégie thérapeutique possible, par une prise en charge pluridisciplinaire des infections ostéo-articulaires associant médecins infectiologues, orthopédistes, rhumatologues, microbiologistes, radiologues et les professionnels paramédicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, assistants sociaux, psychologues, diététiciens...

Livret Patient du CRIOGO



> [Télécharger le livret](#)

Il est disponible sur demande auprès
de votre [Centre correspondant](#)

- Une prise en charge de qualité en s'appuyant sur l'expérience et les professionnels de santé de plusieurs établissements, qui travaillent ainsi en réseau.

- Une mise en œuvre de traitements spécifiques de qualité, dans les meilleurs délais, et dans les lieux les plus adaptés aux nécessités de cette prise en charge de qualité. Le CRIOGO favorise une prise en charge de proximité quand celle-ci est possible, mais la situation peut également nécessiter la prise en charge directement dans un centre de référence ou un centre associé.

Tous ces éléments sont mis en place pour garantir au patient une prise en charge globale et continue, de l'hospitalisation à domicile.

DIU National des infections ostéo-articulaires

Session 2020-2021
[Toutes les vidéos et diaporamas](#)



ACTUALITÉS

JOURNÉE ANNUELLE DU CRIOGO
13 JANVIER 2023 A RENNES



[Programme](#)

11^e réunion bibliographique
11 octobre 2022

[Programme / Diaporamas : ICI](#)



Journée annuelle du CRIOGO
14 janvier 2022

[Les diapos et vidéos sont en ligne ICI](#)



**VISITEZ LE SITE
INTERNET !**