

Infections nosocomiales en chirurgie orthopédique

O. JARDE, CHU d'Amiens
le 28 septembre 2021

Réglementation

- le devoir d'asepsie est une obligation déontologique
- Article R 4127-49 CSP : le médecin appelé à donner ses soins (...) doit tout mettre en œuvre pour obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie
- Article R 4127-71 CSP : stérilisation et décontamination des dispositifs médicaux

Jurisprudence administrative

- précurseur par rapport aux juridictions civiles : arrêt Cohen du Conseil d'Etat du 9 décembre 1988
- *Le fait qu'une infection ait pu se produire révèle une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier à qui il incombe de fournir au personnel médical un matériel et des produits stériles*

Jurisprudence administrative

- Rapport du Conseil d'Etat - 1998 :
« le régime de la présomption de faute est sévère à l'égard de l'établissement hospitalier...mais il constitue en l'état actuel... la seule voie permettant d'indemniser le patient »
- en réalité, seule une part des infections nosocomiales fait l'objet d'une réclamation indemnitaire

Loi du 4 mars 2002

- les établissements sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère
- art. L. 1142-1 CSP
- le patient doit seulement prouver qu'il s'agit d'une infection nosocomiale
- concerne les établissements mais pas les médecins qui sont responsables uniquement en cas de faute

Prothèse infectée

- L'infection est la principale complication
- Pronostic fonctionnel, parfois vital
- Définition (Bengston) : au moins 1 critère
 - une fistule articulaire
 - un examen clinique local sans équivoque,
 - deux ponctions ou prélèvements intra-articulaires positifs au même germe ou une hémoculture positive au même germe que celui retrouvé dans l'articulation,
 - une confirmation histologique par biopsie synoviale.

PTG infectées - Incidence

- taux variables selon les études
- 0,5% après arthroplastie de première intention effectuée pour gonarthrose
- 17% après arthroplastie utilisant une prothèse charnière (reprise)
- taux moyen de 1,7% pour arthroplasties utilisant des prothèses semi-contraintes

PTG infectées - Facteurs de risque

- Patients :
 - Pathologie initiale
 - ATCD locaux (chirurgicaux, infectieux ++)
 - Pathologie et traitements associés
- Type de prothèse
- Intervention
- Suites post-opératoires

PTG infectées - Types d'infection

- Selon délai d'apparition :
 - Précoce : < 3 mois
 - rare car antibiothérapie systématique
 - Secondaire:
 - + fréquente
 - résulte souvent d'une contamination opératoire par un germe peu agressif mais résistant aux antibiotiques
 - tardive : date non fixée (de 3 mois à 2 ans) pour le CDC : < 1 an

PTG infectées - Types d'infection

- Selon le mode de contamination, l'infection peut être la csq :
 - d'une contamination péri-opératoire directe (< 3 mois)
 - d'une dissémination lymphatique ou hématogène
- Selon le germe en cause :
 - Gram positif (68 à 80%)
 - Staphylocoque doré : contamination hématogène
 - Staphylocoque coagulase négatif : contamination péri-opératoire

PTG infectées - Traitements

- Nettoyage chirurgical
- Résection arthroplastique
- Arthrodèse
- Amputation++++
- Réimplantation en un temps
- Réimplantation en deux temps

Étude sur 210 patients opérés au CHU d'Amiens

- Bactériologie :
 - avant 1 an : Staphylocoque aureus (50%
mécicilline-résistant)
 - Pseudomonas aeruginosa
 - Escherichia coli

Taux de guérison ou rémission

- guérison définie par Bengston : absence de signe clinique depuis un an au moins après l'arrêt des antibiotiques => consolidation
- en fait aucun délai pour établir la guérison avec certitude, d'où « rémission »
- facteurs de bon pronostic : minimum de facteurs de risque, prise en charge précoce, germe peu virulent et revêtement cutané assuré

Infection nosocomiale ?

- Staphylococcus aureus commensal ORL
- Devient pathogène dans brèche cutanée
- Plaie non cicatrisée

Discussion

- Difficultés de l'expert :
 - Définition de l'infection :
 - soit sans équivoque
 - soit discuter la véracité de chaque argument
 - clinique
 - bactériologique
 - Lien entre infection et intervention :
 - délai
 - suites post-opératoires →
 - ATCD locaux
 - caractère « nosocomial » du germe

Discussion

- Réponse de l'expert :
 - Argumenter pour et contre l'infection
- Rechercher une faute d'asepsie du chirurgien et/ou de l'établissement
- Tenir compte de l'état antérieur
- Tenir compte de l'état attendu avant infection
- Parler de « rémission »

- Comparer avec les suites normales d'une prothèse
- Exemple prothèse totale de hanche
- DFTT 4j
- DFTP classe 3 1 mois, classe 2 1 mois, classe 1:1 mois
- SE 3/7
- PED 1/7
- DFP 5%

Conclusion

- le chirurgien doit
 - savoir faire
 - savoir surveiller
 - savoir communiquer
- le médico-légal ne doit pas primer sur le médical