



Séroconversion VHC en hémodialyse

C.Mourlan

CPias Occitanie

VHC et Hémodialyse

Tableau 2.1 : Incidence de l'infection à VHC dans des centres d'hémodialyse

Auteur, année	Pays	Type d'étude	Période	Nombre de patients	Incidence annuelle (%)
Simon, 1994	France	monocentrique	1980 à 1992	217	1,8-4,3
Forns, 1997	Espagne	monocentrique	1991 à 1995	114	2,3
Jadoul, 1993 et 1998	Belgique	15 centres	1991 à 1995	963	1,41 ; 0*
Fabrizi, 1998	États-Unis	4 centres	1994 à 1995	274	0,73
Kobayashi, 1998	Japon	7 centres	1990 à 1995	179	1
Iwasaki, 2000	Japon	monocentrique	1992 à 1997	142	0,9
Vladutiu, 2000	Roumanie	monocentrique	1993 à 1998	180	6,7-10,2
Scheeberger, 1998	Pays-Bas	34 centres	1997 à 1998	2 286	0,5
Petrosillo, 2000	Italie	58 centres	1997 à 1998	3 926	0,95

* : 1,41 = incidence 1993 ; 0 = incidence 1998

Mécanismes de transmission nosocomiale non transfusionnelle

Trois principaux mécanismes peuvent théoriquement contribuer à la transmission nosocomiale du VHC chez les patients hémodialysés :

- par le personnel soignant infecté par le VHC ;
- par les générateurs de dialyse contaminés ;
- **la transmission croisée lors des soins.**

REX Signalement

> Hémodialyse

Transmission nosocomiale du virus de l'hépatite C (VHC) en unité d'autodialyse (UAD) - 2019

Transmission nosocomiale du virus de l'hépatite C (VHC) en unité d'autodialyse (2013-2014) - 2016

Séroconversion au virus de l'hépatite C (VHC) chez un patient hémodialysé - mai 2012

Cas de séroconversion VHC en centre d'autodialyse - avril 2010

Défaut PS

Partage de flacon héparine

Défaut d'entretien des postes et du matériel commun

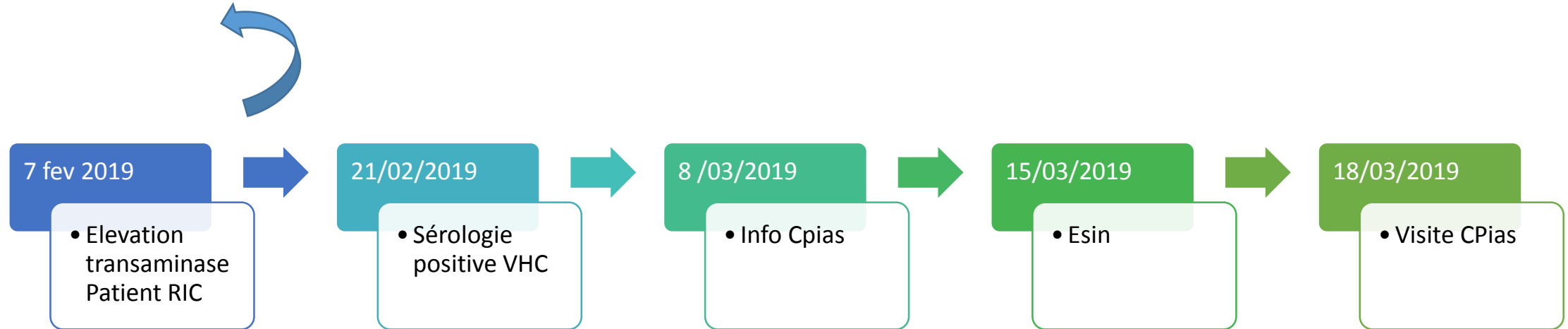
Manipulation des lignes sans compresse ni antiseptique

Locaux inadaptés

Défaut de management

Chronologie

Fenêtre de séroconversion
à partir du 1^{er} novembre
2018



Patient RIC âgé 90 ans dialyse depuis 2015,
KT, Diabète, HTA : Pas de voyage, pas de
Facteurs de risques hors Dialyse, pas de
chirurgie durant cette période
novembre/fevrier,

Hypothèse d'une transmission croisée en lien avec sa Dialyse

Investigations

Biologiques

- Recherche ADN viral à l'ensemble des patients dialysés
- Typages de l'ensemble des souches VHC connues

Audits de pratique

- Audit hygiène des mains 7 mars (PH de l'EOH)
- Visite sur site Cpias Occitanie le 18 mars 2019

Analyse spacio temporelle

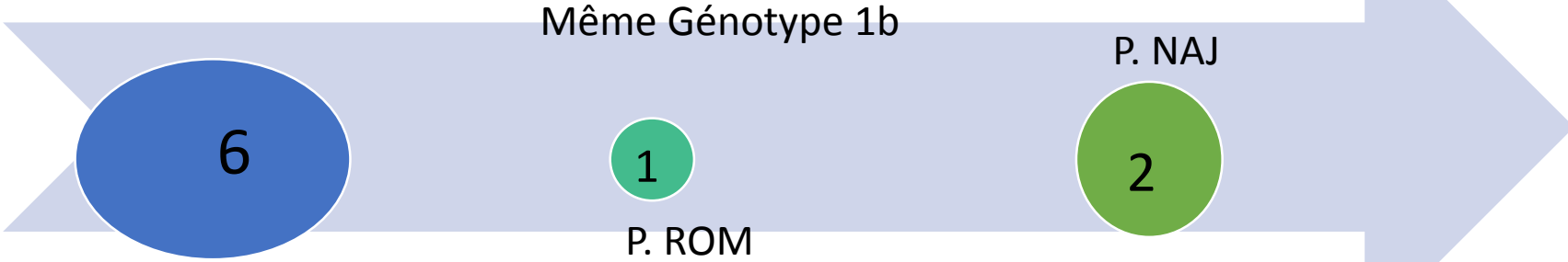
- Des patient VHC : machines utilisées, personnels, postes occupés : du 1^{er} novembre au 24 janvier

Résultats Biologiques

6 patients
VHC+ connu
dans le
centre

+1 , seronégatif
en fev mais
positif en
novembre

Pas de machine commune, séance en suivant
(débranchement Mr NAJ–branchement de Mr RIC)



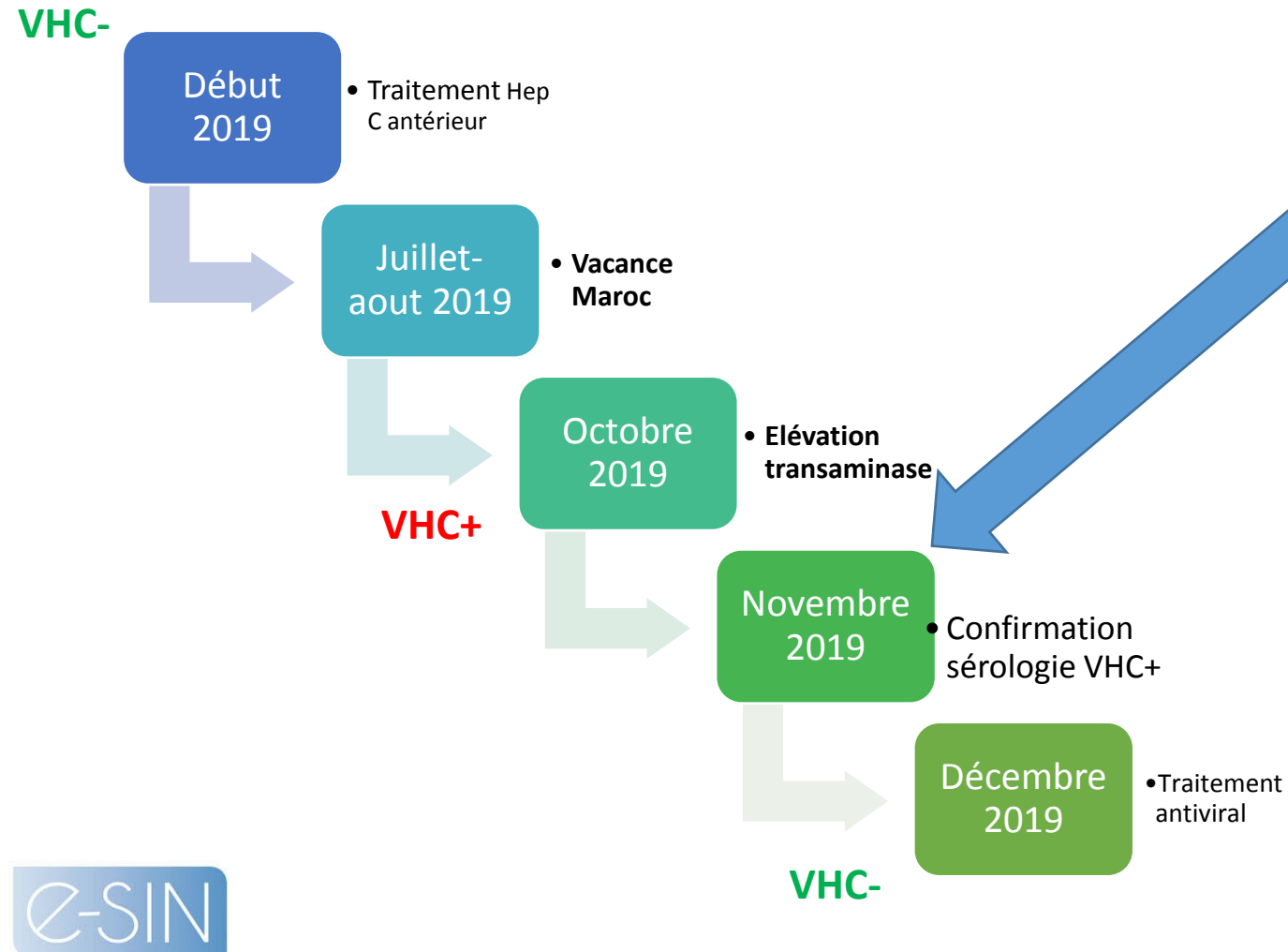
1 suspect

Analyse spatiotemporelle des séances
Ni séance, ni machine communes

Demande analyse
phylogénétique des 2
autres patients et Mr
RIC : 3 souches

prélèvement Mr RIC insuffisant,
faible charge virale et patient DCD
(autre cause) donc pas de preuve formelle

Histoire du patient NAJ, source la plus probable



Le 17 novembre 2019 :

- Mr NAJ a été dialysé pendant cette période sur le même secteur BAMBOU le matin et Mr RIC l'après midi .
- **Mr NAJ a eu des saignements buccaux abondants suite à une extraction dentaire en date du 15 novembre 2018 tracé sur le dossier de Dialyse.**
- journée de prélèvement de l'ensemble des patients donc intervention complémentaire sur le KT de Mr RIC.

Audit HDM du service le 6mars 2019

ZERO BIJOUX

06/03/2019	Fonction	Alliance /Bague	Montre	Bracelet	ZERO vernis	Tenue adaptée	Technique Friction
Global	16 soignants	76,47%	82,35%	94,12%	100%	100%	76,47%
	7 IDE	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	4 AS	100%	75%	100%	100%	100%	75%
	2ASH	50%	100%	50%	100%	100%	50%
	2 Médecins	50%	0%	50%	100%	100%	50%

Visite Cpias Points forts

- Effectif en personnel suffisant, branchement des KT toujours en binôme
- Tenue des professionnels et port des EPI (tablier, gants, masques,) conformes
- Hygiène des mains par FHA systématique et globalement conforme en termes d'indication
- Bio nettoyage conforme entre 2 patients (fin de journée non observé)
- Entretien des générateurs en fin de dialyse conforme
- Gestion des excréta conforme (1 observation)
- Pré requis HDM conforme (zéro bijou lors de notre visite)
- Manipulation des KT de dialyse conforme (branchements et débranchement), sauf pince voir ci-dessous
- Préparation des injections correctes et flacon à patient unique

Risque de contamination environnement

Dextro: manipulation de la boîte contenant les bandelettes avec les gants en cours de réalisation du test

Manipulation avec **les gants** des tiroirs du chariot (observé sur un branchement de FAV pas sur les branchements de KT)



Defaut d'entretien

Défaut d'entretien du plateau du chariot de soin entre 2 patients
Défaut d'entretien du glucomètre

Bionettoyage d'un seul poste à plusieurs ASH, risque d'oubli
Désinfection de l'écran du générateur en fin de branchement pas systématique
Housses de certains matelas non adaptée à la dimension des matelas



Porte d'entrée possible

Absence de désinfection des **sites d'injection** de la ligne lors des injections

Utilisation de 2 pinces Kocher pour débloquer les bouchons des branches d'un KT de dialyse, non stériles et désinfectées à l'aide d'une compresse imbibée d'alcool modifié

Autres points faible

- Pratiques hétérogènes + mauvaise sur le secteur concerné
- Antisepsie d'un KT central réalisée avec des dosettes de Chlorhexidine à 0.05%, en raison d'une intolérance à la Biseptine, antisepsie insuffisante.
- Collecteur pour OPCT trop grand

Plan d'Actions d'Amélioration

- Mise en place des Lingettes spécifiques Matériel Electronique Glucometre et sondes d'échographie un pack/ Chariot de soins
- Création de ce protocole & Fiche technique
- Retour vers les équipes sur la dilution des seaux des Lingettes THX du fait de la modification de leur « enroulement » par le fabricant mais avec même concentration
- Rappel sur les bonnes pratiques de soins , Les précautions Standard & Complémentaires en continu par les Cadres et le PH Hygiéniste
- Vérification Traçabilité du bionettoyage des chariot de soins
- Changement hebdomadaire des collecteurs OPCT 4.5l plus petits

Plan d'Action suite

- Retour aux équipes le 10 avril.
- Point téléphonique CPias-ARS-SpF: pas de dépistage des soignants
- RETEX à distance interne au groupe
- Vigilance accrue de l'encadrement et de l'équipe soignante sur l'application des PS par tous les professionnels

En conclusion

- L'Hypothèse de Transmission par des saignements suite à une intervention dentaire est pertinente , **vigilance à rappeler en cas d'exposition exceptionnelle**
- Le risque de Transmission de virus VHC, VHB, VIH est majoré en Hémodialyse
- Importance de la **surveillance des sérologies patients, notamment au retour de vacances à l'étranger**
- Intérêt des traitements antiviraux le plus précoce possible pour négativer la charge virale
- Les Précautions Standard bien observées sont des mesures barrières efficaces

Merci!

REX

- Diffusion par l'ARS (directeurs) et le Cpias (hygiénistes et gestionnaires de risque) aux centres de dialyse de la région occitanie
- Site national
- Documentation Repias



Retour d'Expérience : Signalement d'infections nosocomiales Séroconversion Hépatite C en Hémodialyse

Objectif : Valorisation des enseignements issus de l'analyse approfondie des causes, suite au signalement d'une Séroconversion Hépatite C dans un centre de dialyse, afin d'éviter la survenue d'évènements comparables.

MOTS-CLES

Période de survenue : 2019

VHC – Séroconversion - Analyse approfondie des causes - Hémodialyse

POINT D'INFORMATION

Les séroconversions VHC nosocomiales en hémodialyse sont aujourd'hui exceptionnelles (REX CPias : un épisode groupé de 4 en 2010 et 4 séroconversions entre 2011 et 2019). L'analyse approfondie des causes retrouve généralement plusieurs facteurs concourant à la transmission de patient à patient, avec une constante : un défaut d'application des précautions standard.

CONTEXTE

- Description chronologique de l'évènement