

RETOUR D'EXPERIENCE BACTERIEMIE SUR VOIE VEINEUSE PERIPHERIQUE 12 mars 2026





ORDRE DU JOUR

01 – Parcours du patient, recueil de données

02 – Analyse des données

03 – Conclusion



01

Parcours du patient, recueil de données

Parcours du patient

Recueil de données

Mr G, 56 ans, artisan électricien à son compte

ATCD chirurgicaux :

- Prothèses de hanche droite et gauche

ATCD médicaux :

- tachycardie => Bisoprolol®

Autonome



Parcours du patient

Recueil de données

22/11/2025

Mr G arrive aux services des Urgences à 11 h 46. Il est amené par les pompiers

Motif d'entrée : chute sur une bordure en glissant au sol, douleurs sur PTH gauche associées à une impotence fonctionnelle totale

12h32 : radios du bassin et du fémur => fracture sur PTH gauche

12h44 : prescription d'un bilan sanguin préopératoire et pose d'un cathéter veineux périphérique au bras gauche

13h24 : mutation dans le service d'orthopédique

- Prescription d'antalgique per os et injectable à la demande
- Le patient sera opéré le 26 novembre 2025 (commande de matériel)



Parcours du patient

Recueil de données

22/11/2025

14 h 29 : Mr G n'arrive pas à uriner (globe) => prescription d'une SAD

23/11/2025

Vu par l'anesthésiste dans la matinée : RAS

16h00 : Hyperthermie : 38,8°C; VVP fonctionnelle, point de ponction non inflammatoire

L'anesthésiste prescrit des hémocultures, un ECBU

Test Covid grippe => négatif



Parcours du patient

Recueil de données

24/11/2025

9h00 : Pansement VVP tâché de sang, avec une zone inflammatoire, chaude, indurée sur le trajet de la veine => pansement alcoolisé

Changement VVP au bras droit

18h23

Prescription : radio pulmonaire et Augmentin IV 3g par 24h, en attendant le résultat de la bactériologie
Œdème du bras gauche => demande d'un doppler veineux du bras

25/11/2025

Doppler => multiples thromboses ; indication d'une décoagulation curative mais pas possible
Intervention repoussée au 1^{er} décembre 2025

26/11/2025

hémoculture positive du 23/11 => *Streptococcus pyogenes*

Adaptation du traitement antibiotique par le MAR

Mutation en soins continus => surveillance pour un risque d'une endocardite infectieuse et mise en place d'une traction

02

Analyse des données

Analyse des données

Urgences

Le patient est resté 2 heures dans le service

Aucun soignant ne se plaint de maux de gorge ou autre, pas de grippe

Interrogatoire de l'IDE qui a posé la VVP :

- Respect de l'hygiène des mains
- Respect de la préparation cutanée avant pose d'une VVP
- Absence de port de masque mais non recommandé

Service d'orthopédie :

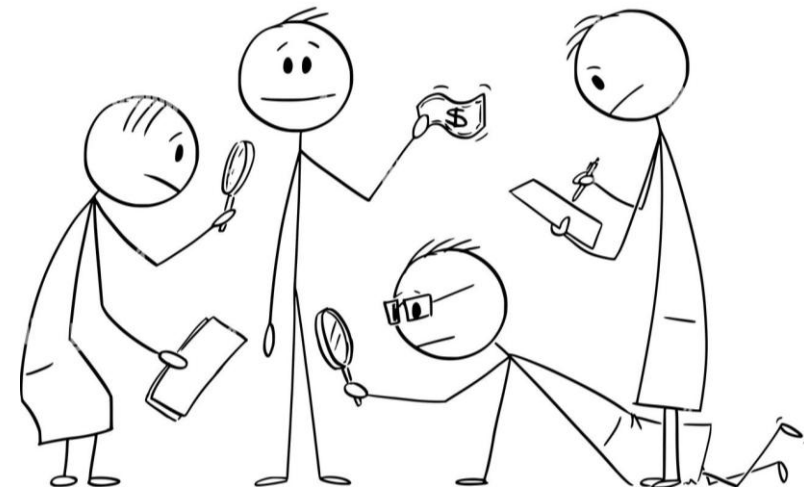
Aucun soignant n'est malade

Non utilisation de la VVP car les antalgiques per os sont suffisants

Les premiers signes infectieux apparaissent le lendemain de la pose (hyperthermie)

Visite du patient en réanimation :

Pas de notion d'angine dans la famille



03

CONCLUSION

Conclusion :

Bactériémie à *Streptococcus pyogenes* avec un tableau clinique d'érésypèle à porte d'entrée extérieure

- Portage du patient (incubation de 24 h) ?
- Contamination par l'IDE lors de la pose du cathéter veineux périphérique ?

Question lors d'un CLIAS :

- ⇒ Faut-il organiser une RMM : prescription d'une VVP qui est non utilisée ?
- ⇒ Réponse du MAR : patient venait pour une fracture de fémur sur prothèse :
 - Risque hémorragique important
 - Prescription d'antalgique parentérale si per os non suffisant



Merci!