

Staphylocoques dorés multirésistants en pratique ambulatoire

N. Troillet, M.Ch. Eisenring, F. Bally, Institut Central des Hôpitaux Valaisans

Les MRSA (*methicillin-resistant Staphylococcus aureus*), décrits en 1961, furent dès lors de plus en plus souvent reconnus à l'origine d'infections nosocomiales. Ces staphylocoques résistants à toutes les bêta-lactamines (pénicillines telles que amoxicilline/clavulanate [ex. Augmentin®] ou flucloxacilline [Floxapen®], céphalosporines, carbapénèmes) sont souvent aussi résistants à d'autres antibiotiques. Parfois, seule la vancomycine est encore active. Naguère, les MRSA n'étaient qu'exceptionnellement responsables d'infections survenant en dehors d'un contexte nosocomial. Ils appartenaient à un nombre limité de lignées (6 ou 7) ayant disséminé à travers le monde.

Cependant, depuis quelques années, de nombreux pays, dont la Suisse, constatent l'apparition d'infections dues à des MRSA chez des personnes non hospitalisées auparavant et sans antécédents particuliers [1,2].

EMERGENCE DE CLONES AMBULATOIRES DE MRSA

Ces infections ambulatoires à MRSA sont le plus souvent dues à des clones particuliers, différents de ceux observés précédemment (Tableau 1). Il ne s'agit donc pas de la dissémination de MRSA « hospitaliers », mais plutôt de l'acquisition *de novo* du gène de résistance par des staphylocoques dorés « ambulatoires ». Le gène de résistance de ces clones est situé sur un segment chromosomique (SCC *mec*) notablement plus court que celui des MRSA « hospitaliers » [3]. Ceci laisse supposer que le transfert de la résistance entre staphylocoques est désormais plus facile et pourrait expliquer le grand nombre de clones observés, contrastant avec ce qui était connu jusqu'ici. De même, la taille réduite du segment le rend moins susceptible d'inclure d'autres gènes de résistance et explique pourquoi les MRSA « ambulatoires » sont résistants à moins d'antibiotiques que les « hospitaliers ».

	MRSA « hospitaliers »	MRSA « ambulatoires »
Hétérogénéité génétique	Peu de clones	Nombreux clones
Segment chromosomique (SCC <i>mec</i>)	Types I, II, III (34-67 kb)	Type IV (21-24 kb)
Résistance à d'autres antibiotiques	Multiple	Peu ou pas présente
Croissance	Lente (28.4 min/génération)	Rapide (13.9 min/génération)
Virulence	Faible	Elevée

Tableau 1: Caractéristiques des MRSA « hospitaliers » et « ambulatoires »

LEUCOCIDINE DE PANTON-VALENTINE ET INFECTIONS NÉCROSANTES

De nombreux MRSA « ambulatoires » produisent une toxine qui les rend particulièrement virulents, la leucocidine de Pantone-Valentine (PVL). Cette toxine est clairement associée à des infections cutanées ou muqueuses nécrosantes (folliculite, furoncles, abcès, pneumonie ou fasciite nécrosantes) [1,2].

IMPORTANCE DU PROBLÈME

Bien que les données manquent encore pour bien situer l'importance épidémiologique de ces nouveaux MRSA, il est probable que les infections qu'ils occasionnent soient en recrudescence, pour le moins dans certaines régions. Il a été estimé que 1.4% des infections cutanées vues dans une clinique dermatologique allemande étaient dues à des MRSA « ambulatoires » [4] et qu'ils étaient responsables de 5% de toutes les infections staphylococciques survenant en dehors du milieu hospitalier à Atlanta [1]. En Valais, quelques cas sont observés chaque année depuis 2002 (Figure 1).

DIAGNOSTIC

Seules une culture bactériologique et la mise en évidence de la

résistance par un antibiogramme et d'autres techniques permettent de reconnaître un MRSA. L'apparition de MRSA « ambulatoires » justifie sans doute la pratique plus systématique de cultures, notamment en cas de lésions cutanées répondant mal à un traitement classique.

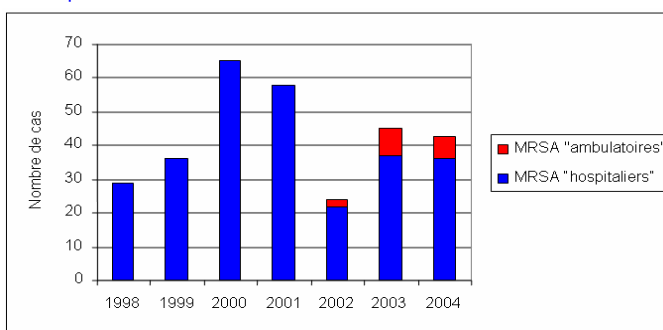


Figure 1: Répartition des nouveaux cas de MRSA détectés annuellement en Valais

TRAITEMENT DES INFECTIONS

La proportion d'infections staphylococciques survenant dans le milieu ambulatoire et dues à des MRSA est vraisemblablement insuffisante dans nos régions pour justifier un abandon des β-lactamines comme antibiotiques de première intention. Si une telle infection était diagnostiquée, le traitement antibiotique devrait être choisi en fonction de l'antibiogramme et de la gravité clinique. Pour des infections superficielles, peu graves et gérables ambulatoire, la clindamycine (Dalacine®) ou le cotrimoxazole (ex. Bactrim®) par voie orale sont le plus souvent efficaces. En cas d'infections plus graves, il est recommandé d'hospitaliser le patient et d'avoir recours à la vancomycine par voie veineuse.

ERADICATION DU PORTAGE

Un traitement antibiotique ne suffit habituellement pas à éradiquer le portage de MRSA. Des mesures complémentaires visant à diminuer le risque de récurrence et celui de transmission à des tiers sont recommandées. Elles consistent à administrer pendant 5 à 7 jours de la mupirocine en gel nasal (Bactroban®) 2x/jour, des sprays ou des gargarismes de chlorhexidine (Corsodyl®) après les repas et au coucher et à se doucher quotidiennement le corps entier à l'aide d'un savon de chlorhexidine (Hibiscrub® ou Lifoscrub®).

De plus, il est conseillé de procéder de même avec les contacts proches d'un cas et de s'assurer quelques jours après la fin de ces mesures de l'absence de portage résiduel par des frottis du nez (écouvillon humidifié avec du NaCl, introduit sur 1 cm environ et tourné 3-4 fois dans chaque narine), de la gorge et des plis inguinaux.

RÉFÉRENCES

- Chambers HF. Community-associated MRSA – Resistance and virulence converge. N Engl J Med 2005;352:1485-7.
- Vandenesch F et al. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carrying Pantone-Valentine leukocidin genes: worldwide emergence. Emerg Infect Dis 2003;9:78-84.
- Ma XX et al. Novel type of staphylococcal cassette chromosome *mec* identified in community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* strains. Antimicrob Agents Chemother 2002 ;46 :1147-52.
- Witte W. Update on current community-acquired MRSA situation in Europe. European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Copenhagen, April 2005.

CONTACTS

Piquet d'infectiologie de l'ICHV : 027 603 4700

Dr Nicolas Troillet, PD, médecin-chef

nicolas.troillet@ichv.ch

Dr Gérard Praz, médecin-chef

gerard.praz@consilia-sa.ch

Dr Frank Bally, médecin-adjoint

frank.bally@ichv.ch

DEMANDE D'ANALYSES ET TRANSPORT

CONSILIA Laboratoires et Conseils Médicaux SA

Tel.: 0848 603 603