

## Le staphylocoque doré méthicillinorésistant non nosocomial : Les répercussions pour les soins des enfants



Canadian  
Paediatric  
Society

English on page 323

Des lignes directrices canadiennes sur la prévention et le traitement du staphylocoque doré méthicillinorésistant non nosocomial (SRAM-NN) ont été publiées dernièrement (1). La Société canadienne de pédiatrie les a appuyées.

Jusqu'à récemment, on observait surtout le SRAM en milieu hospitalier. La résistance s'observe maintenant dans la collectivité. Les souches de SRAM-NN semblent avoir évolué indépendamment des souches nosocomiales et diffèrent des souches de SRAM nosocomiales multirésistantes, car elles tendent à être sensibles à certains antibiotiques non bêta-lactamines, ce qui offre plus de possibilités de traitement. Par contre, les souches non nosocomiales sont souvent plus virulentes que les souches nosocomiales. Dans bien des régions, les souches de SRAM-NN ont acquis le gène de la leucocidine de Pantone-Valentine, qui les rend virulentes et s'associe à des infections cutanées, musculosquelettiques et des tissus mous pathologiques, de même qu'à une pneumonie nécrosante. Il est toutefois important de souligner que les souches de staphylocoque doré contenant la leucocidine de Pantone-Valentine ne sont pas toutes méthicillinorésistantes et que les souches de SRAM-NN ne sont pas toutes virulentes (2,3). Les enfants semblent toutefois plus vulnérables aux infections au SRAM-NN que les adultes.

### L'EXPLORATION ET LE TRAITEMENT DES INFECTIONS NON NOSOCOMIALES

- Si on utilise un antibiotique systémique, il faut prendre toutes les mesures nécessaires pour obtenir les prélèvements requis pour la culture avant le début du traitement. Ces prélèvements incluent la culture des lésions cutanées et l'aspiration des abcès, du liquide pleural, du liquide articulaire, etc. Les résultats des cultures orienteront ensuite le traitement définitif.
- Il faut envisager la possibilité d'un SRAM-NN dans la thérapie empirique d'une infection grave mettant la vie en danger lorsqu'on soupçonne la présence du staphylocoque doré (p. ex., pneumonie nécrosante, fasciite nécrosante et syndrome de septicémie). Le traitement empirique doit inclure de la vancomycine en plus d'une pénicilline ou d'une céphalosporine antistaphylococcique en attendant les résultats des cultures.

- Dans le cas d'infections ne mettant pas la vie en danger mais qu'on croit attribuables au staphylocoque doré, les pénicillines ou les céphalosporines antistaphylococciques demeurent les agents empiriques de choix, car les taux de méthicillinorésistance sont relativement faibles au Canada. Il faut envisager un SRAM-NN si le patient réagit peu à un traitement à la bêta-lactamine. Au sein des populations où plus de 10 % à 15 % des isolats non nosocomiaux du staphylocoque doré sont méthicillinorésistants, il peut être prudent d'envisager l'ajout d'un antibiotique antistaphylococcique non bêta-lactamine en attendant les résultats des cultures (1).
- Les infections cutanées n'ont pas toutes besoin d'être traitées par antibiothérapie. En effet, on peut traiter les lésions cutanées mineures (folliculite, furoncles et petits abcès) par des trempages dans l'eau chaude pour favoriser le drainage ou, s'il y a du pus, par une incision et un drainage. On peut envisager le recours à des antiseptiques topiques. Si on juge nécessaire d'utiliser un tel antibiotique topique, il faut en privilégier un qui ne sera pas utilisé dans le cadre d'une thérapie systémique, tel que la bacitracine ou la mupirocine, tout en étant conscient qu'on constate déjà une résistance à la mupirocine dans certaines régions du Canada. Il faut envisager une antibiothérapie systémique si le patient est un nouveau-né, s'il est immunocompromis ou si les lésions cutanées progressent rapidement.
- Les lignes directrices contiennent de l'information détaillée sur les possibilités de traitement empirique et définitif du SRAM-NN (1).

### LA PRÉVENTION

En milieu hospitalier, le contrôle du SRAM est axé sur une démarche de recherche et de destruction, accompagnée du dépistage généralisé des porteurs potentiels et d'un usage étendu des processus d'isolement pour les personnes porteuses de l'organisme. Cette démarche ne peut être adoptée dans la collectivité. Pour prévenir le SRAM-NN, il faut lancer des mesures pour limiter la transmission des infections cutanées d'une personne à l'autre, quel que soit

l'organisme en cause. Le virus d'immunodéficience humaine nous a appris à tenir compte du caractère potentiellement infectieux du sang, ce qui mène au concept des pratiques de base. Il faut adopter une démarche similaire à l'égard des infections cutanées. Les personnes atteintes du SRAM-NN ont peu de chance d'être dépistées, à moins de souffrir de lésions cutanées récurrentes ou d'une infection grave. La prévention visant les personnes déjà atteintes d'un SRAM-NN connu ne sera pas efficace et elle pourrait d'ailleurs provoquer une discrimination non fondée. Les mesures présentées dans les lignes directrices s'appliquent à toutes les lésions cutanées qu'on présume être infectées et devraient assurer le contrôle non seulement du SRAM-NN, mais également des souches virulentes du staphylocoque doré méthicillino-résistant, du streptocoque bêta-hémolytique de groupe A, des infections à l'herpès simplex cutané et de la dermatomycose.

- Il faut que la peau reste propre grâce à une hygiène régulière des mains et à des bains réguliers.
- Il faut soigner rapidement les coupures, les abrasions et les égratignures (les nettoyer et les recouvrir pour les protéger de la contamination externe).
- En présence de lésions cutanées suintantes :
  - il faut recouvrir les lésions des pansements convenables.
  - il faut éviter de partager les produits pour les soins de la peau (p. ex., savons, crèmes, lotions et cosmétiques).
  - il ne faut pas partager les serviettes et autres articles personnels qui entrent en contact avec les lésions cutanées tant qu'ils n'ont pas été lavés ou nettoyés à sec.
  - il faut jeter rapidement et avec précaution les pansements usagés ou les autres articles souillés par un écoulement de la plaie afin d'éviter que quelqu'un y soit exposé.
  - il faut se laver les mains après avoir touché une lésion cutanée contaminée ou un objet potentiellement contaminé, tel que des pansements usagés.
- En milieu extra-hospitalier, il n'y a aucune indication sur le dépistage systématique des contacts de personnes atteintes d'une infection au SRAM-NN, ni sur le dépistage de suivi des personnes atteintes d'une infection au SRAM-NN. Le dépistage n'est indiqué que si les infections continuent de se déclarer en milieu familial ou dans tout autre type de population vivant en milieu fermé, malgré des mesures d'hygiène convenables. Même si on découvre des colonisations de SRAM-NN, il est difficile d'obtenir une éradication, laquelle est d'ailleurs rarement indiquée.

- La prévention consiste également à éviter l'utilisation inutile ou abusive d'antibiotiques, qui peut promouvoir la prolifération de souches antibiorésistantes.
- Les lignes directrices contiennent des recommandations destinées aux services de garde et aux écoles, aux établissements sportifs et aux établissements de détention, de même que des considérations au sujet des animaux infectés (1).
- Les lignes directrices contiennent également des recommandations sur le traitement du SRAM-NN en pouponnière. En effet, le SRAM-NN peut être introduit à la pouponnière par une mère infectée ou colonisée, qui le transmet à son nouveau-né, à d'autres nouveau-nés et à d'autres mères. Du personnel colonisé peut également concourir à la propagation. La Société canadienne de pédiatrie a déjà publié des recommandations sur le contrôle du SRAM en milieu hospitalier (4).

Le SRAM-NN est là pour rester. Le staphylocoque doré est un élément de la flore normale et, comme tous les microbes, il évoluera de manière à promouvoir la survivance du plus apte (5). Il faut simplement apprendre à composer avec ce microbe. À l'instar du staphylocoque doré pénicillino-résistant dans les années 1950 et du pneumocoque pénicillino-résistant dans les années 1990, nous devons rajuster les démarches thérapeutiques compte tenu de cette nouvelle réalité. Les antibiotiques bêta-lactamines représentent l'antibiothérapie courante des infections à bactéries Gram positif depuis la découverte de la pénicilline et sont très utiles depuis près de 70 ans. Nous devons maintenant nous préparer à adopter d'autres classes d'antibiotiques. Pour ce qui est de la prévention, une bonne hygiène personnelle et des soins convenables des lésions cutanées s'imposent.

## RÉFÉRENCES

1. Barton M, Hawkes, M, Moore D et coll. Guidelines for the prevention and management of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A perspective for Canadian health care practitioners. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17(Suppl C):4C-24C.
2. Gillet Y, Issartel B, Vanhems P et coll. Association between *Staphylococcus aureus* strains carrying gene for Panton-Valentine leukocidin and highly lethal necrotising pneumonia in young immunocompetent patients. *Lancet* 2002;359:753-9.
3. Martinez-Aguilar G, Avalos-Mishaan A, Hulten K et coll. Community-acquired, methicillin-resistant and methicillinsusceptible *Staphylococcus aureus* musculoskeletal infections in children. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23:701-6.
4. Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation [auteure principale : D. Moore]. Le contrôle et le traitement du staphylocoque doré méthicillino-résistant dans les établissements de santé pédiatriques du Canada. *Paediatr Child Health* 2006;11:163-65. <[www.cps.ca/francais/enonces/ID/ID06-01.htm](http://www.cps.ca/francais/enonces/ID/ID06-01.htm)> (version à jour le 12 mars 2007).
5. Nicolle L. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Getting over it. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2005;16:323-4.

## COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION

**Membres :** Docteurs Robert Bortolussi (président), IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse); Dorothy L Moore, L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec); Joan Louise Robinson, Edmonton (Alberta); Élisabeth Rousseau-Harsany (représentante du conseil), CHU Sainte-Justine, Montréal (Québec); Lindy Michelle Samson, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario)

**Conseillère :** Docteur Noni E MacDonald, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

**Représentants :** Docteurs Upton Dilworth Allen, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (Canadian Pediatric AIDS Research Group); Scott Alan Halperin, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse) (Programme canadien de surveillance active de l'immunisation); Charles PS Hui, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) (Santé Canada, Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages); Larry Pickering, Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta) Géorgie (American Academy of Pediatrics, comité des maladies infectieuses); Marina Ines Salvadori, Children's Hospital of Western Ontario, Ottawa (Ontario) (Santé Canada, Comité consultatif national de l'immunisation)

**Auteure principale :** Docteur Dorothy L Moore, L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec)

---

Les recommandations du présent commentaire ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes. Les adresses Internet sont à jour au moment de la publication.

Le présent article est également publié dans le *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale* de mars-avril 2007.