

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 27 juin 2017

Hôpital cantonal de Genève

Résistance antibiotique : mise à jour

Prof. S. Harbarth

Pour les Gram + les nouvelles sont plutôt encourageantes...

Il y a 2 MRSA (Staph doré résistant à la méthicilline)...le MRSA hospitalier et le MRSA communautaire.

Les nouvelles sont plutôt bonnes puisque le MRSA hospitalier est revenu au niveau de 1989...et que, jusqu'à présent au cours de 2017, il n'y a pas eu une seule bactériémie à MRSA à l'intérieur de l'hôpital et en Suisse romande les infections hospitalières à MRSA sont passées de 26% en 2004 à 12% en 2014.

Il faut remercier l'hygiène des mains, la détection des porteurs lors des admissions, et les mesures d'isolement en chambre...mais pas seulement...sans doute qu'un clone de MRSA connu pour sa virulence a perdu certaines caractéristiques de survie, et qu'il est devenu moins « méchant ».

Le MRSA communautaire, par contre tend à augmenter...il y a même une souche très agressive « USA300 » fréquente dans les collèges, les prisons et dans les équipes de football américain, qui est importée de l'Amérique du Nord et du Sud.

Pour le Pneumocoques...la situation est sous contrôle, probablement aussi grâce à l'aide du vaccin Prevenar...On rappellera cependant une résistance assez élevée (25%) aux Macrolides (Klacid®, Zithromax®) donc pas de monothérapie aux Macrolides chez le sujet âgé avec pneumonie. On rappelle la grande sensibilité à la pénicilline et à l'amoxicilline.

Pour les entérocoques résistants à la Vancomycine (VRE)...Il n'y a pas eu de grandes épidémies hospitalières récentes...

Pour les Gram – c'est moins réjouissant...

Les BLSE, entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre élargi/étendu, essentiellement les E.Coli et les Klebsielles sont un phénomène mondial...

En 2016, une recherche systématique de BLSE aux admissions des HUGs a montré 7% de patients BLSE + (probablement un peu moins, 5-6% dans la population générale).

Il semble que ce sont surtout les voyageurs et leurs proches qui se contaminent.

« Import and spread of extended-spectrum β -lactamase-producing Enterobacteriaceae by international travellers (COMBAT study): a prospective, multicentre cohort study

Maris S Arcilla, Lancet infectious dis. Volume 17, No. 1, p78–85, January 2017 »

L'article ci-dessus a montré que les voyageurs se contaminaient fréquemment au cours d'un voyage...essentiellement dans l'Asie du Sud (Inde/Pakistan), que le risque d'infection était augmenté par la prise d'antibiotiques pendant le voyage, surtout les quinolones, et aussi s'il y avait eu des épisodes de diarrhées pendant le voyage.

Alors que 75% des voyageurs étaient porteurs au retour d'Asie du Sud, par exemple, seuls 11% l'étaient encore après 1 an. Mais la transmission était importante dans l'entourage proche.

Genève reste en Suisse la région où les antibiotiques sont le plus donnés...et on nous rappelle que 100% des poulets bio ou pas bio sont contaminés par les BLSE dans les grandes surfaces...probablement que la contamination se fait dans les abattoirs et le packaging...

L'incidence des BLSE a été maximale aux HUGs en 2015...

Des études assez poussées en biologie moléculaire ont réussi à montrer que 62% des BLSE provenait d'une même souche (ST131), mais qu'il n'y avait eu qu'une transmission intrahospitalière... Probablement que le réservoir se situe plutôt à l'extérieur de l'hôpital, et que la cause principale est la pression sélective des antibiotiques, en particulier des quinolones...

Aucun modèle de prédiction n'a permis à ce jour d'identifier le patient à risque...

Pour les cystites...on nous le redit encore ne fois....

LEAVE THE QUEEN!!
(phonétiquement queen alone = quinolone)



et on nous rappelle aussi que les super-héros ne meurent jamais...soit Nitrofurantoïne et Fosfomycine...il y aurait même une étude en cours sur le point de montrer que l'un des 2 est supérieur à l'autre...mais pour le moment, l'étude étant en double aveugle on ne sait pas lequel...il faudra encore attendre un peu...



Il y a aussi les entérobactéries résistantes au carbapenem, dites superrésistantes...il y a les NDM-1 (New Delhi metallo beta lactamase-1), les KPC (Klebsiella pneumoniae Carbapene-Nemase)...et d'autres encore que je n'ai pas eu le temps de noter...

En Suisse pour le moment ce n'est pas fréquent, et Genève est le leader pour leur détection, comme pour la détection de la résistance à la Colistine.

Il y a aussi les pseudomonas aeruginosa multirésistants...dont le niveau actuel reste acceptable...

Les Clostridium difficile résistants restent bas...

Donc, si l'on peut être optimiste pour les G+, en ce qui concerne les G- la situation est un peu plus inquiétante...

On retiendra que la baisse du MRSA nosocomial a pour conséquence qu'il n'est plus systématiquement indiqué d'ajouter de la Vancomycine lors d'infections nosocomiales d'origine X.

Que le MRSA communautaire est stable, mais qu'il faut être attentif à la souche virulente « USA300 » producteur ou non de la toxine de Panton-Valentine, et responsable d'abcès cutanés récidivants.

Que les BLSE et les entérobactéries résistantes au Carbapenem sont source d'inquiétude même si leur transmission nosocomiale est contrôlée aux HUGs.

Que contrairement à ce que l'on nous disait il y a quelques années...il y aurait de futurs nouveaux antibiotiques dans le pipe-line de l'industrie pharmaceutique, et qu'il n'est pas nécessaire d'annoncer des scénarios apocalyptiques d'infections incurables pour l'avenir...

En résumé...



Queen alone



fosfomycin



Furadantin

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan

ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch