

Janvier 2014 - Nous avons le plaisir de vous adresser la lettre semestrielle de notre organisation qui aborde deux sujets d'actualité sensible en infectiologie. Nous vous en souhaitons une agréable lecture.

LABORATOIRE CHARCOT - LABORATOIRE CHARCOT POINT DU JOUR - LABORATOIRE DE LA SALVEGARDE - LABORATOIRE LA PAGERE - LABORATOIRE FONTAINES - LABORATOIRE DES CANUTS - LABORATOIRE POINT DU JOUR - LABORATOIRE BARBUSSE - LABORATOIRE OULLINS REPUBLIQUE - LABORATOIRE SANTY - LABORATOIRE DES PORTES DU SUD - LABORATOIRE LYON REPUBLIQUE - LABORATOIRE SAINT-PRIEST HÔTEL DE VILLE - LABORATOIRE DES TERREAUX - LABORATOIRE VENISSIEUX HÔTEL DE VILLE - LABORATOIRE DES ALLAGNIERS - LABORATOIRE VERLAINE - LABORATOIRE CUSSET - LABORATOIRE DECINES GRAND LARGE - LABORATOIRE BRON HÔTEL DE VILLE - LABORATOIRE GRATTE-CIEL - LABORATOIRE GRANDCLEMONT - LABORATOIRE CHARMANSON

ANTIBIOTIQUES ET BACTERIES MULTIRÉSISTANTES

Depuis la découverte de la pénicilline par Alexander Fleming en 1928, différentes familles d'antibiotiques ont vu le jour, suivant en cela l'adaptation perpétuelle du monde microbien. L'arsenal thérapeutique de cette classe de médicaments particuliers sera très probablement le même dans les dix années à venir, peu ou pas de nouvelle classe, ni aucun antibiotique majeur, n'étant actuellement en développement.

Si la résistance aux antibiotiques semblait confinée essentiellement au milieu hospitalier, il n'en est plus de même aujourd'hui et l'on voit émerger en pratique de ville des phénotypes de résistance que l'on ne rencontrait pratiquement qu'en établissement de santé. Les bactéries dites multi-résistantes (BMR) sont définies comme ne restant sensibles qu'à un petit nombre de molécules. Les différentes sociétés savantes et instances de type Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ont retenu certaines d'entre elles comme devant faire partie d'actions spécifiques pour lutter contre leur diffusion.

Actuellement, on retient les différentes BMR suivantes:

- Le **staphylocoque doré** résistant à la méticilline (SARM) : cette résistance entraîne une inefficacité de toute la famille des bêta-lactamines. En France, en établissement de santé, le pourcentage de SARM est de 25%. Cette résistance est le plus souvent associée à la résistance aux fluoroquinolones et à l'érythromycine.
- Les **entérobactéries** (Escherichia coli, Enterobacter sp, Proteus sp, Klebsiella sp Salmonella sp, etc...) résistant aux céphalosporines de troisième génération (céfotaxime, ceftriaxone, ceftazidime). Cette résistance se manifeste par deux mécanismes différents : soit la sécrétion d'une enzyme de type céphalosporinase chromosomique, soit une bêta-lactamase à large spectre (BLSE) dont le gène est porté par un plasmide transmissible d'une bactérie à l'autre, voire d'une espèce à l'autre au sein d'une même famille (entérobactéries), ce plasmide portant fréquemment des gènes de résistance à d'autres familles d'antibiotiques, réduisant ainsi les possibilités thérapeutiques.

La PCT : le meilleur marqueur biologique d'infections bactériennes évolutives... en médecine de ville comme à l'hôpital !

Si l'intérêt du dosage en routine de la procalcitonine (PCT) pour diminuer l'utilisation des antibiotiques à l'hôpital n'est plus à prouver, des études récentes montrent que cela est transposable en médecine de ville, notamment chez l'adulte pour les infections des voies respiratoires basses et les infections urinaires fébriles, de même chez l'enfant de plus de 3 mois...

(Test remboursé B80)

Dans un article de novembre 2010 l'ANSM insiste sur le rôle de ce marqueur pour une meilleure gestion des traitements. Le dosage de la PCT y est évalué pour le diagnostic d'infection bactérienne : une PCT $\geq 0.5 \mu\text{g/l}$ est fortement en faveur d'un diagnostic de sepsis.

De plus, chez le patient fébrile, une PCT élevée est un facteur prédictif de complications liées à l'infection (PCT $\geq 2 \mu\text{g/l}$, voire $\geq 5 \mu\text{g/l}$).

Dans la prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant, une PCT $< 0.25 \mu\text{g/l}$ autorise à ne pas instaurer de traitement antibiotique, notamment dans les pneumonies aiguës communautaires.

Non seulement le taux d'initiation est diminué, mais la durée de traitement est raccourcie (de près de 50%) et les effets indésirables liés aux antibiotiques sont réduits.

Chez l'enfant de plus de 3 mois, dans les cas de fièvre sans point d'appel, une PCT $\geq 0.5 \mu\text{g/l}$ est fortement

- Les **staphylocoques** résistants aux glycopeptides (vancomycine, teicoplanine).
- Les **entérocoques** résistants aux glycopeptides, phénomène se manifestant par des épidémies hospitalières qui jusqu'à ce jour ont pu être maîtrisées, au moins en France, ce qui n'est pas le cas aux USA.
- D'autres espèces peuvent être concernées plus rarement: Acinetobacter résistants aux carbapénèmes, BK multirésistants, etc..

L'évolution de ces résistances en pratique de ville est alarmante.

En effet, pour l'espèce la plus fréquente : E. coli, la résistance aux céphalosporines de troisième génération a augmenté très rapidement ces cinq dernières années. Par exemple, le pourcentage de résistance est passé de 0,1% à plus de 4% sur le Grand Lyon. Aucun pays et aucune région ne sont indemnes. La conséquence est l'utilisation des carbapénèmes, avec pour corollaire une émergence de bactéries produisant des enzymes de type carbapénémases. (cf supra).

DYOMEDEIA a décidé de participer à la surveillance de ces résistances en collaborant avec un réseau : **MedQual**, qui a reçu l'appui de la Direction Générale de la Santé. Ce réseau surveille pour l'instant deux espèces impliquées plus particulièrement dans les infections de ville : Escherichia coli et le staphylocoque doré. Les résultats sont rendus par région et comparés avec les consommations d'antibiotiques. L'envoi mensuel des statistiques permet un suivi en temps réel. Chaque médecin intéressé peut consulter les résultats sur les sites de MedQual. Il suffit pour cela de s'inscrire soit en se connectant au site Medqual : www.medqual.fr, soit en contactant une des personnes gérant ce réseau : sonia.thibaut@chu-nantes.fr; (article écrit par Dr J.THIERRY)

Recevez ce courrier par voie électronique en nous communiquant votre adresse mail

Pour cela allez sur

www.dyomedeia.eu/lettre-du-biologiste-contact/

et renseignez le formulaire

en faveur d'une infection bactérienne évolutive.

Lors d'un premier épisode d'infection urinaire fébrile, une PCT $\geq 0.5 \mu\text{g/l}$ est prédictive de lésions rénales (pyélonéphrites aiguës), et permet d'optimiser le choix de traitement, à l'hôpital ou en ambulatoire, tout comme le recours à l'imagerie (scintigraphie).

A l'inverse, une PCT $< 0.5 \mu\text{g/l}$ conforte l'absence d'un reflux vésico-urétéral (RVU) de haut grade (≥ 3), contribuant à limiter la réalisation de cystographies inutiles.

Ce marqueur s'ajoute aux examens existants afin de d'adopter les règles de « bon usage » et de « moindre usage » des antibiotiques. Il est important de bien respecter les situations pour lesquelles « les antibiotiques ne sont pas recommandés » comme le conseille l'ANSM. (article écrit par Dr S.LARRUE)