

Le SARM, en pleine forme et florissant au Canada. Que peut bien faire un médecin d'urgence?

Heather Murray, MD, MSc

VOIR LES ARTICLES CONNEXES AUX PAGES 430 ET 439

ENGLISH VERSION ON PAGE 417

Chaque jour, des centaines de patients atteints d'infections des tissus mous se présentent dans les services d'urgence au Canada et, comme l'illustrent deux articles publiés dans ce numéro du *Journal canadien de la médecine d'urgence*^{1,2}, bon nombre d'entre eux auront une infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM). Plus de 50% des cultures au site d'infection chez des patients participant à l'étude de Stenstrom et ses coauteurs¹ ont donné un résultat positif pour le SARM, et la prévalence a augmenté considérablement de janvier 2003 à septembre 2004, passant de 21 à 68 %. Adam et ses collaborateurs² font état de résultats de cultures de plaies réalisées sur une période de 3 mois en 2007 dans 7 services d'urgence de la région du Grand Toronto. Ils ont noté une prévalence globale de 19 % (variation d'une urgence à l'autre de 6 à 25 %) et le fait que la moitié des infections à SARM présentaient les caractéristiques moléculaires et les sensibilités aux antibiotiques du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline d'origine communautaire (SARM-C). Ces calculs de prévalence sous-estiment peut-être la véritable prévalence des infections à SARM dans les urgences au Canada, car on n'avait pas procédé à des cultures pour tous les patients qui s'étaient présentés à l'urgence pour une infection de la peau et des tissus mous (IPTM) au cours des périodes couvertes par les deux études. Par surcroît, bien que ces deux études aient été menées dans de grands centres urbains, il serait naïf de penser que les petits centres échapperaient à cette tendance. Les opinions quant à la prise en charge optimale des patients se présentant à l'urgence avec des infections purulentes de la peau, particulièrement avec des abcès des tissus mous, sont devenues plus nuancées au cours des dernières années avec l'émergence du SARM et, en parti-

culier, du SARM-C. La recherche sur le SARM — et les cas de SARM — continue de s'accumuler, mais quelques questions demeurent.

POUVONS-NOUS DÉTERMINER QUELS PATIENTS AYANT UN ABCÈS ONT UNE INFECTION À SARM OU À SARM-C?

En un mot, non. On a déjà déterminé de nombreux facteurs de risque pour le SARM et le SARM-C. Dans l'étude de Stenstrom¹, l'utilisation de drogues injectables, une récente antibiothérapie, une hospitalisation dans les 12 mois précédant la présentation à l'urgence, une colonisation antérieure par le SARM, le diabète sucré et la présence d'un abcès ont tous été associés à l'infection à SARM. Adam et ses collaborateurs² ont comparé les facteurs de risque chez les patients infectés par SARM et ceux infectés par SARM-C, au cours d'entretiens téléphoniques. Bien que leur échantillon ait été de taille limitée, ils ont constaté que les patients infectés par SARM-C avaient tendance à être plus jeunes, moins susceptibles de signaler une utilisation récente d'antibiotiques ou des facteurs de risque associés aux soins de santé et plus susceptibles d'avoir des facteurs de risque associés à la collectivité. Bon nombre des facteurs de risque associés à la collectivité étaient liés à des contacts étroits, lesquels sont fréquents dans notre société. C'est là le problème : il est de plus en plus difficile de trouver des patients qui ne présentent aucun facteur de risque. Qu'il s'agisse de jeunes enfants, de personnes âgées, d'athlètes, de personnes ou de travailleurs dans une variété d'établissements, d'hommes homosexuels, d'utilisateurs de drogues injectables, de sans-abri, de personnel militaire, de personnes qui ont eu la grippe récemment

Professeure agrégée, Départements de médecine et de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Queen's, Kingston (Ontario)

Les opinions exprimées dans les éditoriaux sont celles des auteurs; elles ne reflètent pas nécessairement celles du JCMU ou de l'Association canadienne des médecins d'urgence.

CJEM 2009;11(5):420-2

ou ont été en contact avec le SARM ou le SARM-C, ils sont tous considérés comme étant à risque^{3,4}. Enfin, la distinction entre le SARM-C et le SARM comme infection « communautaire » ou « nosocomiale » s'estompe. En effet, le SARM-C a été identifié comme pathogène nosocomial⁵, et on a signalé des cas d'infection de plaies par SARM chez des patients sans contact avec le milieu hospitalier ou sans facteurs de risque².

Dans l'ère pré-SARM, les cultures de plaies provenant d'abcès de tissus mous étaient peu susceptibles de fournir des informations utiles pour la majorité des patients. Toutefois, vu la montée rapide de la prévalence du SARM dans le monde et dans les services d'urgence du Canada, il est temps de réévaluer l'utilité de pratique, de façon routinière, des cultures de plaies pour tous les patients ayant un abcès des tissus mous. Si, dans chaque service d'urgence, toutes les IPTM purulentes faisaient l'objet de cultures, de façon routinière, les tendances de la prévalence et de la résistance à l'échelon local se détacheraient rapidement. Il suffirait alors d'investir un peu de temps pour instaurer un mécanisme permettant de contacter les patients qui ont une infection à SARM ou à SARM-C pour vérifier que leur infection se résorbe et profiter de cette occasion pour les éduquer sur les précautions relatives aux contacts et établir des stratégies de suivi. La surveillance du SARM à l'échelon local peut fournir des renseignements importants en ce qui concerne les éclosions ciblées d'infections des tissus mous, qui ont été signalées dans des équipes sportives et dans d'autres groupes ayant des contacts étroits. Les cas graves et mortels d'infections invasives à SARM-C, souvent chez des enfants et des adolescents qui étaient autrement en bonne santé, sont certes moins fréquents, mais beaucoup plus inquiétants^{6,7}. L'administration précoce d'un antibiotique approprié est indispensable pour la prise en charge des patients ayant contracté ces infections. La prévalence et la résistance locales du SARM et du SARM-C constituent des éléments importants d'information qui peuvent aider à déterminer le traitement d'attaque chez les patients qui présentent une infection invasive ou une septicémie foudroyante.

FAUT-IL PRESCRIRE DES ANTIBIOTIQUES ADJUVANTS APRÈS L'INCISION ET LE DRAINAGE D'UN ABCÈS? QUE FAIRE SI JE SOUPÇONNE QU'UN PATIENT A UNE INFECTION À SARM?

Encore une fois, en deux mots, non et non. Deux études d'observation chez des patients ayant des abcès positifs pour le SARM et des IPTM n'ont pas réussi à établir de

différence entre le devenir des patients consécutif à un traitement à base d'antibiotiques actifs sur le SARM et d'antibiotiques inactifs sur le SARM^{8,9}. Un récent essai contrôlé randomisé réalisé dans le centre-ville de San Francisco auprès de 166 patients ayant des abcès aux tissus mous offre un argument davantage persuasif. Cet essai a montré des taux de guérison similaires entre le groupe placebo (91% [intervalle de confiance (IC) à 95% de 82 à 96%]) contre le groupe céphalexine par voie orale (84% [IC à 95% de 74 à 91%]) après l'incision et le drainage¹⁰. Certes, la céphalexine était un genre de placebo du fait que la plupart des patients avaient une infection à SARM (88% des 114 cultures positives). En outre, les abcès examinés étaient gros (diamètre moyen : 20 cm², avec en moyenne, 20 à 30 mL de pus drainé) et, pour être admissibles à l'étude, les médecins devaient être d'avis que le patient devait poursuivre l'antibiothérapie pendant 5 jours de plus. Les taux élevés de guérison observés dans cette étude montrent qu'il est peu probable que le traitement antibiotique adjuvant améliore le devenir des patients, même chez ceux qui sont infectés par des organismes résistants à la méthicilline.

Une importante étude prospective réalisée aux États-Unis auprès de patients à l'urgence infectés par SARM et SARM-C a mis en évidence des niveaux de résistance variables parmi les organismes ayant fait l'objet de cultures³, semblables à ceux observés par Adam et ses collaborateurs². Cette constatation renforce l'argument contre l'antibiothérapie empirique pour les abcès des tissus mous. Même si nous pouvions déterminer cliniquement quels patients sont infectés par SARM ou SARM-C, les variations de résistance aux antibiotiques se traduiraient par une pharmacothérapie inefficace.

QUE FONT MES COLLÈGUES?

Une récente enquête sur les pratiques réalisée par le *New England Journal of Medicine* portait sur le cas d'un jeune athlète présentant un abcès fessier et une faible température. On a demandé aux praticiens de choisir entre 3 options de traitement (incision et drainage, incision et drainage plus administration d'un antibiotique actif sur le SARM, ou incision et drainage plus administration d'un antibiotique actif sur le *Staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline)¹¹. Le choix de traitement le plus populaire (41 % parmi plus de 11 000 répondants dans le monde entier) était l'incision et le drainage plus l'administration d'un antibiotique adjuvant actif sur le SARM. Parmi les motifs du choix du traitement, on

note le taux de risque présumément plus élevé d'infection à SARM-C et les préoccupations relatives à la transmission et à une éclosion potentielle au sein de l'équipe sportive dont il faisait partie.

Cela présente un dilemme. La surutilisation des antibiotiques est en cause dans la montée vertigineuse du nombre d'organismes résistants aux médicaments, et pourtant, notre solution est d'utiliser des antibiotiques de plus en plus sophistiqués comme agent de première intention pour traiter des entités relativement bénignes comme les abcès des tissus mous. Dans un récent éditorial à ce sujet publié dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*¹², on nous demandait encore une fois de réduire notre « empreinte antibiotique ». La prise en charge des abcès des tissus mous semble un bon point de départ. Nous savons que les médecins d'urgence et les urgences sont aux premières lignes pour dépister les maladies infectieuses. Nous sommes certainement aux premières lignes pour prendre en charge les abcès des tissus mous. Notre approche devrait consister à procéder systématiquement à la culture des abcès des tissus mous et à les traiter par incision et drainage seuls, puis à éduquer les patients et à faire un suivi attentif. L'antibiothérapie devrait être réservée aux patients dont l'état ne s'améliore pas ou dont l'état de santé systémique s'aggrave. En outre, on devrait opter pour des antibiotiques à spectre étroit, à la lumière des résultats de la culture et de la sensibilité. Nos patients méritent qu'on fasse plus que leur remettre automatiquement une ordonnance chaque fois qu'on draine un abcès.

Conflits d'intérêts : aucun déclaré.

Mots clés : *Staphylococcus aureus*, résistance à la méthicilline, infections à origine communautaire, infections de la peau, infections des tissus mous

RÉFÉRENCES

1. Stenstrom R, Grafstein E, Romney M, et coll. Prevalence of and risk factors for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin and soft tissue infection in a Canadian emergency department. *JCMU* 2009;11:430-8.
2. Adam HJ, Allen VG, Currie A, et coll. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: prevalence in skin and soft tissue infections at emergency departments in the Greater Toronto Area and associated risk factors. *JCMU* 2009;11:439-46.
3. Moran GJ, Krishnadasan A, Gorwitz RJ, et coll. Methicillin-resistant *S. aureus* infections among patients in the emergency department. *N Engl J Med* 2006;355:666-74.
4. Boucher HW, Corey GR. Epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Clin Infect Dis* 2008;46(Suppl 5):S344-9.
5. Seybold U, Kourbatova EV, Johnson JG, et coll. Emergence of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* USA300 genotype as a major cause of health care-associated blood stream infections. *Clin Infect Dis* 2006;42:647-56.
6. 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.
7. Hageman JC, Uyeki TM, Francis JS, et coll. Severe community-acquired pneumonia due to *Staphylococcus aureus*, 2003-04 influenza season. *Emerg Infect Dis* 2006;12:894-9.
8. Fridkin SK, Hageman JC, Morrison M, et coll. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* disease in three communities. *N Engl J Med* 2005;352:1436-44.
9. Lee MC, Rios AM, Aten MF, et coll. Management and outcome of children with skin and soft tissue abscesses cause by community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23:123-7.
10. Rajendran PM, Young D, Mauer T, et coll. Randomized, double-blind, placebo controlled trial of cephalexin for treatment of uncomplicated skin abscesses in a population at risk for community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Antimicrob Agents Chemother* 2007;51:4044-8.
11. Hammond SP, Baden LR. Management of skin and soft-tissue infection — polling results. *N Engl J Med* 2008;359:e20.
12. Patrick DM, Hutchinson J. Antibiotic use and population ecology: How you can reduce your “resistance footprint.” *JAMC* 2009;180:416-21.

Correspondance : D^{re} Heather Murray, Département de médecine d'urgence, Université Queen's, 76, rue Stuart, Kingston ON K7L 2V7; télécopieur : 613 548-1374; murrayh@kgh.kari.net

