

LES INFECTIONS CUTANÉES STAPHYLOCOCCIQUES: À PROPOS D'UNE SÉRIE HOSPITALIÈRE

Meddeb*, I. Zaraa*, M. Zribi**, S. Trojjet*, D. El Euch*, A. Mebazaa*, R. Cheikhrouhou*, M. Mokni*, C. Fendri**, A. Ben Osman*.

*Service de dermatologie, hôpital La Rabta, Tunis.

**Laboratoire de Bactériologie, hôpital La Rabta, Tunis.

Meddeb, I. Zaraa, M. Zribi, S. Trojjet, D. El Euch, A. Mebazaa, R. Cheikhrouhou, M. Mokni, C. Fendri, A. Ben Osman.

Meddeb, I. Zaraa, M. Zribi, S. Trojjet, D. El Euch, A. Mebazaa, R. Cheikhrouhou, M. Mokni, C. Fendri, A. Ben Osman.

LES INFECTIONS CUTANÉES STAPHYLOCOCCIQUES: À PROPOS D'UNE SÉRIE HOSPITALIÈRE

STAPHYLOCOCCUS AUREUS SKIN INFECTIONS: A HOSPITAL STUDY

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°11) : 169 - 172

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°11) : 169 - 172

R É S U M É

Introduction : Les infections cutanées staphylococciques (ICS) sont fréquentes. L'émergence de souches résistantes à la méticilline (SARM) constitue un problème d'actualité.

Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiocliniques et bactériologiques des ICS dans un service hospitalier.

Malades et méthodes: Nous présentons une étude prospective menée au service de Dermatologie et de Bactériologie de l'hôpital La Rabta de Tunis sur une période de trois mois (Février- Avril 2008). Durant cette période ont été colligés tout les nouveau cas des ICS primaires. Pour chaque patient ont été recueillies les données épidémio-cliniques, bactériologiques et thérapeutiques.

Résultats: Vingt cinq patients ont été colligés. Il s'agissait de 15 hommes et de 10 femmes, âgés en moyenne de 47 ans. L'examen clinique révélait une lésion unique dans 52% des cas. L'abcès était la forme clinique la plus fréquente (40%). L'étude bactériologique a isolé un SA au niveau de la lésion dans 40% cas et au niveau des gites dans 24 % des cas. Un SARM était isolée dans 32 % des cas.

Conclusion: Les dermatologues sont désormais souvent confrontés à des infections cutanées à SARM. Les prélèvements bactériologiques devraient être systématiques et les antibiothérapies probabilistes dirigées contre les SARM dans les ICS.

S U M M A R Y

Introduction: Staphylococcus skin infections (SSI) are common. The emergence methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) is a growing concern.

The aim of our study was to describe the epidemiological, clinical and bacteriological features of SSI in a hospital department.

Patients and methods: This was a prospective study performed in the Dermatology and Bacteriology department of the La Rabta Hospital during a period of three months (February- April 2008). Were included all cases presenting with a primary SSI. For each patient we collected epidemiological, clinical, bacteriological and therapeutic features.

Results: Twenty-five patients were included in the study concerning 15 men and 10 women, with a mean age of 47 years. Clinical exam revealed a unique lesion in 52 % of cases. The abscess was the predominant clinical form (40 %). The bacteriological study isolated a Staphylococcus aureus in the lesion in 40 % of cases and in the other sites of staphylococcus portage in 24 % of cases. 32 % of patients had MRSA.

Conclusion: Dermatologists are increasingly faced with cutaneous infections caused by MRSA. Bacterial samples should be taken routinely and probabilistic antibiotic therapy for MRSA instituted in severe infections.

M O T S - C L É S

Infection cutanée; Staphylocoque doré

K E Y - W O R D S

Skin infection; Staphylococcus aureus

Les infections cutanées bactériennes sont fréquentes, le *Staphylococcus aureus* (S.A) est l'agent infectieux le plus souvent impliqué. Actuellement, elles constituent un problème de santé publique vue la modification majeure de l'épidémiologie des S.A et l'apparition d'infections communautaires à SA résistant à la méticilline (SARM) (1). Certaines études occidentales récentes annoncent que jusqu'à 50 % des SA identifiés en médecine libérale sont des SARM (1-6). Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiocliniques et bactériologiques des infections cutanées staphylococciques (ICS) à travers une étude prospective et une revue de la littérature récente.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous présentons une étude prospective menée au service de Dermatologie et de Bactériologie de l'hôpital La Rabta de Tunis sur une période de trois mois (Février- Avril 2008). Durant cette période ont été colligés tout les nouveau cas des ICS primaires, folliculaires et non folliculaires en consultation et en hospitalisation. Pour chaque patient ont été recueillies les données épidémiocliniques et thérapeutiques.

Des prélèvements bactériologiques ont été pratiqués au niveau de la lésion et des gîtes. Les lésions ont toutes été prélevées à l'aide d'un écouvillon. Les lésions surinfectées étaient prélevées directement et celles « fermées » étaient tout d'abord désinfectées, puis la bulle, vésicule ou pustule était « décapitée » à l'aide d'un vaccinostyle ou d'une aiguille stérile. Par ailleurs, les gîtes prélevés étaient les narines, l'ombilic, les plis axillaires, les plis inguinaux et l'anus. Les prélèvements réalisés étaient envoyés au laboratoire de bactériologie de l'hôpital La Rabta de Tunis pour un examen direct, une coloration de Gram, puis la mise en culture et la réalisation d'un antibiogramme si une souche de SA était identifiée en culture.

RÉSULTATS

Durant les 3 mois de l'étude 25 patients ont été colligés. L'âge de nos patients variait de 1 à 84 ans avec une moyenne de 47 ans. Il s'agissait de 15 hommes et de 10 femmes.

Dix sept patients (68 %) ont été recrutés à travers les consultations et dans les 8 autres cas, il s'agissait de patients hospitalisés.

Des antécédents d'ICS étaient retrouvés chez 15 patients (40%). Huit patients avaient utilisé avant la consultation, des antibiotiques par voie générale, associés dans 2 cas à des anti-inflammatoires non stéroïdien. La durée moyenne d'évolution de l'ICS était de 17 jours, avec des extrêmes variant de 2 à 30 jours. L'examen clinique révélait une lésion unique chez 13 patients (52 %). Sept de nos patients présentaient plus de 5 lésions (28 %). L'abcès était la forme clinique la plus fréquente (10 cas). La distribution selon la forme clinique est rapportée sur la figure 1. Les membres inférieurs étaient le siège de prédilection (52 %), la répartition selon la localisation est rapportée dans le tableau 1.

L'étude bactériologique a isolée un SA au niveau de la lésion dans 10 cas (40 %). Le prélèvement au niveau de la lésion était

Figure1: Répartition des ICS en fonction de la forme clinique

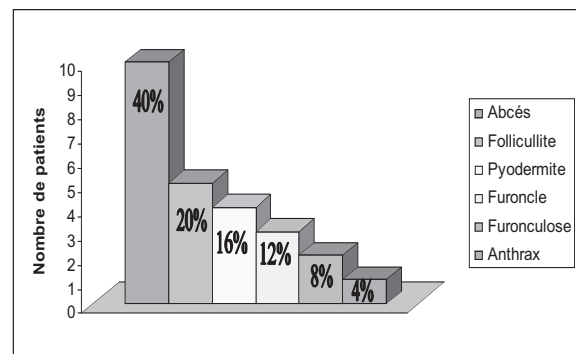


Tableau 1: Répartition des ICS selon le siège

Siège de la lésion	Nombres de cas (%)
Membres inférieurs	13 (52 %)
Tronc	5 (20 %)
Face	4 (16 %)
Membres supérieurs	1 (4 %)
Cuir chevelu	1 (4 %)
Organes génitaux externes	1 (4 %)

négatif dans 12 cas (48 %) et chez 3 patients nous avons isolé des germes autres que le SA (Bacilles à Gram négatifs, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus epidermidis* dans 1 cas respectivement)

Parmi les patients chez qui un SA a été authentifié au niveau de la lésion:

- Un SARM a été isolé chez 5 patients, cliniquement il s'agissait de 3 cas d'abcès, chez qui le prélèvement au niveau des gîtes était négatif, d'un cas d'anthrax chez qui le prélèvement au niveau des gîtes était également négatif et 1 cas de folliculites chez qui on avait isolé un SARM au niveau des narines et des plis de l'aîne. Tous ces patients étaient hospitalisés, dont 4 pour un pemphigus et une patiente pour une dermatomyosite.

- Un SA sensible à la méticilline (SASM) était isolé chez 5 patients, dont 2 présentaient un furoncle avec la présence de SARM au niveau des gîtes (narines et aisselles) chez l'un d'eux, un autre patient présentant des lésions de folliculite et un SASM au niveau des narines. Dans les 2 autres cas (abcès (1 cas), pyodermite (1 cas)) les prélèvements étaient négatifs au niveau des gîtes.

Au total 7 patients (24 %) avaient des prélèvements positifs à SA au niveau des gîtes, dont 3 avaient des prélèvements négatifs au niveau des lésions, il s'agissait de 2 cas d'abcès chez qui on avait isolé chez un cas un SASM au niveau des narines et chez l'autre cas un SASM au niveau des narines et des aisselles et 1 cas de furoncle avec la présence de SARM au niveau de l'ombilic.

Chez les 8 patients qui avaient utilisé des antibiotiques avant

consultation, le prélèvement bactériologique de la lésion avait isolé un SA dans 3 cas (SARM: 2 cas, SASM: 1 cas). Au niveau des gîtes un SASM était isolé dans 2 cas et un SARM dans 1 cas, dont 1 avait un SA au niveau de la lésion.

Tous nos patients ont été traités par des soins locaux à base d'antiseptique et de pommade antibiotique en présence de croutes. Une antibiothérapie orale était administrée dans tous les cas. La pénicilline M (oxacilline) était la plus utilisée (17 cas), suivie par l'acide fusidique (4 cas) dont deux cas en association à l'oxacilline, la pristinaïmycine chez 3 patients et l'association amoxicilline et acide clavulanique dans 1 cas. La durée moyenne du traitement été de 15 jours avec des extrêmes variant de 6 à 30 j.

Une guérison a été observée dans tous les cas. Durant la période d'étude 3 patients avaient reconsulté pour des récives dont un patient présentant des SARM au niveau des gîtes.

DISCUSSION

Les infections cutanées staphylococciques sont cosmopolites, elles réalisent des tableaux cliniques polymorphes. Elles présentent un sujet d'actualité vu les modifications récente des caractéristiques épidémiologiques et bactériologiques du SA (1-6).

Le profil épidémiologique de S.A n'a cessé de se modifier au cours du temps. En effet, avant l'ère de l'antibiothérapie, la mortalité lors d'une bactériémie à S.A atteignait 90 %. L'introduction de la pénicilline dans les années 1940 a transformé le pronostic de ces infections. Mais dès 1942, les S.A résistants à la pénicilline sont apparus, d'abord dans les hôpitaux, puis dans la population générale et 90 % des S.A hospitaliers ou de ville (dits communautaires) étaient résistants à la pénicilline. Cette résistance est due à la sécrétion d'une pénicillinase. L'introduction de la méticilline, en 1961 (première pénicilline semi synthétique résistante à la pénicillinase), fut rapidement suivie par la description de souches résistants. Décrits quasi exclusivement dans les hôpitaux, les clones résistants ont largement diffusé à travers le monde. Ces S.A résistants à la méticilline (SARM) ont acquis de nouvelles résistances contre les autres classes d'antibiotiques, devenant ainsi des S.A multi-résistants (1-10). Actuellement on assiste à l'émergence d'une nouvelle souche de «SARM» appelé de ville possédant des caractéristiques propres. Ces clones communautaires diffusent dans la population générale et sont en général isolés chez des sujets jeunes antérieurement sains, n'ayant pas les facteurs de risques classiques d'acquisition des SARM. Ils sont responsables d'infections cutanées sévères dans 90 à 95 % des cas (6-8).

Les études récentes occidentales illustrent ces propos, en montrant que 6 à 76 % des infections cutanées vues à l'hôpital à l'entrée étaient dues à des SARM, avec cependant des variations géographiques importantes (1-10). L'interprétation des résultats de ces études est d'autant plus difficile qu'il n'existe pas de définition précise de l'infection cutanée communautaire et que les limites nosologiques avec les infections hospitalières restent floues.

Notre étude montre que parmi les 13 patients chez qui on a isolé

un SA soit au niveau de la lésion ou des gîtes, 8 (61,5 %) présentaient des SARM. Les malades hospitalisés étaient tous porteurs de SARM au niveau des lésions (5/8 cas: 62,5 %), alors que les patients «ambulants» présentaient des SARM uniquement au niveau des gîtes (3/17 cas: 17,6 %). Il ressort de notre travail malgré la courte durée de l'étude et le nombre assez limité de l'effectif que: (i) les ICS sont relativement fréquentes, elles touchent aussi bien les patients des consultations que les malades hospitalisés, (ii) les SARM concernent essentiellement chez les patients hospitalisés, (iii) la présence de S.A au niveau des gîtes ne paraît pas être corrélée à une éventuelle récive.

Les infections communautaires à SARM sont un problème émergent. Il existe différents clones de SARM dans le monde et 8 à 20% de toutes les souches de SARM répertoriées seraient communautaires (6, 8). En effet certaines souches de SA, et notamment de SARM, produisent une toxine, la leucocidine de Pantan-Valentine (LPV). Elle peut causer non seulement des abcès cutanés, mais surtout des pneumopathies nécrosantes grevées d'une très forte mortalité, le plus souvent chez des malades jeunes jusqu'alors en parfaite santé. Selon l'étude de Cohen, parue en 2007, la majorité des lésions cutanées communautaires à SARM sécrétors de LPV sont des abcès loin devant les impétigos, les folliculites et les panaris et le portage nasal paraît comme le facteur de risque majeur d'infection ultérieure à SA, soulignant l'intérêt du traitement des gîtes dans la prévention des infections à SARM (8).

En Tunisie ne disposons pas de chiffres nationaux concernant les SARM communautaires. Trois études Tunisiennes hospitalières se sont intéressées à la prévalence des SARM. La première étude menée au service de réanimation des brûlés à l'hôpital Aziza Othmana sur 139 patients de 2000 à 2003 avait retrouvée une fréquence globale des SARM de 69 %, mais il s'agissait dans tous les cas d'un SARM hospitalier (11). Une deuxième étude menée au laboratoire de microbiologie et d'immunologie de Sousse (12), colligeant les infections communautaires et hospitalières avait isolé entre septembre 2003 et mars 2004 un SARM dans 12.9 % des cas. Une dernière étude menée au service de bactériologie de l'hôpital La Rabta de Tunis sur une période de 3ans (2003 à 2005) (13), portant sur 817 souches de S.A avait retrouvée une prévalence du SARM de 20,6 %. Une augmentation de ce taux avait été notée, la résistance était passée de 17 % en 2003 à 28 % en 2005 (13). Les infections cutanées communautaires à SARM sont déjà un problème de santé publique aux États-Unis et semblent en progression en Europe.

Notre étude montre une prévalence de SARM de 32 % (8/25 cas). Elle paraît faible chez les patients «ambulants» avec des tableaux cliniques peu sévères. En Tunisie Les SARM ne constituent pas encore un problème de santé publique mais on pourrait assister les prochaines années à une émergence pouvant être liée, en partie, à la diffusion des souches hospitalières dans la communauté. La notion de frontière nette entre les malades hospitalisés et les malades ambulants semble révolue et une nouvelle catégorie de malades fréquentant régulièrement le milieu hospitalier a vu le jour. Il serait donc intéressant de réaliser des études nationales pour évaluer la prévalence des SA

de mettre en place des observatoires pour assurer la surveillance de SARM en Tunisie et d'appliquer des mesures préventives dans les services hospitaliers pour limiter la diffusion et le portage des SARM.

RÉFÉRENCES

1. Fridkin SK, Hageman JC, Morrison M, Thomson Sanza L, Harrison L, Lynfield R, et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* disease in three communities. *N Engl J Med* 2005; 352: 1436-44.
2. Moran GJ, Krishnadasan A, Gorwitz RJ, Fosheim G, McDougal L, Carey R, et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections among patients in the emergency department. *N Engl J Med* 2006; 355: 666-74.
3. Aramburu C, Harbarth S, Liassine N, Girard M, Gervaix A, Scherenzel J, et al. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Switzerland: first surveillance report. *Euro Surveill* 2006; 11: 42-3.
4. Asensio A, Canton R, Vaque J, Rossello J, Calbo F, Garcia-Caballero J, et al. Nosocomial and community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in hospitalized patients. *J Hosp Infect* 2006; 63: 465-71.
5. Naimi TS, LeDell KH, Como-Sabetti K, Borchardt S, Boxrud D, Etienne J, et al. Comparison of community and health care associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. *JAMA* 2003; 290: 2976-84.
6. Trividic M, Gauthier ML, Sparsa A et al. *Staphylococcus aureus* méti-résistants en dermatologie, provenance du germe, facteurs de risque et évolution. *Ann Dermatol Venerol* 2003; 130: 601-5.
7. Iwatsuki K, Yamasaki O, Morizane S, Oono T. Staphylococcal cutaneous infections: invasion, evasion and aggression. *J Dermatol Sci* 2006; 42: 203-14.
8. Cohen PR. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin infections: implications for patients and practitioners. *Am J Clin Dermatol* 2007; 8: 259-70.
9. Abrahamian FM, Snyder EW. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Incidence, Clinical presentation, and Treatment Decision. *Curr Infect Dis Rep* 2007; 9: 391-7.
10. Halem M, Trent J, Green J, Kerdel F. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin infections. *Semin Cutan Med Surg* 2006; 25: 68-71.
11. Messadi A, Thabet L, Bouselmi K, Ben Rjedjeb S. Etude de la sensibilité aux antibiotiques des souches de *Staphylococcus aureus* isolées au service de réanimation des brûlures. *Tunis Med* 2006; 84: 74-7.
12. Mastouri M, Nour M, Ben Nejma M, Bouallegue O, Hammami M, Kheder M. *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline: détection des premières souches de sensibilité diminuées aux glycopéptides en Tunisie. *Pathologie Biologie* 2006; 54: 33-36.
13. Zribi M, Snoussi Y, El Euch D, Masmoudi A, Ben Osman A, Fendri C. Prévalence des *Staphylococcus* cutanées et facteurs favorisants. *Essaydali* 2006; 100: 29-34.