Réanimation 16 (2007) 259–262

available at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: http://france.elsevier.com/direct/REAURG/

MISE AU POINT

Conduite à tenir devant un malade porteur d'un entérocoque résistant à la vancomycine

How to manage a patient colonized or infected with vancomycin-resistant Enterococci?

J. Robert

Laboratoire de bactériologie-hygiène, UFR de médecine Pierre-et-Marie-Curie (UPMC Paris-VI), APHP, site de la Pitié-Salpêtrière, 91, boulevard de l'Hôpital, 75634 Paris cedex 13, France

Disponible sur internet le 12 avril 2007

MOTS CLÉS
Entérocoque résistant à la vancomycine ;
Infection nosocomiale ;
Colonisation ;
Bactérie multirésistante ;
Transmission croisée ;
Maîtrise des infections

Résumé Les épidémies d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) représentent actuellement un problème émergent en France. Prendre en charge de façon appropriée la survenue d'une colonisation ou d'une infection à ERV dans une unité de réanimation et prévenir la transmission de ce microorganisme multirésistant aux autres patients sont un enjeu capital et correspondent aux objectifs de cette note technique.
© 2007 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Vancomycin-resistant enterococci;
Nosocomial infection

Abstract At the present time, vancomycin-resistant enterococci (VRE) outbreaks are an emergent issue in France. Thus, appropriately managing VRE when it does occur in a ICU and preventing spread of this multiresistant bacteria to other individuals are cririca l and the main principles are presented in this technical note.
© 2007 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresse e-mail : jrobert@chups.jussieu.fr (J. Robert).

1624-0693/$ - see front matter © 2007 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.reaurg.2007.03.002

Introduction

Les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) sont considérés comme des bactéries multirésistantes (BMR) et, globalement, les principes de lutte contre les autres BMR à transmission manuportée s'appliquent aux ERV. Il existe toutefois certaines mesures spécifiques aux ERV par rapport aux autres BMR.

Il est avant tout important de rappeler que la résistance aux glycopeptides chez les entérocoques est de deux types [1] :

- la résistance naturelle, qui est observée chez les espèces *Enterococcus gallinarum*, *Enterococcus casseliflavus* et *Enterococcus flavescens*. Ces espèces contiennent un gène *vanC* qui typiquement confère une résistance de bas niveau à la vancomycine (CMI ≤ 16 mg /l) ;
- la résistance acquise, qui est observée principalement chez l'espèce *Enterococcus faecium*, mais également parfois chez *Enterococcus faecalis*. Chez ces espèces, la résistance secondaire à l'acquisition du gène *vanA* est habituellement de haut niveau (CMI de la vancomycine > 128 mg/l, CMI de la teicoplanine ≥ 16 mg/l). L'acquisition du gène *vanB* se traduit typiquement par un plus bas niveau de résistance à la vancomycine (CMI 16-64 mg/l) et une sensibilité à la teicoplanine (CMI de la teicoplanine ≤ 1 mg/l). Il existe également un gène *vanD*. Ce sont les souches qui ont une résistance acquise que l'on appelle couramment entérocoque résistant à la vancomycine, et cela quel que soit le gène en cause.

Ces souches multirésistantes posent trois problèmes :

- le risque important de transmission croisée et donc d'épidémie de BMR ; les États-Unis et de nombreux pays d'Europe font actuellement face à ce type d'épidémie [2] avec par exemple au Royaume-Uni, un tiers des souches d'*E. faecium* isolées dans les hémocultures qui sont résistantes à la vancomycine [2] ;
- le risque d'impasse thérapeutique, car le plus souvent les ERV sont résistants aux principaux antibiotiques actifs sur les entérocoques (ampicilline, aminosides, cyclines, cotrimoxazole) ;
- le risque de transfert du gène de résistance à la vancomycine à un staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM) et donc l'apocalypse tant redoutée serait proche [3].

Certains hôpitaux français font ou ont fait face à des épidémies importantes d'infection ou de portage d'ERV chez des malades hospitalisés [4]. Toutefois, la proportion d'ERV au sein des souches isolées de prélèvement clinique reste inférieure à 2 % dans la majorité des hôpitaux français. La France se trouve donc probablement au début du phénomène épidémique qui est observé dans d'autres pays d'Europe. Nous avons donc le devoir d'agir sans attendre afin de ne pas nous retrouver devant une situation épidémiologique identique à celle du SARM. Cela justifie les mesures très contraignantes soulignées dans la note du 6 décembre 2006 de la DHOS et du Directeur général de la santé [5] et détaillées dans la fiche technique opérationnelle rédigée par le CTINILS [6]. Ces mesures sont proches de celles observées par des pays d'Europe du Nord vis-à-vis d'un porteur de SARM, ces pays en étant quasiment indemnes [7].

Définitions opérationnelles

Un cas ou un porteur : un malade ayant au moins un prélèvement positif à entérocoque résistant à la vancomycine.

Un contact : un malade hospitalisé en même temps qu'un cas dans la même salle ou pris en charge par les mêmes soignants.

Les mesures à mettre en place dès le diagnostic d'infection ou de colonisation avec un ERV

Elles sont de trois ordres.

Mesures techniques

- Isoler géographiquement le ou les *malades porteurs* (cas) avec signalisation « BMR » sur la porte de la chambre et le dossier ;
- mettre en place les précautions « contact » pour tous les cas avec en particulier un renforcement de l'hygiène des mains, une protection systématique de la tenue de travail [8], le port de gants systématique dès l'entrée dans la chambre et le retrait de ces protections avant de sortir de la chambre [9] ;
- dans la mesure du possible, utiliser du matériel à usage unique pour la prise en charge des cas ou utiliser du matériel dédié restant dans la chambre (stéthoscopes, thermomètre, glucomètre…) ;
- renforcer le bionettoyage de la chambre de chaque cas car ce germe survit très bien dans l'environnement [10], et désinfecter tous les équipements qui sortent de la chambre d'un cas (y compris les stéthoscopes !) ;
- limiter l'utilisation des antibiotiques pour tous les malades présents [11], et en particulier pour les contacts. Les antibiotiques ayant une activité sur la flore anaérobie doivent être évités car il a été montré qu'ils favorisaient la sélection des ERV ;
- rechercher un portage de SARM chez les porteurs d'ERV. Si cette recherche est positive, utiliser un protocole de décontamination nasale et cutanée du malade ;
- lister tous les *malades-contacts* des cas et qui sont présents dans le service, dans l'établissement mais dans un autre service, ou sortis de l'établissement et organiser un dépistage du portage fécal d'ERV de tous ces contacts par écouvillonnage rectal. En effet, le nombre de porteurs asymptomatiques (portage fécal sans prélèvement à visée diagnostique positif) est extrêmement important par rapport au nombre de malades ayant un prélèvement à visée diagnostique positif (jusqu'à plus de dix pour un) ;
- organiser le dépistage hebdomadaire des contacts aussi longtemps qu'ils restent hospitalisés ;
- former le personnel à l'application de ces mesures ;

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/2613301

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/2613301

Daneshyari.com