

Evolution de l'épidémiologie des bactéries multi résistantes à l'Hôpital Ibn Tofail, CHU de Marrakech

MOUAMIN M, AIT SAID L, ZAHLANE K



Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Laboratoire de microbiologie. Hôpital Ibn Tofail CHU de Marrakech

INTRODUCTION

L'usage massif des antibiotiques dans les milieux de santé a permis l'émergence de bactéries dites multi résistantes (BMR) limitant ainsi les possibilités thérapeutiques les rendant parfois inexistantes, ce qui constitue un véritable problème de santé à l'échelle nationale et internationale.

Le but de notre étude est de décrire l'épidémiologie des BMR, d'évaluer ses fluctuations au cours des 10 dernières années à l'hôpital Ibn Tofail afin d'en souligner la gravité afin que des mesures visant les politiques d'antibiothérapies conduites soit entreprises.

PATIENT ET METHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective s'étalant sur 10 ans (de 2010 à 2019). Ont été inclus dans cette étude toutes les bactéries isolées et résistantes à plus de 2 familles d'antibiotiques à savoir les entérobactéries à bêta-lactamase à spectre élargie (BLSE), les staphylocoques aureus résistant à la méthicilline (SARM), les *P.aeruginosa* résistants aux carbapénèmes (PARC), les *A.baumanni* résistants à l'imipénème et les carbapénémases. Le diagnostic bactériologique s'est fait au laboratoire de microbiologie de l'Hôpital Ibn Tofail du CHU de Marrakech, après isolement et culture sur milieu ordinaire. L'identification bactérienne s'est faite par galerie biochimique « Api » et la sensibilité aux antibiotiques testée par antibiogramme sur milieu gélosé MH selon les recommandations de la CA-SFM.

RESULTAT

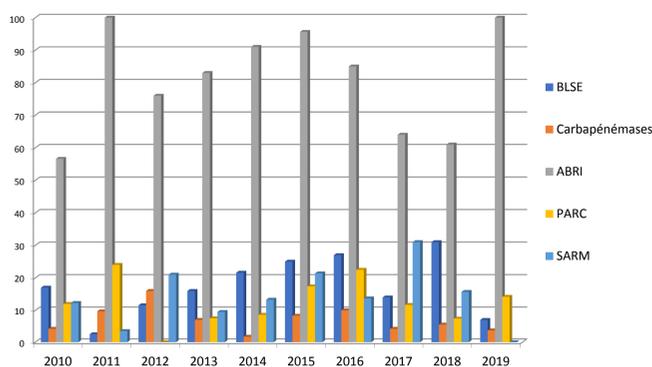


Figure 1: Evolution des BMR en %

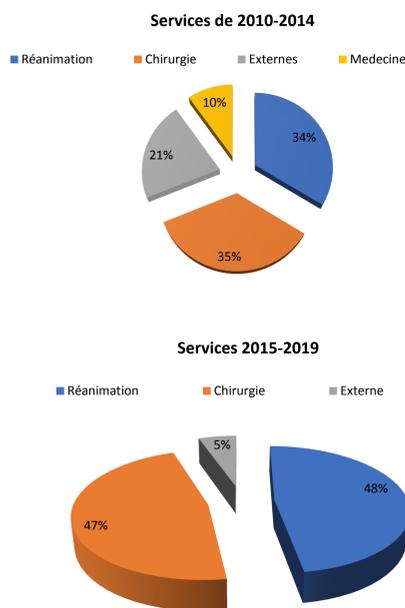


Figure 2 et 3: Répartition des BMR selon les services

- Durant cette étude, 1562 cas de BMR ont été isolés.
- Les entérobactéries BLSE en représentaient 45%, les entérobactéries productrices de carbapénémases 15%, les ABRI 28%, les SARM 6% et enfin les PARC 3%.
- 35% des BMR provenaient de l'ensemble des services chirurgicaux et 32% d'un service de réanimation polyvalent. (Figure 2 et 3)
- Ces germes ont été isolés sur différents types de prélèvements; 55% des BLSE provenaient des urines, 57% des SARM de pus tandis que les ABRI ont été isolés essentiellement sur des prélèvements bronchiques. (Figure 4)
- L'évolution de l'antibiorésistance a été marquée par une augmentation importante des BMR entre 2013 et 2016 avec un maximum en 2015 où 37% des souches isolées étaient des BMR pour subir une baisse prometteuse durant les dernières années ne concernant pas *A.baumanni* qui reste des taux de résistance à l'IMP très élevés. (Figure 1)

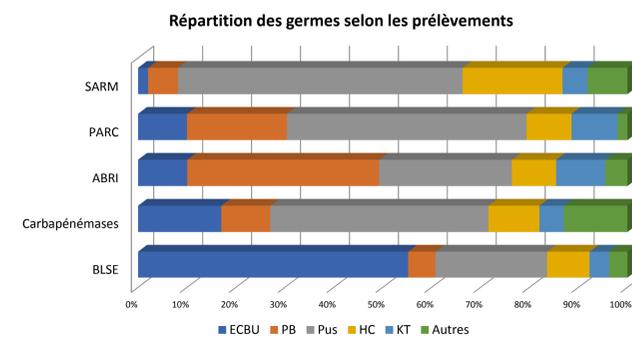


Figure 4

DISCUSSION

L'analyse des chiffres précédents indique l'évolution incontournable vers des profils de plus en plus résistants. 15% de l'ensemble des bactéries isolées durant la période de l'étude était des BMR. 17% des souches d'entérobactéries étaient productrices de BLSE en 2010 contre 31% en 2018. Une étude réalisée au CHU de Beyrouth entre 2005 et 2009 rapporte 30% de souches productrices de BLSE chez les entérobactéries [1]. A Marrakech, 12% des *P.aeruginosa* étaient des BMR en 2010 passé à 7% en 2018, 56% des *A.baumanni* étaient des BMR en 2010 devenus 61% en 2018 puis 100% en 2019 et seul 12% des *S.aureus* étaient des SARM contre 15% en 2018. A noter que les entérobactéries productrices de carbapénémases représentaient 4,2% en 2010 maintenu à 3,7% en 2019 avec des taux relativement stables. L'étude de Beyrouth rapporte un quart de *P.aeruginosa* qui était des BMR en 2009 et 75% de *A.baumanni* BMR [1] qui concorde à nos chiffres. Cette diffusion de souches de BLSE serait liée à l'usage massif de fluoroquinolones en communauté et de SXT [2]. D'autres études relierait l'émergence de souches de *P.aeruginosae* résistante à la consommation élevée d'IMP en milieu hospitalier qui est le traitement de choix des souches productrices de BLSE [3]. La majorité des BMR provenaient de services de réanimation polyvalent et des différents services de chirurgie comme cela est rapporté dans de nombreuses études [4]. L'ensemble de ces constatations montrent que les mesures entreprises au sein du milieu hospitalier (hygiène des mains, désinfections et stérilisations, usage strict et guidé par les guidelines des antibiotiques) restent mal appliqués et doivent être associés à des gestes extrahospitaliers.

CONCLUSION

Notre étude souligne que la mise en œuvre d'un plan de lutte efficace contre les BMR pourrait avoir un impact très prometteur sur la prévalence et la virulence de ces souches et ce en améliorant les mesures d'hygiène, en rationalisant l'usage d'antibiotique exigeant une implication multidisciplinaire et intersectorielle des différents acteurs de la santé.

REFERENCES

- [1] E Hamouche et al. Evolution de la sensibilité aux antibiotiques de *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosae* et *Acinetobacter baumannii* dans un CHU de Beyrouth entre 2005 et 2009. Pathologie biologique : 60. 2012
- [2] Barbe C. et al. Predictive factors of acquisition of epidemic extended spectrum beta-lactamases producing *Escherichia coli*. Pathol Biol (2010).
- [3] George B et al. Risk of emergence of *Pseudomonas aeruginosae* resistance to beta-lactam antibiotics in intensive care units. Crit Care Med 2006; 34(6).
- [4] D. Trystram et al. Bactéries multirésistantes (bmr) dans les hôpitaux de court séjour de l'assistance publique de Paris : des évolutions contrastées. Médecine et maladies infectieuses 35 (2005) S141-S193