

LES ENTEROCOQUES

LES ENTEROCOQUES sont des germes habituellement retrouvés dans la flore du tube digestif (selles) et colonisent fréquemment la peau et les voies génito-urinaires. Ce sont des germes de l'environnement qui ont la capacité de survivre plusieurs semaines dans l'environnement hospitalier notamment sur les surfaces et le linge souillés. L'émergence de souches résistantes aux antibiotiques (glycopeptides) ainsi que l'existence d'épidémies nosocomiales ont remis à l'ordre du jour un germe parfois sous-estimé.

1. Qu'est-ce que les entérocoques ?

Les entérocoques sont des bactéries (cocci gram positif) appartenant initialement au groupe D de la classification des streptocoques. Depuis 1980, les entérocoques constituent une classe à part entière. Une vingtaine d'espèces ont été décrites, parmi lesquelles *Enterococcus faecalis* (80 à 90%) et *Enterococcus faecium* (5 à 10%) sont les principales espèces isolées en pathologie infectieuse humaine.

Les entérocoques sont des germes capables de croître dans des conditions extrêmes.

Les entérocoques ne sont pas des bactéries très virulentes (la virulence est définie par la quantité de bactéries qui tue 50% des animaux) par rapport aux staphylocoques ou aux pneumocoques.

2. Quelles sont les infections à entérocoques ?

Les entérocoques sont des bactéries de faible pouvoir pathogène (capacité à provoquer une infection).

Néanmoins, les entérocoques sont reconnus comme agents pathogènes responsables d'infections plus ou moins sévères comme les endocardites (infections sévères des valves cardiaques), les bactériémies (présence éphémère de bactéries dans le sang) et les septicémies (infections graves de l'organisme se caractérisant par la présence dans le sang de germes pathogènes), les infections urinaires et plus rarement les méningites postopératoires.

Ils sont retrouvés également dans de nombreuses infections mettant en jeu d'autres germes mais leur responsabilité est parfois discutée : les infections intra-abdominales (péritonites, infections des voies biliaires), les surinfections de plaies cutanées (infections du site

opératoire) et d'escarres, les infections des tissus mous (fasciites nécrosantes, cellulites), les infections broncho-pulmonaires. Certaines de ces infections peuvent être d'origine nosocomiale.

3. Quid des entérocoques résistants aux antibiotiques ?

Les entérocoques ont une résistance naturelle à de nombreux antibiotiques. La résistance aux antibiotiques chez les entérocoques est un phénomène en évolution. Depuis l'introduction successive des différents antibiotiques en thérapeutique, la fréquence des souches résistantes à un ou plusieurs antibiotiques a augmenté de manière significative. Le principal problème que constituent les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) est représenté par le risque de transférer la résistance aux glycopeptides (classe d'antibiotique dont le principal représentant est la vancomycine), en particulier la résistance à la vancomycine, vers les staphylocoques dorés.

Aux Etats-Unis, la première description de souches d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) en 1989-90 a été suivie d'une diffusion continue de cette résistance depuis 1997 ayant abouti à une situation endémique dans les hôpitaux avec une proportion de souches résistantes à la vancomycine de l'ordre de 25 à 30% en 2003.

En France, la proportion de souches d'entérocoque résistant aux glycopeptides était stable jusqu'en 2003, comprise entre 1 et 2%. On assiste depuis à une augmentation du taux de résistance aux glycopeptides (> 5% en ce qui concerne *Enterococcus faecium* mais < 2% pour l'ensemble des entérocoques) et du nombre de signalements de souches d'entérocoque résistant aux glycopeptides, dont des cas groupés d'infections et de colonisations de plus en plus nombreux, avec des épidémies d'ampleur inhabituelle récemment rapportées dans plusieurs établissements de santé.

L'implication fréquente des *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) dans les infections nosocomiales est responsable d'une utilisation intensive des glycopeptides. Cette situation rend compte, d'une part, de l'émergence actuelle de souches d'entérocoque résistant aux glycopeptides et, d'autre part, du risque d'apparition de SARM résistants aux glycopeptides par transfert de résistance. C'est pourquoi le contrôle de la diffusion des ERG constitue un enjeu majeur.

4. Qui est à risque d'avoir une infection à entérocoques ?

Les facteurs de risque identifiés d'acquisition sont :

- ➔ la proximité avec un patient porteur,
- ➔ l'administration préalable et prolongée d'antibiotiques,
- ➔ la présence d'un cathéter central, d'une sonde urinaire, d'une insuffisance rénale,
- ➔ la durée de séjour prolongée, les hospitalisations multiples,
- ➔ les patients âgés ou atteints de pathologies lourdes (transplantation, dialyse rénale, réanimation, chirurgie majeure, hémato-cancérologie...).

5. Comment les entérocoques se transmettent-ils ?

Les modes de contamination des patients sont divers et incluent les contacts interhumains essentiellement par les mains lors des soins aux patients colonisés ou infectés, mais également par l'intermédiaire des surfaces souillées et du matériel contaminé destiné aux soins des malades.

La transmission est facilitée par la diarrhée, l'incontinence fécale et les suppurations.

6. Peut-on traiter les infections à entérocoques ?

La plupart des personnes infectées par des entérocoques ou des ERG (ou ERV) ne développent pas de maladies. La faible virulence habituelle des souches d'ERG (ou d'ERV) explique que la grande majorité des patients porteurs ne sont que colonisés, et que de nombreux patients peuvent guérir sans traitement antibiotique. Le portage digestif des ERG (ou ERV) peut être discontinu et parfois prolongé plusieurs mois, voire plusieurs années.

Pour chaque cas d'infection avérée à entérocoque, le médecin doit d'abord évaluer si un traitement s'impose. Un traitement antibiotique doit être débuté uniquement sur des arguments objectifs d'infection clinique à entérocoques.

7. Quelles sont les mesures prises pour prévenir la transmission des entérocoques à l'hôpital ?

En présence de cas groupés (épidémie) d'infections ou de colonisations, il est recommandé d'identifier les patients et services à risque afin de mettre en place un dépistage systématique des entérocoques résistants aux glycopeptides à l'admission (réanimation, hémodialyse, néphrologie, transplantation, hématologie, chirurgie lourde) et hebdomadaire (réanimation) par écouvillonnage rectal.

Ces mesures comprennent :

l'isolement en chambre individuelle des patients identifiés ou le regroupement et sectorisation (organisation d'un service de cohorting) des patients en fonction du nombre de cas identifiés,

la signalisation (affiche installée sur la porte de la chambre) des patients porteurs,

la recherche systématique de portage dans les selles chez les patients contact d'un cas identifié, c'est-à-dire les patients pris en charge dans la même unité,

l'intensification de l'utilisation des produits hydro-alcooliques pour la friction hygiénique des mains,

le port de gants et de sur-blouse à usage unique dès l'entrée dans la chambre,

le bionettoyage quotidien de l'environnement proche des patients infectés/colonisés,

l'usage le plus souvent possible de petit matériel de soin à usage unique ou réservé à chaque patient,

la réduction du nombre des admissions dans les services touchés.

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIATEUR DE LA REPUBLIQUE



Pour les visiteurs, des précautions particulières sont recommandées :

A l'entrée de la chambre : friction avec une solution hydro-alcoolique (SHA), port de sur-blouse et gants à usage unique.

Avant la sortie de la chambre : retirer la blouse, les gants puis friction avec une solution hydro-alcoolique.

A l'extérieur de la chambre : après avoir fermé la porte, friction avec une solution hydro-alcoolique.

Éviter, de manière générale, d'utiliser les toilettes de la chambre du patient.

8. Quelles sont les précautions d'hygiène à prendre en dehors de l'hôpital?

En hospitalisation ou en soins à domicile, il ne faut pas oublier de signaler le portage d'ERG aux soignants afin qu'ils respectent les précautions d'hygiène.

En maison de retraite ou en soins de longue durée, suivant l'état de santé des résidents, les précautions à prendre seront variables : plus ils seront fragiles, plus les précautions ressembleront à celles prises à l'hôpital ; notamment l'hygiène corporelle et l'hygiène des mains.

A domicile, de bonnes habitudes de lavage des mains et d'entretien ménager sont les mesures les plus importantes à adopter afin de réduire la transmission des infections. Comme les autres bactéries, les entérocoques sont détruits par la chaleur et la plupart des produits ménagers.

Pour le lavage des mains, il convient d'utiliser son savon habituel et de se laver les mains chaque fois que la situation le nécessite :

- après être allé aux toilettes,
- après avoir manipulé une poche à urine, du linge souillé ou un pansement,
- après s'être mouché, avoir toussé ou éternué,
- avant de préparer des repas et de passer à table, ...

Pour la toilette corporelle, il suffit de se laver tous les jours en utilisant son savon habituel et le linge de toilette personnalisé. Le linge doit être lavé à une température de 40°C minimum, en utilisant la lessive habituelle.

Il n'y a pas de précaution particulière pour l'entretien de la vaisselle et des ustensiles de cuisine. Les sanitaires et la salle de bains peuvent être particulièrement contaminés, aussi il faut les nettoyer avec le détergent habituel puis rincer. Après le nettoyage, on peut utiliser de l'eau de javel.

Tous les pansements et les protections souillées peuvent être éliminés avec les ordures ménagères, à condition de fermer les sacs poubelles de manière hermétique, et sans oublier de se laver les mains après les avoir manipulés.

Références bibliographiques

1. Les entérocoques résistants aux glycopeptides : situation en France en 2005. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°13/2006.
2. Avis du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins relatif à la maîtrise de la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides dans les établissements de santé français, 6 octobre 2005. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°13/2006.
3. Entérocoques résistants à la vancomycine en France, état des lieux en 2005. Note de synthèse, Institut de veille sanitaire, 5 juillet 2005.
4. Maîtrise des infections nosocomiales de A à Z. Ouvrage collectif publié sous la direction de Jacques Fabry. Health & Co Editions (2004).