

## La méticillino-résistance de *Staphylococcus aureus* en dermatologie : un problème en milieu communautaire

**1<sup>er</sup> Auteur : Hazem Sehweil , service de dermatologie Hedi Chaker à sfax, Tunisie**

Autres auteurs, équipe:

- Fatma Hammami , service de dermatologie Hedi Chaker à sfax, Tunisie
- Mohamed amine fouad , service de dermatologie Hedi Chaker à sfax, Tunisie
- Rim chabouni , service de dermatologie Hedi Chaker à sfax, Tunisie
- Khdiya sellami , service de dermatologie Hedi Chaker à sfax, Tunisie
- Hamida Turki , service de dermatologie Hedi Chaker à sfax, Tunisie

### Introduction :

La bactérie *Staphylococcus aureus* est responsable de nombreux types d'infections chez l'homme. Cette bactérie a développé différents types de résistance aux anti-staphylococciques. Plus de 80 % des souches produisent une pénicillinase.

Il existe très peu de données en Tunisie concernant la prévalence du *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) en dermatologie.

### Matériels et méthodes :

Etude rétrospective sur 6 ans (2017-2023) incluant tous les patients hospitalisés au service de dermatologie du CHU Hédi Chaker de Sfax chez qui un SARM était isolé à partir d'un produit biologique. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques des souches de *S. aureus* était réalisée par la méthode des disques. L'activité des glycopeptides était déterminée par mesure des CMI.

### Résultats :

Un SARM était isolé chez 52 patients sur un prélèvement cutané dans 92,3% des cas et sur les hémocultures dans 7,7%, ce qui correspond à 10,5% des souches de *S. aureus* isolées en dermatologie durant cette période. L'âge moyen de ces patients était de 50,5 ans (12-84) avec un sex-ratio H/F de 1/1. Neuf patients étaient diabétiques (17,3%). Une immunodépression était retrouvée dans 25% des cas. L'acquisition du SARM était communautaire dans 69,2% et nosocomiale dans 30,8%. Il s'agissait dans 19,2% d'infections cutanées primitives et dans le reste des cas d'une dermatose secondairement surinfectée (eczéma, psoriasis, gale, ulcère de jambe, dermatose bulleuse, lymphome T cutané). Concernant le profil de résistance des souches SARM vis-à-vis d'autres antibiotiques: 12,5% étaient également résistantes à la kanamycine, à la tobramycine et à la gentamicine (phénotype KTG), 9,4% à la rifampicine (RIF), 15,6 % à l'ofloxacine et 87,5% à l'acide fusidique (AF). Un quart étaient résistants à la kanamycine, tétracycline et AF dont 75% étaient communautaires. Toutes les souches de SARM étaient sensibles à la synergistine, à la tigécycline, à la clindamycine et aux glycopeptides.

### Discussion

Dans notre étude, les SARM représentaient 10,5% des *S.aureus* isolés chez les malades hospitalisés en dermatologie. Ce résultat peut être dû à la barrière cutanée endommagée des patients qui contribue au développement d'une infection à SARM. Ce taux se rapproche de celui retrouvé dans les études antérieures menées en Tunisie (13%) et en France (5 à 10%) et reste par contre loin des valeurs observées aux États-Unis (59 %). En plus de la méticillino-résistance, ces souches peuvent être résistantes à d'autres molécules avec des phénotypes variés. La résistance aux aminosides (KTG) peut atteindre une prévalence de 77%. Un profil de résistance à la kanamycine, tétracycline et AF est caractéristique des souches communautaires, ce qui est concordant avec nos résultats.

D'après ces résultats, les glycopeptides, synergistine, tigécycline, et la clindamycine seraient les meilleurs anti-Staphylocoques recommandables en absence d'antibiogramme, car ils étaient les seuls antibiotiques vis-à-vis desquels toutes les souches de SARM étaient sensibles

### Conclusion

Les infections à SARM en dermatologie sont un problème émergent particulièrement en milieu communautaire dans notre hôpital. Cette étude confirme la multi résistance de SARM aux antibiotiques ce qui pourrait constituer « un challenge thérapeutique » pour le médecin. Les facteurs de risque et les mesures préventives méritent d'être étudiés.

