



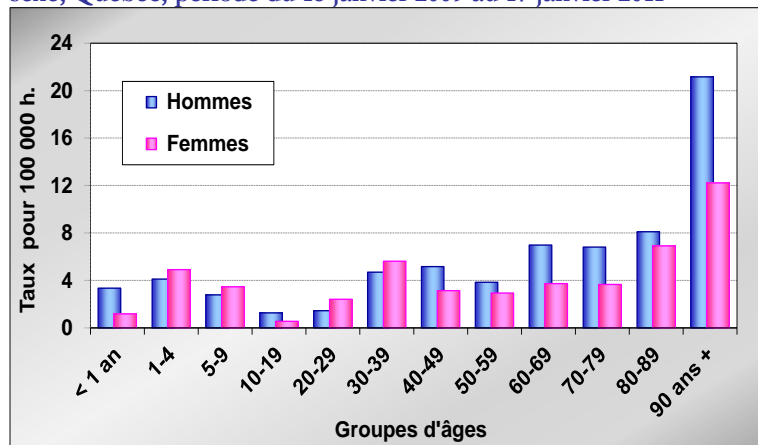
## Vigie – Interventions

### Résistance aux antibiotiques chez les souches invasives de streptocoque du groupe A

**Bilan de la surveillance rehaussée.** Depuis les années 1990, on assiste dans le monde à une augmentation significative des infections invasives à streptocoque du groupe A (SGA) et à une évolution dans la distribution des génotypes des souches. Depuis 2006, plusieurs infections invasives rapportées au Canada ont été associées à des souches de SGA de génotype *emm59* qui était rare auparavant. En 2008, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a demandé la collaboration des provinces afin de surveiller l'émergence de souches du génotype *emm59*. Au Québec, un programme de surveillance épidémiologique rehaussée (PSER) des infections invasives à SGA a donc été mis en place en janvier 2009.

Le présent bilan fait état des résultats pour la période du 18 janvier 2009 au 17 janvier 2011. Au cours de cette période, 596 cas d'infections invasives à SGA ont été déclarés par les directions de santé publique. Le taux d'incidence le plus élevé est observé dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James; il était quatre fois plus élevé que celui de l'ensemble de la province (16,2 vs 3,8 par 100 000 habitants). La distribution par groupe d'âges et par sexe met en évidence l'augmentation des taux d'incidence pour les personnes âgées de 60 ans ou plus, en particulier pour les hommes (figure 1).

**Figure 1**  
Taux d'incidence des infections invasives à SGA selon l'âge et le sexe, Québec, période du 18 janvier 2009 au 17 janvier 2011



Source : Bureau de surveillance et de veille, MSSS, d'après les données du registre MAD0, extraction avril 2011.

Les infections cutanées (cellulite et érysipèle) avec isolement du SGA d'un site normalement stérile sont les plus fréquentes (24 %), suivies de la bactériémie (14 %), de la fasciite (14 %) et de la pneumonie ou autre manifestation pulmonaire (13 %). Un choc toxique est survenu chez 20 % des patients. La létalité s'élève à 15 %. On rapporte au moins un facteur de risque chez 57 % des cas, le plus fréquent étant la présence de plaie, avec ou sans traumatisme. Au total, 8 % des infections ont été considérées comme nosocomiales. Au cours de la période étudiée, une éclosion impliquant des infections invasives à SGA a été déclarée dans un milieu de soins. Lors de cette éclosion touchant dix cas, huit présentaient une forme non invasive et deux une forme invasive. Ces deux personnes sont décédées. Le génotype *emm89* a été identifié chez six cas.

La caractérisation génotypique et la résistance aux antibiotiques ont été documentées pour 446 souches reçues au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Au total, 38 génotypes différents ont été identifiés, le plus fréquent étant le génotype *emm1* (20 % des cas). Le génotype *emm59* était relativement peu fréquent (4 % des cas), mais il a été plus souvent isolé chez les utilisateurs de drogues que les autres génotypes ( $p < 0,0001$ ).

Aucune souche n'a démontré de résistance à la pénicilline, à la vancomycine, à la ceftriaxone ou à la lévofloxacine, mais 59 souches (13 %) ont exprimé une résistance à la fois à l'érythromycine et à la clindamycine. Comme l'a démontré le test d'induction (D-test), 51 souches résistantes (86 %) exprimaient une résistance inducible et 8 (14 %), une résistance constitutive à la clindamycine. L'étude du support génétique de la résistance à l'érythromycine et à la clindamycine chez ces souches invasives a mis en évidence la présence des gènes *ermA*, *ermB* et *ermT*.

**Conclusion.** Le PSER des infections invasives à SGA révèle les faits suivants pour le Québec :

- l'incidence de cette infection est à la hausse depuis 2007;
- la proportion de cas associés aux souches de génotype *emm59* est faible et légèrement inférieure à ce qui a été observé dans le reste du Canada en 2009 (9 %) et en 2010 (12 %);
- pour plus de la moitié des patients infectés par la souche *emm59*, les facteurs de risque sont comparables à ce qui a été observé ailleurs au Canada;

- la proportion de résistance aux macrolides est élevée (13 %) et à la hausse;
- la proportion de résistance à la clindamycine est également élevée (13 %). Cette proportion est plus élevée que la proportion de 3,8 % rapportée par le Centre national du streptocoque en 2004 lors de la dernière année de surveillance provinciale. Il est toutefois difficile d'établir une tendance temporelle car le Centre national du streptocoque utilisait alors la méthode de diffusion en gélose qui ne permet pas de mesurer la résistance inductible, contrairement au D-test pratiqué au LSPQ depuis 2009.

La proportion élevée de résistance à la clindamycine et aux macrolides est préoccupante parce que ces antibiotiques sont utilisés en deuxième intention pour le traitement des cas d'infections invasives à SGA et la prophylaxie des contacts étroits.

Le bilan complet de la surveillance rehaussée des infections invasives à SGA dans la province du Québec est diffusé à l'adresse suivante : [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.php#Ancre12](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.php#Ancre12).

## Recommandations :

- maintenir la surveillance des souches invasives en laboratoire, tel que le recommande le Laboratoire national de microbiologie ;
- demander au LSPQ de poursuivre la surveillance de la résistance aux antibiotiques;
- informer les laboratoires de microbiologie médicale du Québec et les médecins de la résistance aux macrolides et à la clindamycine chez les souches de SGA associées aux infections invasives;
- effectuer les épreuves de sensibilité aux macrolides et à la clindamycine (y compris le D-test) pour les souches de SGA invasives;
- mettre à jour le chapitre traitant de l'antibioprophylaxie dans le guide d'intervention sur les infections invasives à SGA afin de tenir compte de la résistance aux macrolides et à la clindamycine.

**Prophylaxie antibiotique : mise à jour des recommandations.** La prophylaxie antibiotique a comme objectifs de prévenir la maladie chez les contacts étroits, récemment exposés à un cas, et de réduire la transmission d'une souche ayant la capacité de causer une infection invasive grave. À la lumière des résultats des profils de sensibilité des souches invasives de SGA isolées au Québec en 2009 et en 2010, des modifications ont été apportées aux recommandations de prophylaxie antibiotique utilisée en deuxième intention pour les personnes présentant une allergie de type immédiat (type I) ou une intolérance aux  $\beta$ -lactamines (pénicilline, céphalosporines).

- Un antibiogramme doit être effectué sur la souche du cas atteint d'une infection invasive à SGA afin de déterminer le meilleur choix pour la prophylaxie antibiotique;
- Si le résultat de l'antibiogramme montre que la souche invasive du cas est sensible à la clindamycine et aux macrolides, la clindamycine ou la clarithromycine peuvent être recommandées;
- Si le résultat de l'antibiogramme montre que la souche invasive du cas est résistante aux macrolides et à la clindamycine, il est recommandé de ne pas offrir de prophylaxie à ce contact étroit (ou de la cesser si elle a été entreprise).

Le guide d'intervention sur les infections invasives à SGA peut être consulté à l'adresse suivante :

[www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/preventioncontrrole/maladies-transmissibles.php](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/preventioncontrrole/maladies-transmissibles.php).

**Auteurs :** Anne-Marie Bourgault, Marc-Christian Domingo et Robert A. Laurence, Laboratoire de santé publique du Québec; Josée Dubuque, Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux; Pierre A. Pilon, Direction de santé publique de Montréal; Marie St-Amour, Direction de santé publique de la Montérégie.

---

*Flash Vigie* est un bulletin diffusé le quatrième jeudi de chaque mois. Il a pour but de rapporter les situations de menace réelle ou appréhendée à la santé de la population dans le domaine des maladies infectieuses. Il est produit par le Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique (DPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La vigie et la surveillance des maladies infectieuses au Québec s'appuient sur diverses sources de données et demandent la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration. Pour en savoir plus ou pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski, à l'adresse [france.markowski@msss.gouv.qc.ca](mailto:france.markowski@msss.gouv.qc.ca). *Flash Vigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse <http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/30bc6f2f39299a32852572720070cc98?OpenDocument>.

**NOTE :** Les données du fichier MADO reposent sur les déclarations faites aux directions régionales de santé publique et, de ce fait, l'incidence réelle des maladies visées par cette déclaration peut être sous-estimée.

---