

Q-1 : Question 13/01/2012:

Dans le texte du CSS il y a une liste détaillée de pays où les CPE sont endémiques/épidémiques. Mais dans cette liste il y a également le Royaume-Uni, la France, la Belgique Cela me semble peu probable. Pouvez-vous spécifier quels pays sont réellement concernés?

Réponse Prof. Y. Glupczynski:

Cette liste est non limitative et est en constante évolution. Son seul but est de mettre l'accent sur les régions du globe où la prévalence des CPE apparaît particulièrement élevée sachant que ceux-ci sont vraisemblablement présents sur tous les continents.

Des épidémies de grande taille et des endémies ont surtout été rapportées dans des pays du Sud de l'Europe en particulier (Grèce continentale, Chypre, Crète, Rhodes, Italie, Turquie), et pays du bassin méditerranéen (Maroc, Tunisie, Libye, Égypte, Israël) .

Généralement, un patient transféré d'un hôpital d'un pays étranger a un risque plus élevé d'être porteur de CPE qu'un patient qui n'a jamais été admis dans un hôpital à l'étranger.

Cependant, il est apparu clairement à partir de 2011, que la majorité des patients (70%) chez qui un CPE avait été détecté récemment en Belgique, n'avait pas effectué de séjour à l'étranger et qu'une petite proportion n'avait même jamais présenté aucun contact avec un hôpital en Belgique

Ceci illustre le fait que l'acquisition de CPE est maintenant souvent autochtone et que ces bactéries circulent déjà également dans la communauté et ne se transmettent plus uniquement dans les hôpitaux, ce qui complique notablement l'établissement de critères et facteurs de risque afin de cibler les patients chez qui un dépistage devrait être réalisé lors de l'admission à l'hôpital.

Q-2 : Question 26/01/2012:

Dans la surveillance on parle de CPE, nous n'avons jusqu'à ce jour observé aucun cas de ce type mais bien un cas de CP+ *P.aeruginosa*. Les cas de CP+ *P.aeruginosa* doivent-ils être repris dans la surveillance CPE ou restent-ils dans la surveillance des *P.aeruginosa* multi-résistants?

Réponse Béa Jans:

Ce qui nous préoccupe actuellement, ce sont les **enterobacteriaceae carbapénémase +**.

Seules des souches de *E. coli*, *K. pneumoniae* et *E. cloacae* suspectes de production de carbapénémases sont incluses dans la surveillance CPE : tant dans le volet microbiologique (envoi des souches au centre national de référence) qu'épidémiologique (ISP).

Les souches de *Pseudomonas aeruginosa* productrices de carbapénémases sont enregistrées dans la surveillance de *P. aeruginosa* MR (données épidémiologiques collectées dans la surveillance des BLSE+).

Q-3: Question du 10/02/2012:

Je voudrais vous envoyer un document CPE électronique à partir du formulaire sur votre site web. Vous demandez également de joindre l'antibiogramme, mais je ne vois comment le joindre.

Y a-t-il un formulaire standardisé pour l'antibiogramme (e-Test) ?

Réponse de Béatrice Jans

Vous faites une saisie de votre écran (screenshot) affichant vos résultats:

- pour faire la saisie vous utilisez la touche **PrtSCR/sysRq** de votre clavier
 - ensuite, ouvrez un document WORD vierge et 'collez' (paste) le screenshot dans votre document,
 - donnez un nom à votre document et sélectionnez 'sauver'
 - vous attachez ce document au mail que vous voulez envoyer (avec le formulaire de déclaration) moyennant l'adresse CPE@wiv-isp.be.
-

Q-4: Question du 24/02/2012:

Un patient a reçu un traitement au meronem pour une infection à *E. Coli* BLSE+. L'*Escherichia coli* présente actuellement une sensibilité réduite aux carbapénèmes, mais à notre avis cette diminution de sensibilité paraît plutôt liée à la présence d'une diminution de perméabilité de la paroi bactérienne. Devons-nous envoyer une telle souche au centre de référence ?

Réponse du Prof. Youri Glupczynski

Non, il n'est pas utile d'envoyer une telle souche pour confirmation au centre de référence. L'acquisition d'une résistance aux carbapénèmes en cours de traitement traduit habituellement l'apparition d'une diminution de perméabilité au niveau de la paroi dont l'effet s'ajoute à celui d'autres mécanismes de résistance déjà présent dans la bactérie (p.ex. : BLSE et/ou céphalosporinase hyperproduite). Ce type de résistance combinée est actuellement très fréquemment rencontré chez les entérobactéries en particulier chez *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter cloacae* et chez les Klebsiella (*K. pneumoniae* et *K. oxytoca*).

Q-5: Question du 24/02/2012:

Nous avons isolé chez un patient une souche d'*Enterobacter aerogenes* présentant une sensibilité réduite aux carbapénèmes. Devons nous envoyer cette souche d'*Enterobacter aerogenes* au centre de référence ?

Réponse du Prof. Youri Glupczynski

Non, une diminution de sensibilité aux carbapénèmes chez *E. aerogenes* n'est (actuellement en Belgique) qu'exceptionnellement associée à la présence de carbapénémases mais traduit la présence de BLSE/céphalosporinase AmpC associée à une diminution de perméabilité de paroi aux carbapénèmes. Il n'est donc pas utile d'envoyer une telle souche pour confirmation au centre de référence.

Q-6: Question du 1/03/2012:

Dans le cadre de la détection de CPE chez des patients à risque, le texte du CSS conseille d'utiliser un milieu de Mac Conkey en ajoutant un ou plusieurs disques de carbapénèmes dans la zone d'ensemencement.

Dans la pratique nous constatons que sur ce milieu, les diamètres des zones sont systématiquement plus grands que sur un milieu de Mueller Hinton, de sorte que des souches ayant une sensibilité diminuée pour méropénème ne sont pas détectées.

Quelle est votre opinion à ce sujet?

Réponse du Prof. Youri Glupczynski

Une plaque de Mac Conkey (avec ajout d'un ou de plusieurs disques de carbapénèmes dans la zone d'ensemencement) est conseillée comme alternative au cas où un milieu chromogène sélectif ne serait pas disponible.

Néanmoins, ce n'est pas un premier choix: les breakpoints sont définis par CLSI/EUCAST. Mac Conkey n'est en effet pas un milieu standard pour l'antibiogramme.

Comme vous, nous avons le sentiment que les zones d'inhibition sont plus grandes (de quelques mm) sur Mac Conkey que sur un milieu MH. En effet, il se peut donc que certaines souches ayant une sensibilité diminuée pour méropénème ne sont pas repérées.

Un autre désavantage de l'utilisation de Mac Conkey (+ disques): les colonies qui poussent dans la zone d'inhibition ou ayant un diamètre réduit doivent d'abord être inoculés à nouveau et ensuite retestés par le biais d'un antibiogramme standardisé ce qui allonge le délai d'obtention du résultat du screening (plusieurs jours).

Jusqu'à présent il nous semble que le CRE selective agar (Oxoid) est le meilleur choix, mais même en utilisant ce milieu un tas de souches de CPE sont non-détectés (surtout OXA-48 avec des valeurs CMI basses pour méropénème, c.a.d. 0.25-0.5-1 mg/L).