

Résumé des recommandations de la WAVD pour la prise en charge des infections dermatologiques à staphylocoques résistants à la méticilline chez le chien et le chat (juin 2017).

D'après Morris et al. *Veterinary Dermatology*, 2017.

1. *Staphylococcus pseudintermedius*, *S. schleiferi* (y compris les souches coagulase négative) et *S. aureus* sont les principaux agents pathogènes rencontrés en dermatologie chez les animaux de compagnie. Ces trois espèces de bactéries présentent souvent une résistance à la méticilline et une multirésistance aux antibiotiques.
2. Plusieurs autres espèces de staphylocoques coagulase négative (CNS) ont été identifiées comme agents étiologiques d'infections cutanées, et le rôle pathogène d'un CNS doit être établi par le clinicien au cas par cas.
3. L'interprétation du rôle pathogène de tout CNS isolé à partir d'une lésion cutanée secondaire ou d'un site contaminé s'effectue selon le contexte clinique (urgence, affection concomitante, risque de réactions indésirables à certains antibactériens) et en considérant l'éventuelle présence simultanée de tout autre espèce bactérienne pathogène.
4. Les laboratoires de microbiologie devraient fournir au minimum une identification exhaustive des staphylocoques – indépendamment du statut vis-à-vis de la coagulase – et un antibiogramme de chaque isolat cultivé.
5. Le traitement local, par des agents antibactériens et biocides dont l'efficacité contre les staphylocoques est établie, est le traitement recommandé pour toute infection superficielle impliquant des staphylocoques résistants à la méticilline (MRS), en particulier lors de lésions localisées, pour les otites et pour les plaies superficielles infectées.
6. Lors d'infection superficielle, une antibiothérapie par voie locale seulement est instaurée, si l'observance du traitement est possible considérant l'animal et son propriétaire.
7. L'autorisation et la disponibilité des antibiotiques vétérinaires varient selon les pays. Les choix thérapeutiques doivent respecter les règles de prescription locales en vigueur.
8. La prescription empirique d'un antibiotique par voie systémique est toujours contre-indiquée lors de suspicion d'une infection à MRS sur la base de l'historique clinique, en raison de la forte prévalence des souches multirésistantes.
9. Une politique de restriction d'usage devrait s'appliquer aux glycopeptides (vancomycine, teicoplanine, télavancine), au linézolide (oxazolidinone), aux céphalosporines actives contre les MRSA (*S. aureus* résistant à la méticilline) et aux éventuels nouveaux composés approuvés à l'avenir contre les germes multirésistants chez l'homme.
10. Peu de données montrent une différence dans l'issue du traitement entre les infections à staphylocoques résistants ou sensibles à la méticilline chez l'animal, et le pronostic des pyodermites à MRS est bon chez les animaux de compagnie, sous réserve de leur cause sous-jacente ou d'affections concomitantes.
11. Les connaissances actuelles sont insuffisantes pour recommander la décolonisation des animaux porteurs de MRS.
12. Le typage moléculaire est une technologie de recherche utilisée comme outil d'investigations dans le cadre de certaines épidémies de MRS. Sa valeur clinique dépend grandement de la population bactérienne, de la technique utilisée et de son objectif. Il a rarement d'impact dans la conduite menée à l'échelle du patient ou de l'établissement.
13. L'hygiène des mains (lavage et séchage corrects, désinfection hydro-alcoolique) est l'élément essentiel du contrôle des infections au niveau de l'individu et sa responsabilité. Il n'existe aucune donnée concernant l'équipement de protection individuelle optimal pour manipuler des animaux infectés par des MRS. Cependant, prendre des précautions particulières pour réduire la contamination des vêtements et de la peau semble approprié : par exemple porter une blouse ou une combinaison dédiée et utiliser des gants jetables.
14. Dans la pratique vétérinaire actuelle, les mesures de nettoyage et désinfection de routine constituent la pierre angulaire du contrôle des infections à la clinique. Les MRS sont sensibles aux désinfectants courants. Les protocoles sont définis pour réduire ou éliminer la charge infectieuse dans l'environnement et sur le matériel. Ils doivent être communiqués clairement (et souvent) à l'équipe soignante, et effectués correctement et régulièrement.
15. La transmission de MRS aux membres du foyer ou de l'entourage des animaux infectés est décrite, mais les données pour établir des recommandations sont insuffisantes. À défaut, il est prudent de limiter les contacts avec ces animaux tant que le traitement n'est pas instauré et la réponse clinique clairement observée. À domicile, cela inclut de tenir à l'écart les individus sensibles et de renforcer les mesures d'hygiène des personnes et de l'environnement.
16. Le dépistage d'animaux porteurs sains de MRS – quel que soit le contexte – conduit rarement à des actions précises et justifiées. Le dépistage chez l'homme pose la problématique de la confidentialité et celui du personnel médical (surtout s'il n'est pas strictement volontaire et anonyme) peut entraîner des problèmes juridiques dans la gestion de la clinique. Tester des individus en bonne santé, en particulier l'homme, devrait être une démarche peu fréquente en réponse à un besoin spécifique et assorti d'un plan d'actions précis selon les résultats.

CNS : staphylocoque coagulase négative.

MRS : staphylocoque résistant à la méticilline.

MRSA : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline.