



## Augmentation des infections à MenW aux Pays-Bas et tableau clinique atypique

**Source :** Russcher A., Fanoy E., van Olden G.D.J., Graafland A.D., van der Ende A., Knol M.J. **Necrotising fasciitis as atypical presentation of infection with emerging *Neisseria meningitidis* serogroup W (MenW) clonal complex 11, the Netherlands, March 2017.** Euro Surveill. 2017;22(23):pii=30549. Disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.23.30549>. (En anglais seulement).

En mars 2017, une fasciite nécrosante attribuable à *Neisseria meningitidis* de sérotype W (MenW) du complexe clonal 11 a été diagnostiquée chez un patient aux Pays-Bas. Dans le cadre de l'épidémie d'infection à MenW qui touche actuellement l'Europe, il est courant d'observer des signes cliniques initiaux inhabituels et graves. Aux Pays-Bas, l'incidence des infections à MenW est devenue 10 fois plus élevée, passant d'une moyenne de 0,03 cas pour 100 000 personnes entre 2002 et 2014 à 0,29 cas pour 100 000 personnes en 2016. Le fait de savoir que le tableau clinique de l'infection peut être atypique permet d'accélérer le traitement des patients et l'adoption des mesures de santé publique nécessaires.

### Description des cas et résultats microbiologiques

En mars 2017 (jour 0), un homme au début de la soixantaine a consulté son médecin de famille car sa cheville était rouge, enflée et douloureuse depuis 24 heures. Cinq jours avant sa visite chez le médecin, il avait fait de la fièvre pendant deux jours et avait eu des nausées et des vomissements qui ont disparu spontanément. Le médecin a diagnostiqué un premier épisode de goutte et lui a prescrit un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). Un jour plus tard (jour 1), le patient s'est présenté au service des urgences d'un hôpital local parce que la rougeur s'était étendue à toute la jambe, jusqu'à la hauteur du genou. Des cloques s'étaient formées sur sa cheville. L'examen clinique a également révélé une zone rouge et douloureuse sur son coude droit, qui n'avait pas été décelée par le patient au préalable. Avant cette maladie, le patient n'avait pas voyagé à l'étranger et était généralement en bonne santé; ses antécédents médicaux n'avaient rien de particulier.

Une chirurgie d'urgence a été immédiatement effectuée en raison de la suspicion clinique d'une fasciite nécrosante. Pendant l'intervention chirurgicale, une nécrose étendue du tissu sous-cutané et du fascia de la jambe a été observée et il a fallu procéder à une fasciotomie de toute la jambe. La coloration de Gram réalisée durant l'intervention chirurgicale sur des prélèvements du fascia de la jambe et du coude a révélé la présence de diplocoques à Gram négatif. Le typage effectué au Netherlands Reference Laboratory for Bacterial Meningitis a montré la présence d'une bactérie de sérotype W et de sous-type P1.5,2:F1-1 appartenant au complexe clonal 11 hypervirulent.

## Transmission continue de *Candida auris* aux États-Unis

**Source:** Tsay S, Welsh RM, Adams EH, et al. **Notes du terrain : Transmission continue de *Candida auris* dans les établissements de soins de santé — États-Unis, juin 2016-mai 2017.** MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2017;66:514-515 DOI : <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6619a7>. (résumé) (En anglais seulement).

En juin 2016, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont publié une alerte clinique au sujet de *Candida auris*, un champignon émergent et souvent multirésistant. Aux États-Unis depuis le 12 mai 2017, un total de 77 cas cliniques de *C. auris* dans sept États ont été signalés aux CDC : New York (53 cas), New Jersey (16), Illinois (4), Indiana (1), Maryland (1), Massachusetts (1) et Oklahoma (1). Le dépistage des personnes en contact étroit avec ces patients, principalement des patients de la même unité dans des établissements de soins de santé, a révélé la présence de 45 autres patients infectés par *C. auris*, portant le total à 122 patients pour lesquels le *C. auris* a été isolé.

Parmi les 77 cas cliniques, l'âge médian des patients était de 70 ans (intervalle = 21-96 ans) et 55 % étaient des hommes. *C. auris* a été mis en culture à partir des sites suivants : sang (45 isolats), urine (11), voies respiratoires (8), bile liquide (4), plaie (4), embouts de cathéters veineux centraux (2), os (1), oreille (1), et biopsie jéjunale (1). Les tests de sensibilité antifongique des 35 premiers isolats cliniques menés aux CDC ont révélé que 30 (86 %) isolats étaient résistants à la fluconazole (concentration minimale inhibitrice [CMI] > 32), que 15 (43 %) étaient résistants à la amphotéricine B (CMI ≥ 2) et que 1 (3 %) était résistant aux échinocandines (CMI > 4). La plupart des cas cliniques (69, 90 %) ont été signalés dans la région métropolitaine de New York (53 à New York et 16 au New Jersey). Presque tous les patients présentaient plusieurs affections médicales sous-jacentes et une exposition importante aux établissements de soins de santé. Des liens épidémiologiques ont été trouvés entre la plupart des cas.

Les CDC ont travaillé en collaboration avec l'État et les partenaires locaux afin d'élaborer et de communiquer des recommandations en matière de contrôle des infections pour aider à freiner la propagation de *C. auris*. Les recommandations actuelles en matière de *C. auris* – patients colonisés ou infectés – comprennent 1) l'utilisation des mesures de précaution standard et des mesures de précaution contre la transmission par contact; 2) le logement du patient dans une chambre individuelle; 3) le nettoyage quotidien et terminal de la chambre d'un patient avec un désinfectant actif contre les spores de *Clostridium difficile* (mise à jour des recommandations antérieures en matière de désinfectant); 4) notification des établissements de soins de santé d'accueil lorsqu'un patient infecté par *C. auris* (colonisations ou infections) est transféré. La définition exacte de *C. auris* et le respect des pratiques de lutte contre les infections, combinée à une surveillance continue de la santé publique et des enquêtes, sont nécessaires pour enrayer la propagation de *C. auris*.