

# Shigelloses

## 1. Épidémiologie

### 1.1. Répartition

Maladie du péril fécal, présente dans tous les pays à bas niveau d'hygiène.

### 1.2. Transmission

Maladie très contagieuse : un très faible inoculum (10 à 200 micro-organismes) suffit pour entraîner une infection.

Le réservoir est humain. La transmission est interhumaine directe (possible par voie sexuelle) ou indirecte par une alimentation contaminée (voir le chapitre « [Infections et toxi-infections d'origine alimentaire](#) »).

### 1.3. Agents infectieux

Quatre espèces sont responsables de la dysentérie bacillaire : *Shigella dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. sonnei*, *S. boydii*. Dans les pays à ressources limitées, prédomine *S. flexneri* ; *S. dysenteriae* de type 1 est responsable d'épidémies avec un taux de létalité de 5 à 15 %.

## 2. Physiopathologie

Les shigelles, en particulier *S. dysenteriae* de type I, produisent une toxine responsable de l'invasion de la muqueuse colique, à l'origine du syndrome dysentérique. L'invasion reste localisée à la muqueuse digestive ; les bactériémies sont possibles mais rares.

## 3. Clinique

Après une incubation de 1 à 5 jours, parfois plus, le tableau clinique associe une fièvre élevée à 39-40°C, une diarrhée typiquement dysentérique : selles glairo-sanglantes et purulentes, douleurs abdominales intenses, épreintes et ténésme anal.

Les formes frustes se limitent à une diarrhée banale ; à l'opposé, il existe des formes sévères avec troubles psychiques et convulsions.

Un syndrome de Reiter (arthrite réactive) peut compliquer l'évolution chez des sujets de génotype HLA B27.

## 4. Diagnostic

Il est posé par l'isolement des bactéries par coproculture. L'antibiogramme est souhaitable en raison de l'existence de souches résistantes, importées d'Asie du Sud, ou sans lien avec un voyage chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (voir les chapitres « [Résistances aux antibactériens](#) » et « [Technique, résultats et interprétation des prélèvements](#) »).

## 5. Prise en charge (tableau 1)

L'antibiothérapie est indiquée dans tous les cas.

Le traitement est compliqué par l'émergence de souches multirésistantes, particulièrement de *S. flexneri* et *S. dysenteriae* 1. Ces espèces sont fréquemment résistantes à tous les antibiotiques dits de 1<sup>re</sup> ligne (ampicilline, tétracycline, sulfaméthoxazole-triméthoprim), imposant à l'usage d'antibiotiques comme les fluoroquinolones, les céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération ou l'azithromycine, antibiotiques également à risque de résistances croissantes notamment en Asie.

La durée de traitement va de 3 jours (formes modérées) à 5 jours (formes sévères).

Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués en cas de dysenterie ; la réhydratation s'impose comme dans toute diarrhée.

**Tableau 1. Antibiothérapie des shigelloses**

Antibiotique (1 <sup>ère</sup> intention)	Alternatives
Azithromycine 500 mg x 1/24h (enfant : 20 mg/kg/24h) PO	- Ciprofloxacine : 500 mg x 2/24h (enfant : 10 mg/kg x 2/j) PO - Ceftriaxone 50 à 100 mg/kg/24h IV

## 6. Prévention

Un isolement entérique strict s'impose : si possible, en chambre seule, avec désinfection des selles et lavage des mains. En situation épidémique, on recommande d'entourer les poignées de porte avec un linge imprégné d'eau de Javel. Le vaccin n'est pas encore disponible.

### Sites web recommandés (accès libre) concernant ce chapitre :

<http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/shigellose>

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43830>

<https://www.cdc.gov/shigella/index.html>