

# Infections chez les usagers de drogues

## 1. Introduction

L'usage de drogue n'est pas l'apanage des pays industrialisés et est répandue dans beaucoup de pays du monde, notamment en Europe de l'Est et en Asie. La prévalence dans les pays à ressources limitées, notamment ceux du continent africain et d'Amérique du Sud est mal connue. Dans les pays qui n'ont pas mis en place de programme d'échanges de seringues, les usagers de drogue intraveineuse (UDIV) participent à la transmission du [VIH](#) (environ 10 % des nouveaux cas dans le monde sont attribuables aux UDIV), des [hépatites C et B](#).

Parmi les drogues utilisées en IV, l'héroïne arrive en tête suivie par la cocaïne. Par ailleurs, des comprimés (de type buprénorphine) peuvent être injectés après avoir été pilés. La polytoxicomanie est fréquente (drogues injectables ou non, alcool, médicaments). Pour solubiliser les substances injectées, les UDIV peuvent utiliser la salive, le jus de citron ou l'eau. Ces excipients participent au risque de transmission d'agents infectieux. Les drogues dites «récréatives», comme les poppers, les dérivés du cannabis, la kétamine, l'ecstasy et la méthamphétamine touchent d'autres groupes d'utilisateurs. Certaines peuvent s'injecter (stimulants sexuels : *slam*). Elles sont susceptibles d'augmenter les pratiques sexuelles à risque et d'interagir avec certains antirétroviraux (tableau 1).

Dans les pays à ressources limitées, il existe une augmentation de l'utilisation du tramadol d'origine illicite à des fins non médicales. Cette augmentation rapide pose de gros problèmes de santé publique, à l'instar des surdoses d'opioïdes en Amérique du Nord.

Des épidémies peuvent survenir par partage de matériel d'injection (ex. : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), *Streptococcus pyogenes*), soit le plus souvent par l'utilisation de drogue contaminée (ex. : *Clostridium*, [botulisme](#)).

Tableau 1. Modes d'utilisation des drogues et risque infectieux

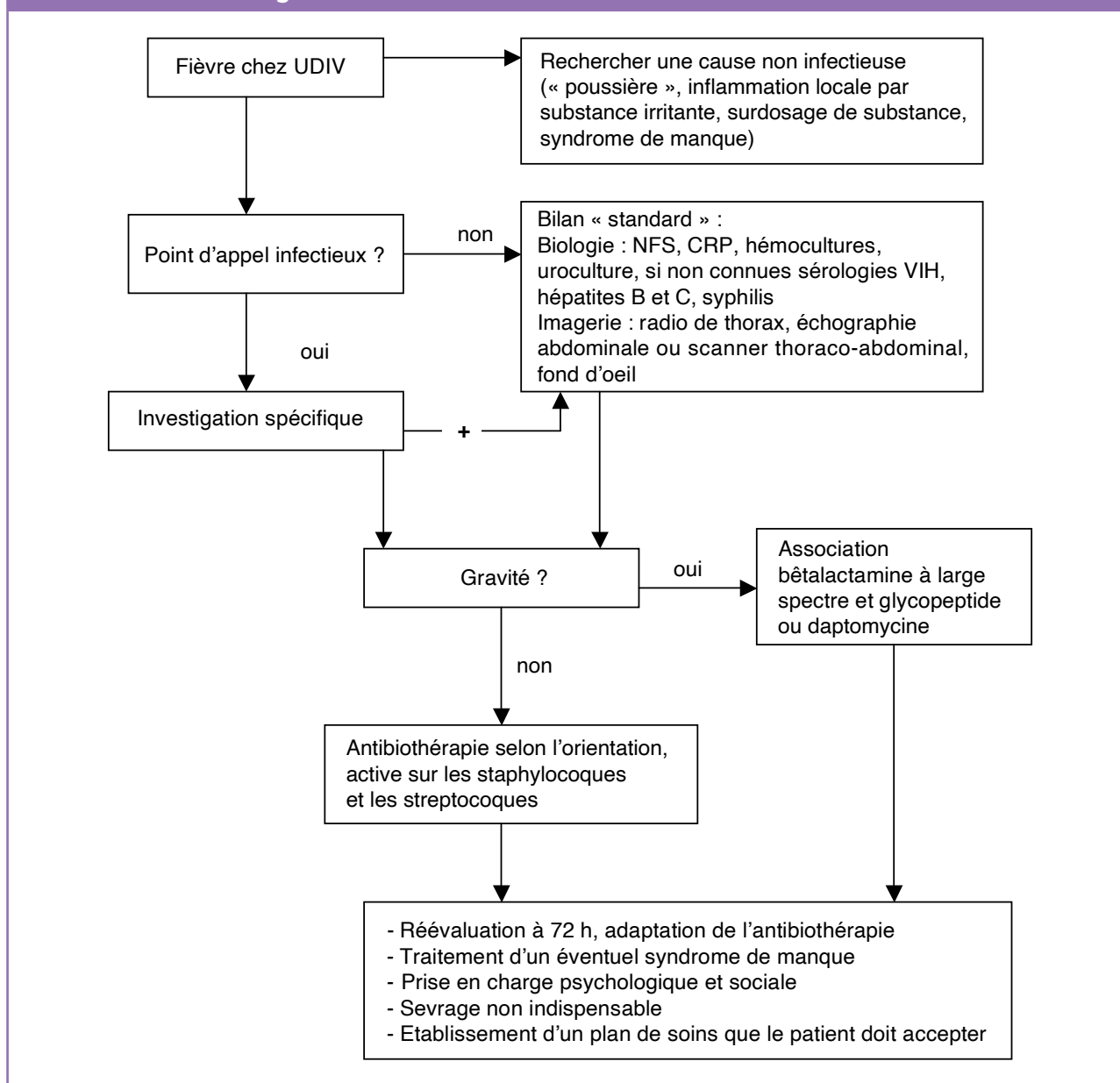
Nom courant de la pratique	Description de la pratique	Risque infectieux
<i>Skin popping</i>	Injection sous-cutanée ou intramusculaire de drogue (absence de veine)	Infection cutanée et des tissus mous
<i>Speed-balls</i>	Mélange héroïne et cocaïne	Infection cutanée et des tissus mous
<i>Booting</i>	Injection de drogue et de sang	Infection cutanée et des tissus mous
<i>Shotgunning</i>	Drogue fumée, inhalée puis transmise à un autre partenaire (surtout pour le crack)	Infections respiratoires
TaBs	Mélange de pentazocine et tripeleminamine dans de l'eau contaminée	Infection à <i>Pseudomonas</i>
<i>Sniff</i>	Inhalation nasale de cocaïne	VHC

## 2. Fièvre chez l'usager de drogues par voie intraveineuse

La prise en charge d'un syndrome fébrile chez un UDIV est décrite figure 1. Outre le problème infectieux, elle prend en compte les problèmes sociaux et psychologiques. Le sevrage de l'addiction ne doit pas être une obligation. Une substitution ou un sevrage pourra être organisé dans un deuxième temps dans le cadre d'un projet thérapeutique précis, en dehors de toute urgence.

Les infections peuvent être liées aux comorbidités, aux conditions de vie, au matériel d'injections et aux substances injectées.

Figure 1. Conduite à tenir devant une fièvre chez un UDIV



### 3. Infections liées à la précarité et aux conditions de vie

Les UD présentent une altération de leurs défenses immunitaires favorisée par la dénutrition, la consommation d'alcool ou une infection par le VIH. Les conditions de vie (promiscuité, logement insalubre ou inexistant) favorisent certaines maladies infectieuses comme les pneumonies (dont la tuberculose) ou les [maladies diarrhéiques](#). La désocialisation entraîne un déni ou une négligence des infections ainsi qu'une réticence à utiliser le système de soins : le recours aux structures de santé se fait tardivement et dans l'urgence avec un suivi souvent chaotique.

#### 3.1. Infections pulmonaires

Les [pneumonies](#) communautaires sont favorisées par le tabagisme, les sinusites et le mauvais état bucco-dentaire sont fréquents et sont souvent consécutives à une inhalation. Les pneumonies sont souvent polymicro-

biennes et peuvent associer pneumocoque, bactéries de la cavité buccale, entérobactéries et anaérobies. Le traitement antibiotique comprend soit l'association amoxicilline-acide clavulanique soit une céphalosporine de troisième génération injectable type ceftriaxone avec du métronidazole.

Les UDIV ont un risque augmenté de [tuberculose](#) pulmonaire qu'il faut systématiquement évoquer en cas de symptomatologie respiratoire sur ce terrain. La prise en charge d'une tuberculose avérée doit prendre en compte l'état nutritionnel, l'existence d'une hépatite virale (toxicité hépatique des antituberculeux) et les interactions médicamenteuses des antituberculeux avec les produits stupéfiants ou un éventuel traitement antirétroviral,

### 3.2. Infections sexuellement transmissibles (IST)

La prostitution et les comportements sexuels à risque, fréquents chez les UDIV, exposent au risque d'IST à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* mais également à la syphilis, au VIH et au VHB.

### 3.3. Infections cutanées

Les infections cutanées liées aux conditions de vie sont fréquentes : infections bactériennes de type [ecthyma](#) ou [impetigo](#), lésions de grattage, surinfections de piqûres et morsures, ectoparasitoses liés à un environnement insalubre, etc...

## 4. Infections liées à l'injection de drogues intraveineuses

### 4.1. Infections virales

Une infection par le VIH, une hépatite C, B ou delta doit être systématiquement dépistée et ce dépistage doit être répété à intervalle régulier. En cas de cytolysse, il faut également savoir évoquer une hépatite A, une syphilis, une hépatite médicamenteuse ou alcoolique.

Une vaccination contre l'hépatite B et une mise à jour du [calendrier vaccinal](#) notamment vis à vis du tétanos doivent être systématiquement proposées. Les outils de réduction des risques liés aux injections doivent être rendus accessibles (programmes échange seringues, mise à disposition de matériel d'injection et d'hygiène stériles, accompagnement professionnel et communautaire, etc.). Les autres outils de la prévention diversifiée du VIH dont la prophylaxie pré exposition (PrEP) doivent aussi être proposés aux usagers de substances psychoactives. L'accompagnement à la réalisation des tatouages dans de bonnes conditions d'hygiène doit également être encouragé.

### 4.2. Infections cutanées

Le plus souvent, il s'agit d'infections du site d'injection mais il peut s'agir également d'une infection venant compliquer une zone cutanée lésée (thrombose, nécrose, ulcères) ou d'une infection hématogène, témoignant souvent d'une endocardite. La dissémination systémique d'un *Candida* peut se traduire par une folliculite douloureuse du cuir chevelu et des zones pileuses. Les substances injectées et leur solvant peuvent être très toxiques pour les tissus cutanés. Ils peuvent aisément mimer une infection ou créer des lésions qui pourront s'infecter secondairement (voir le chapitre « [Infections de la peau, des tissus mous et des muscles](#) »).

L'usage de pipes et l'inhalation de drogues exposent à un risque de délabrement de la barrière cutanée, de l'état dentaire et des voies aériennes supérieures. Les ectoparasitoses ([gale](#) et pédiculoses) sont fréquentes et doivent être recherchées et traitées.

La prise en charge comprend la vaccination contre le tétanos (si non à jour), la recherche de complications : abcédation, nécrose, syndrome de loge imposant une intervention chirurgicale et une antibiothérapie active sur les bactéries potentiellement en cause (staphylocoque doré, streptocoque, bacille à Gram négatif, anaérobies). Selon les cas, l'amoxicilline-acide clavulanique, la clindamycine, une céphalosporine de première génération, le cotrimoxazole peuvent être utilisés. En cas de gravité, on pourra débiter avec un glycopeptide ou la daptomycine associée à une bétalactamine à large spectre type piperacilline-tazobactam, traitement qui sera simplifié après réception du résultat des prélèvements microbiologiques. Un abcès ou une [dermo-hypodermite nécrosante](#) imposent une prise en charge chirurgicale urgente. La [gale](#) peut être traitée par une monodose d'ivermectine 200 ug/kg répétée 7 jours plus tard ou par traitement local par benzoate de benzyle. L'environnement doit être traité (lavage à 60°C ou produits pyrèthroïdes).

### 4.3. Bactériémies, endocardites

Une bactériémie doit toujours être recherchée par des hémocultures chez un UDIV fébrile ou ayant un syndrome inflammatoire. Les agents pathogènes en cause sont le plus souvent les staphylocoques (60 %), les streptocoques (20 %), les bacilles à Gram négatif dont *Pseudomonas aeruginosa* (10 %) et les *Candida* (5 %). Il faut rechercher une endocardite tricuspidiennne qui se révèle par des embolies septiques pulmonaires. La radiographie et surtout le scanner thoraciques montrent de façon bilatérale des infiltrats, des nodules sous-pleuraux avec souvent un épanchement pleural. L'échocardiographie transoesophagienne permet d'affirmer le diagnostic, de rechercher des lésions sur les autres valves et d'évaluer la gravité des lésions.

Le fond d'œil peut révéler une rétinite à *Candida*.

La prise en charge inclut une antibiothérapie couvrant les staphylocoques et les streptocoques, secondairement adaptée aux bactéries en cause. La résistance à la méticilline étant plus fréquente dans cette population qu'en population générale, on débutera le traitement empirique par un glycopeptide type vancomycine ou de la daptomycine (voire de la dalbavancine). Dans les zones où les ressources sont limitées, un traitement par triméthoprim-sulfaméthoxazole associé à un aminoglycoside peut être proposé en traitement empirique. En cas d'endocardite tricuspidiennne non compliquée, un traitement de relais oral associant ciprofloxacine (750 mg x 2/jour) et rifampicine (10 mg/kg/j à prendre à jeun en une ou deux prises) peut être proposé quand la souche isolée est sensible à ces deux antibiotiques (éliminer une tuberculose au préalable pour éviter les émergences de résistance à la rifampicine). Les autres antibiotiques utilisables en cas d'infection à *Staphylococcus aureus* méti-sensible sont l'oxacilline et la céfazoline par voie intraveineuse. En cas de *S. aureus* méticilline-résistant, sont utilisables la vancomycine, la daptomycine ou la dalbavancine. La chirurgie tricuspidiennne n'a d'indication qu'en cas de délabrement valvulaire majeur.

### 4.4. Autres infections

Les infections ostéo-articulaires chez le toxicomane sont souvent d'évolution subaiguë et se localisent volontiers sur le rachis, l'articulation sterno-claviculaire et le pubis. Une ponction articulaire est indispensable pour documenter l'infection dont les agents responsables sont variés (staphylocoques, streptocoques, *Candida*, mycobactéries...).

Les infections du système nerveux central (méningite, abcès cérébral, empyème sous-dural, anévrisme mycotique, thrombophlébite cérébrale) ne doivent pas être confondues avec un excès de drogue. En cas de suspicion, un scanner cérébral et si possible une imagerie par résonance magnétique (IRM), doivent être réalisés de même qu'une ponction lombaire en l'absence de risque d'engagement. En cas d'infection par le VIH, il faudra évoquer toutes les causes spécifiques d'infection du système nerveux central (voir les chapitres « Méningites » et « Méningo-encéphalites »).

Les IST sont fréquentes et doivent être recherchées systématiquement.

Une rétinite à *Candida* ou *Aspergillus* doit être recherchée systématiquement au fond d'œil.

## 5. Conduite à tenir devant un accident d'exposition au sang ou sexuel chez un usager de drogue

Voir le chapitre « Accidents d'exposition sexuelle ou au sang (AES) »

### Site web recommandé (accès libre) concernant ce chapitre :

Rapport mondiale sur les drogues ONUDC 2018 :

[https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_French.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_French.pdf)