

Salmonelloses non typhiques

1. Épidémiologie

1.1. Répartition

Elle est mondiale. Les salmonelloses non typhiques (NTS) sont cosmopolites car de nombreuses espèces d'animaux domestiques, d'élevage ou de compagnie, sont porteurs de [salmonelles](#) transmissibles à l'homme. Dans les pays développés, l'extension des salmonelloses est liée à l'élevage industriel et les résistances des salmonelles à l'abus d'utilisation des antibiotiques dans ces élevages. Les pays émergents se trouvent confrontés aux mêmes problèmes en développant l'élevage intensif. Dans les pays à ressources limitées, les salmonelles touchent plus souvent les enfants que les adultes, contaminés par infection croisée dans les hôpitaux et dans les pouponnières qui servent de réservoir de salmonelles souvent multi résistantes du fait d'antibiothérapies non adaptées. Elles seraient la cause de 20 % de la mortalité infantile (gastro-entérites et infections invasives sur terrain fragilisé).

1.2. Transmission

Le réservoir est animal : les salmonelles sont des hôtes du tube digestif de divers animaux, notamment oiseaux et reptiles.

La transmission peut être directe interhumaine (rôle des porteurs sains), plus souvent indirecte à partir d'aliments contaminés (rupture de la chaîne du froid) : œufs++ (*S. Enteritidis*), viandes... (voir le chapitre « [Infections et toxi-infections d'origine alimentaire](#) »).

1.3. Agents infectieux

Dans 99,5 % des cas, les NTS appartiennent à l'espèce *Salmonella enterica* : parmi les 2 000 sérotypes existants, deux totalisent la moitié des cas : *S. Enteritidis* et *S. Typhimurium*.

1.4. Facteurs de risque

- Déficit de l'immunité cellulaire (sujets dénutris, [SIDA](#), sujets âgés).
- Hémoglobinopathie ([drépanocytose](#) homozygote, thalassémie majeure, drépano-thalassémies).
- Maladie du tube digestif (néoplasie, entérite inflammatoire, [bilharziose](#)) ; hypochlorhydrie.

2. Physiopathologie

Après franchissement de la muqueuse digestive, les salmonelles vont se multiplier dans les ganglions mésentériques. Leur potentiel invasif et la production d'entérotoxine entraînent une entérocolite. La diffusion hématogène est rare, sauf facteur de risque : elle est alors responsable d'atteintes viscérales profondes.

3. Formes cliniques

3.1. Diarrhée aiguë fébrile : entérocolite

Après une incubation de 6 à 72 heures, le tableau associe :

- une fièvre élevée avec céphalées, polyalgies, vomissements pouvant évoquer une méningite avant que n'apparaisse :
- une diarrhée profuse (> 5 selles/24 heures). La diarrhée est fécale, hydrique de type syndrome gastro-entérique. Plus rarement, la diarrhée s'accompagne d'un syndrome dysentérique (voir le chapitre « [Diarrhées infectieuses](#) ») ;
- une déshydratation peut se voir surtout aux âges extrêmes de la vie.

L'examen clinique est sans spécificité.

3.2. Bactériémies

C'est la pratique d'hémocultures devant une fièvre d'allure isolée qui assure le diagnostic (voir le chapitre « [Technique, résultats et interprétation des prélèvements](#) »). Rares, parfois récidivantes, elles doivent faire rechercher une immunodéficience (VIH).

3.3. Atteintes extradigestives

- Ostéo-articulaires : surtout chez les sujets porteurs d'hémoglobinopathie. À différencier des arthrites réactives associées à l'antigène HLA B27.
- Abscesses de la rate.
- Atteintes pleuropulmonaire, méningée, artérielles (anévrismes)... Tous les organes peuvent être touchés dans le contexte de bactériémie.

Dans ces formes extradigestives, la bactérie peut être isolée soit dans le sang, soit à partir du foyer infecté.

4. Diagnostic

Le diagnostic repose sur l'isolement du pathogène : coproculture pour les entéocolites ; hémoculture, culture d'un prélèvement (LCR, liquide articulaire, biopsie...) dans les autres formes.

Il n'y a pas d'examen sérologique.

5. Traitement

5.1. Entéocolite

Réhydratation comme dans toute diarrhée.

L'antibiothérapie n'est pas indispensable dans les entéocolites non graves sans terrain particulier, l'évolution étant le plus souvent résolutive spontanément avec la disparition de la fièvre en 72 heures et de la diarrhée en moins d'une semaine, et l'antibiothérapie multipliant par 2 le risque relatif de portage asymptomatique à 1 mois. Dans les formes digestives graves ou survenant sur un terrain à risque (immunodéprimé, drépanocytaire, enfant < 1 an...), l'antibiothérapie est proposée pendant 3 jours (7 jours si immunodéprimé ou enfant < 1 an) :

- azithromycine 500 mg x 1/24h (indication hors AMM), notamment chez l'enfant (chez l'enfant 20 mg/kg/24h) ou en cas de diarrhée au retour d'une région où existe un niveau élevé de résistance des salmonelles aux quinolones (Inde, Vietnam, Thaïlande...);
- fluoroquinolone (ciprofloxacine 500 mg x 2/24h (enfant 10 mg/kg x 2/24h), lévofloxacine 500 mg x 1/24h);
- céphalosporine de 3^e génération (ceftriaxone) 2 g/24h en une prise (chez l'enfant 50 mg/kg/24h) lorsque la voie orale n'est pas possible.

Il est à noter la fréquence des souches résistantes aux antibiotiques, notamment *S. Typhimurium* (voir le chapitre « [Résistances aux antibactériens](#) »). En Asie, 30 % des souches isolées sont résistantes à la ciprofloxacine. Des souches BLSE sont isolées en Afrique et en Asie. L'antibiothérapie ne réduit pas la durée du portage digestif.

5.2. Formes bactériémiques et viscérales

Un traitement antibiotique bactéricide est indispensable, ce qui suppose que la sensibilité de la bactérie ait été testée *in vitro*. La durée du traitement antibiotique va de 2 semaines (bactériémie isolée) à au moins 6 semaines pour une spondylodiscite. Un geste chirurgical peut être nécessaire : drainage d'abcès, résection d'un anévrisme infecté, d'un corps étranger.

5.3. Portage chronique

Pas d'antibiothérapie. Les salmonelles sont éliminées spontanément dans > 99 % des cas dans un délai < 6 mois.

6. Prévention

Hygiène alimentaire.

Recommandations aux voyageurs

La prévention rejoint celle des autres infections à transmission féco-orale (lavage des mains, cuisson des aliments...).

Il n'existe aucune vaccination contre les salmonelles non typhoïdiques.

Au retour de voyage, il est important de dépister par culture et antibiogramme les souches de salmonelles multi résistantes chez les patients souffrant de diarrhée et de respecter les précautions complémentaires de type "contact" en milieu de soin (voir le chapitre "[Transmission des infections](#)").

Sites web recommandés (accès libre) concernant ce chapitre :

Salmonelles multirésistantes. OMS :

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs139/fr/>

<https://agriculture.gouv.fr/la-salmonellose-non-typhique>

[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-\(non-typhoidal\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-(non-typhoidal))