
infection à streptocoque

Pr Amel Ouyahia

A – OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

angine ; scarlatine ; choc toxique streptococcique, endocardite subaiguë

Décrire les différents tableaux cliniques

connaitre les complications

Décrire les tests diagnostiques

Prescrire un traitement curatif efficace

Connaitre les situations nécessitant un TRT préventif

Sommaire

INFECTIONS A STREPTOCOQUES..... Erreur ! Signet non défini.

I. INTRODUCTION : Erreur ! Signet non défini.

II. EPIDEMIOLOGIE : Erreur ! Signet non défini.

A. ANGINES STREPTOCOCCIQUES..... Erreur ! Signet non défini.

Clinique..... Erreur ! Signet non défini.

► évolution : les angines streptococciques évoluent le plus souvent favorablement sous traitement . les principaux symptômes disparaissent en 3-4 jours Erreur ! Signet non défini.

► ► Diagnostic Erreur ! Signet non défini.

Diagnostic différentiel: (détaillé pendant le cours)..... Erreur ! Signet non défini.

Traitement :..... Erreur ! Signet non défini.

► Antibiothérapie	Erreur ! Signet non défini.
B. Scarlatine	Erreur ! Signet non défini.
► ► clinique :	Erreur ! Signet non défini.
Evolution :	Erreur ! Signet non défini.
Diagnostic positif : chapitre interactif	Erreur ! Signet non défini.
Diagnostic différentiel : chapitre interactif	Erreur ! Signet non défini.
Traitement curatif :	Erreur ! Signet non défini.
C. CHOC TOXIQUE STREPTOCOCCIQUE	Erreur ! Signet non défini.
Porte d'entrée : traumatisme local, infection locale minime.....	Erreur ! Signet non défini.
Le diagnostic est retenu sur l'association	Erreur ! Signet non défini.
Traitement: bi antibiothérapie active sur le streptocoque.	Erreur ! Signet non défini.
D. Endocardite infectieuse à streptocoque	Erreur ! Signet non défini.
Clinique : endocardite subaigüe d'Osler	Erreur ! Signet non défini.
Moyens diagnostiques	Erreur ! Signet non défini.
Diagnostic	Erreur ! Signet non défini.
Traitement.....	Erreur ! Signet non défini.
CONCLUSION	Erreur ! Signet non défini.
REFERENCES.....	Erreur ! Signet non défini.

INFECTIONS A STREPTOCOQUES

I. INTRODUCTION :

Les infections streptococciques sont **fréquentes et polymorphes** , on distingue

Les infections directement liées à la multiplication bactérienne

D'autres relèvent de mécanismes Immunopathologiques

II. EPIDEMIOLOGIE :

⇒ **Cf cours microbiologie 3 eme année**

III. CLINIQUE

A. ANGINES STREPTOCOCCIQUES

►► La plus fréquente des infections à streptocoques, fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune.

►► Le streptocoque A β hemolytique est le plus souvent en cause rarement C et G.

►► Clinique

► **Début** : brutal avec fièvre supérieure à 39°C , frissons , malaise général dysphagie.

► Examen de la gorge :

- Dans l'angine érythémateuse : les amygdales sont rouges , Augmentées de volumes
- Dans l'angine érythématopultacée , les amygdales sont en outre recouvertes d'un enduit blanchâtre punctiforme facile à décoller et découvrant une muqueuse congestive .

► une ou plusieurs adénopathies sous angulo- maxillaires satellites .

Pas d'atteinte des voies aériennes inférieures.

► **évolution** : les angines streptococciques évoluent le plus souvent favorablement sous traitement . les principaux symptômes disparaissent en 3-4 jours .

L'évolution sans traitement peut aboutir à **des complications** :

▪ **Complications locales suppurées :**

- Phlegmon péri amygdalien :
- Suppurations cervicales :
- Cellulites cervicales .

▪ **Complication générales :**

- Complications toxiques
- Bactériémie
- Syndrome post streptococcique

► ► **Diagnostic**

- le test de diagnostic rapide TDR permet le diagnostic des angines à streptocoque du groupe A
- TDR devant toute angine chez l'enfant ≥ 3 ans et l'adulte ayant un score de **Mc Isaac ≥ 2** (cette technique ainsi que le score sont détaillés pendant le cours) .

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL: (détaillé pendant le cours)

- Angine érythémateuse
- Angine pseudo membraneuse
- Angine ulcéreuse
- Angines vésiculeuses

Traitement :

► **Antibiothérapie**

En Première intention en Algérie :

- **Benzathine pénicilline Extencilline IM** :1 seule injection
600 000UI poids ≤ 27 KG
1200000UI poids >27 KG

Alternatives :

Pénicilline V

pendant 10jours

macrolides : erythromycine :50 mg/Kg/j

B. Scarlatine

- Due au streptocoque du groupe A (exceptionnellement C ou G) infecté par un bactériophage . Le streptocoque sécrète une toxine érythrogène ;

Elle affecte surtout l'enfant d'âge scolaire

La transmission : directe par voie aérienne

►► clinique :

□ Forme typique:

Début : brutal avec fièvre à 39-40°C , frisson , tachycardie , dysphagie , vomissements.

L'examen retrouve une angine érythémateuse , une langue saburrale, des adénopathies sous- angulo maxillaires sensible. **Période d'état** :

Elle s'installe en moins de 48 H et se caractérise par un exanthème associé à un énanthème :

L'exanthème :

- Débute au niveau du thorax et la racine des membres , puis s'étend en 1 à 2j sur tout le tronc ; il atteint les membres en respectant paumes et plantes ainsi que la région péri-buccale . il prédomine au niveau des plis de flexion .
- C'est un érythème diffus , en nappe , sans intervalle de peau saine avec un fin piqueté rouge plus sombre .

L'énanthème : constant et caractéristique , associant :

- Une angine érythémateuse ou érythématopultacée
- Des modifications de l'aspect de la langue :

Description faite pendant le cours .

Evolution :

Les signes généraux régressent à partir de j6 .

L'exanthème disparaît avec desquamation du 8eme au 30eme jours.

Complications

- Complications ORL
- Complications précoce d'origine toxique : Néphrite précoce , rhumatisme précoce
- Complications tardives

- **Diagnostic positif : chapitre interactif**

- **Diagnostic différentiel : chapitre interactif**

- **Traitement curatif :**

Pénicilline V orale :

Enfant : 50000 U /Kg/j ; **Adulte** : 3-4 millions UI/j

Ou pénicilline G, IM

macrolides :

Erythromycine : Enfant 30-50mg/Kg/j ; Adulte : 2g/j

Durée du traitement : 10jours

- ►► **Traitement préventif : déclaration obligatoire**

La prévention chez les sujets contacts repose sur la pénicilline V ou macrolide pendant 07 jours.

Pr A.Ouyahia

CHOC TOXIQUE STREPTOCOCCIQUE

Tableau de "choc mixte" lié à une infection invasive à *Streptococcus pyogenes* (ou streptocoques du groupe A) produisant par ailleurs une ou des toxines superantigéniques. streptococcal-pyrogenic-exotoxins:

- A (SpeA)
- B SpeB
- C SpeC
- Streptococcal-superantigen-A (SSA)

Porte d'entrée : traumatisme local, infection locale minime.

Le diagnostic est retenu sur l'association

- **hypotension artérielle + au moins deux des conditions suivantes**
 - ✓ **defaillance rénale :**
 - ✓ **plaquette $\leq 100\ 000/\text{mm}^3$ ou CIVD,**
 - ✓ **produits de dégradation de la fibrine.**
 - ✓ **Atteinte hépatique :**
 - ✓ **Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte**
 - ✓ **Éruption érythémateuse généralisée**
 - ✓ **Nécrose des tissus mous**

► Hémocultures positives

Traitement: bi antibiothérapie active sur le streptocoque

■ **Antibiothérapie :**

- **Pénicilline G** : 50 000-500 000UI /KG/J + **Clindamyc**

Alternatives : biantibiothérapie

Ampicilline : 100-200mg /kg/j, Ou Ureidopenicilline **Ou glycopeptide** : vancomycine : 40-60 mg/kg /j

+ **aminosides** : gentamycine : 3 mg/kg/j ou amikacine : 15 mg/kg/j

Pr A.Ouyahia

Endocardite infectieuse à streptocoque

Infection :

- d'une ou plusieurs valves cardiaques
 - ou de l'endocarde pariétal
- entraînant une bactériémie

Clinique : endocardite subaigüe d'Osler

Début insidieux

Fièvre ; Altération de l'état général

Toute fièvre inexpliquée chez un patient valvulaire est une endocardite jusqu'à preuve du contraire.

Signes cardiaques

☐ Apparition d'un nouveau souffle ou modification d'un souffle pré existant.

☐ insuffisance cardiaque, le plus souvent gauche (complication++).

Toute insuffisance cardiaque fébrile doit faire évoquer le diagnostic d'endocardite.

Signes extra-cardiaques

Cutanés : purpura pétéchial, nodosités d'Osler ou « faux panaris », placards érythémateux palmoplantaires de Janeway.

☐ Ophtalmologiques: purpura conjonctival, taches de Roth au fond d'œil;

☐ Rhumatologiques: arthralgies / arthrites, lombalgies

☐ Respiratoires: toux; dyspnée (toxicomanie+++)

☐ Neurologiques : ischémie, hémorragies, abcès cérébral;

☐ Rénales: protéinurie , hématurie , insuffisance rénale .

Mortalité de 15 à 20% : Complications

Pr A.Ouyahia

Moyens diagnostiques

Hémoculture

- **3 prélèvements sur 24 heures**, espacés d'au moins 1 heure, pour cultures aéro-anaérobies ;

Trois prélèvements sanguins veineux en moyenne doivent être réalisés si forme grave d'emblée.

Échocardiographie

L'échocardiographie transthoracique ou l'échographie transoesophagienne surtout en cas de prothèse valvulaire
Lésions caractéristiques: végétation, abcès, perforation valvulaire ou désinsertion de prothèse.

Le scanner

Visualisation des complications +++ :
abcès, fistules et pseudoanévrismes notamment en cas d'existence de prothèse .

TEP-scanner au 18F-FDG et/ou scintigraphie aux leucocytes marqués

- El sur prothèse ++ .

Pr A.Ouyahia

Diagnostic

Sera basé sur les critères de Duke.

Critères de Duke (résumé Pr Ouyahia)

Critères majeurs

>=2 hémocultures : isolement de Micro-organisme typique d'une endocardite:

Streptocoques du groupe *viridans* ou *gallolyticus (bovis)*, *Enterococcus sp*

Nouveau souffle de régurgitation valvulaire

Échocardiographie :

- végétations
- ou abcès
- ou apparition récente d'une déhiscence de prothèse
- ou apparition ou aggravation récente d'une régurgitation valvulaire

Scanner :

Lésion para-valvulaire

Activité anormale vue à la TEP au 18-FDG ou à la scintigraphie aux leucocytes marqués (dans le cadre d'une EI sur prothèse)

Critères mineurs

- Cardiopathie à risque

ou toxicomanie IV

- Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$

Imagerie:

- événements emboliques
- ou d'anévrismes mycotiques récents sans expression clinique

Phénomènes immunologiques :

- Glomérulonéphrite
- Faux panaris d'Osler,
- Taches de Roth,
- Facteur rhumatoïde (Latex Waaler-Rose)

Phénomènes vasculaires

- embolies septiques dans un gros tronc artériel,
- infarctus pulmonaire,
- Anévrisme mycotique,
- hémorragie intracrânienne,
- hémorragies conjonctivales,
- Taches de Janeway

Décision en fonction des critères de Duke (résumé Pr Ouyahia)

Endocardite certaine

Examen anatomopathologique

retrouvant :

- un aspect d'endocardite
- ou culture de valve positive (PCR sur la valve +++).

Ou

2 critères majeurs

Ou

1 critère majeur + 3 critères

mineurs.

Ou

5 critères mineurs

endocardite possible :

- ✓ 1 critère majeur + 1 critère mineur.
- ✓ Ou 3 critères mineurs

Traitement

EI compliquée ou non, sur valve native ou sur prothèse

Streptocoque/ CMI $\leq 0,125$ mg/l : Traitement standard sans aminoside :

durée :

4 semaines (6 semaines si valve prothétique)

Pénicilline G :12-18 million U/j, IV, en 4-6 inj ou en continue

- Ou Amoxicilline: 100-200 mg/kg/j, IV en 4-6 injections

- Ou Ceftriaxone 2 g/j, IV en 1 injection

Traitement standard avec aminoside :

durée : 2 semaines

Pénicilline G :12-18 M U/j, IV, en 4-6 inj ou en continue

- Ou Amoxicilline: 100-200 mg/kg/j, IV en 4-6 inj

- Ou Ceftriaxone 2 g/j, IV en 1 inj

+

- Gentamicine 3 mg/kg/j en 1 dose

Souche relativement sensible aux pénicillines (CMI 0,250-2 mg/l) Streptococcus oraux et groupe *bovis*

■ Traitement standard 4 semaines

➤ Penicilline G 24 million U/j, IV, en 4-6 injections ou en continu

➤ Ou Amoxicilline :200 mg/kg/j, IV en 4-6 injections

➤ Ou Ceftriaxone: 2 g/j, IV en 1 injection

➤ Associé à

➤ Gentamicine 3 mg/kg/jour, IV en 1 injection 2 semaines

➤ endocardites sur valve prothétique 6 semaines

Pr A.Ouyahia

Souche relativement sensible aux pénicillines (CMI 0,250-2 mg/l) Streptococcus oraux et groupe *bovis*

- *Allergie à la pénicilline aux céphalosporines*
- Vancomycine 30 à 60 mg/kg/j, IV, en 2 injections ou en perfusion continue (après dose de charge de 15 à 30 mg/kg) 4 semaines
- Gentamicine 3 mg/kg/jour, IV en 1 injection /2 semaines
- Endocardites sur valve prothétique 6 semaines

Chirurgie : indication

- Insuffisance cardiaque
- Infection non contrôlée

L'antibioprophylaxie de l'EI n'est justifiée que chez les patients à haut risque d'EI

- Amoxicilline *per os* :
- dose unique: 2g *per os* ou IV (enfant 50mg/kg) Dans l'heure précédant le geste
- En cas d'allergie aux β -lactamines : clindamycine. 600mg *per os* ou IV (enfant 20mg/kg).

Pr A.Ouyahia