

LES INFECTIONS À STREPTOCOQUES

Dr O. Mansouri

Maitre de conférences B en infectiologie

Service des maladies infectieuses EPH Batna/ Faculté de médecineUB2

INTRODUCTION

- Pathologie fréquente et **polymorphe**
- Avènement de la **pénicilline**: diminution gravité
- Nombreuses espèces → immunité de type et d'espèce
- Classification de Lancefield: - streptocoques groupables
- streptocoques non groupables
- Streptocoques A: les plus virulents
- Substances élaborées: les hémolysines, des enzymes, les exotoxines superantigéniques (Spe A, B, C)
- Réservoir: homme → portage pharyngé, entérique, cutané
- Transmission: voie aérienne
- 2 groupes de maladies: - pathologie suppurative
- syndromes post-streptococciques

CLASSIFICATION

- En 1933, Lancefield a démontré l'association d'**antigènes spécifiques de « groupe »** d'hydrates de carbone au sein de souches bêta-hémolytique.

Les groupes sont désignés de A à H et L à V.

L'antigène spécifique est le polyside C, sauf pour les groupes D et N (acide téichoïque).

- En 1937, Sherman a proposé un système pour séparer les streptocoques en quatre catégories :
 - « *pyogéniques* »
 - « *viridans* » (*en raison de la coloration verte de l'hémolyse sur milieu de culture*)
 - « *lactiques* »
 - « *entérique* »

Les streptocoques dits « pyogènes » comprenaient alors les souches bêta-hémolytiques avec des antigènes de groupe définis (A, B, C, E, F, et G).

- Il y a actuellement, grâce au progrès de la biologie moléculaire, 40 espèces de streptocoque

CLASSIFICATION

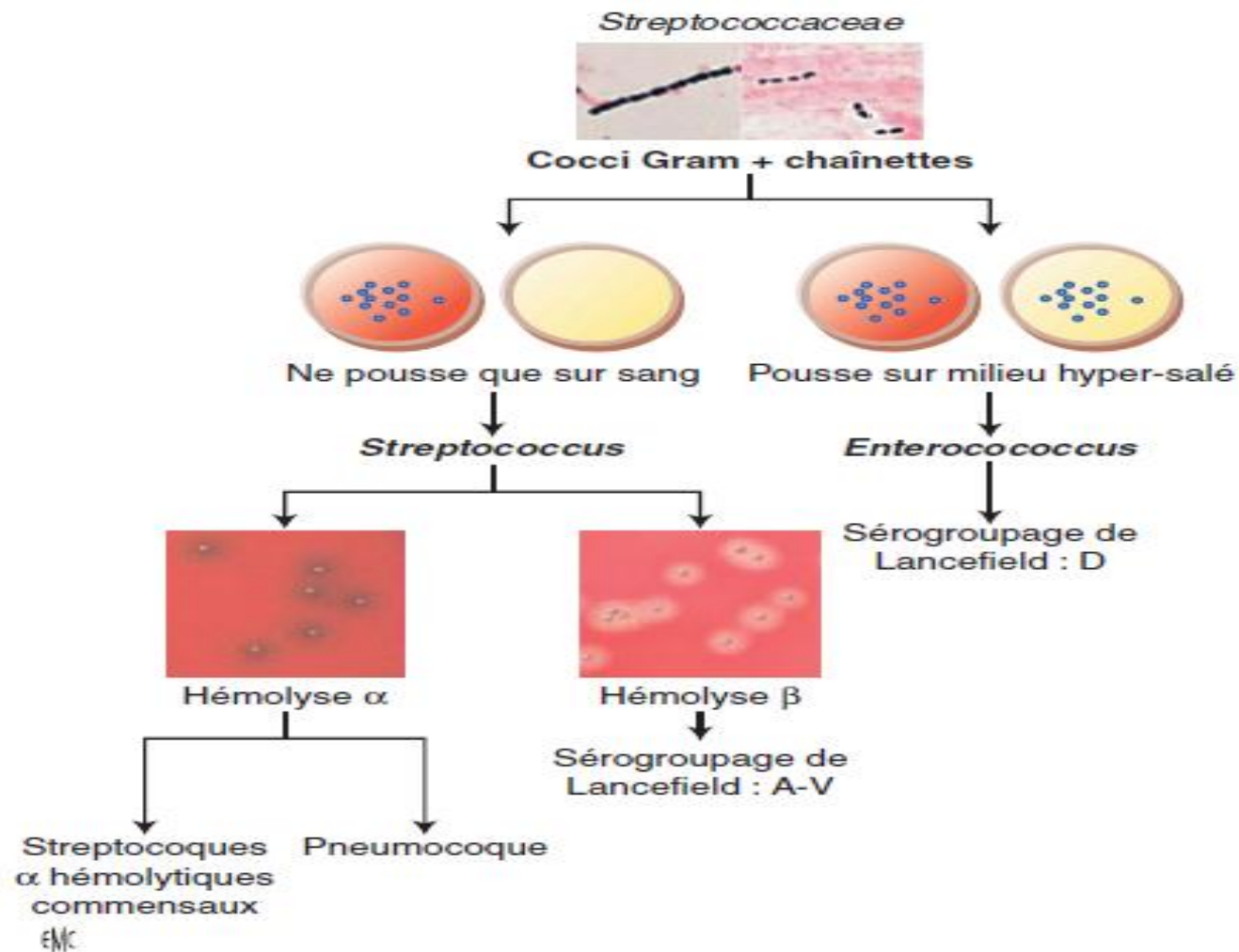


Figure 1. Morphologie des streptocoques et entérocoques.

PATHOGENIE

- Les streptocoques A sont les plus virulents :capsule d'acide hyaluronique ,protéine M.
- Facteurs de virulence : favorisant **l'invasion tissulaire**
 - Les hémolysines : - la streptolysine S,
- la streptolysine O: ASLO.
 - Les enzymes : AC streptodornase (antistreptodornase)...
 - des exotoxines superantigéniques (Spe streptococcal-pyogenic-exotoxins) : à l'origine d'une prolifération de lymphocytes T et secondairement la production de **cytokines proinflammatoires**.

PATHOLOGIE STREPTOCOCCIQUE SUPPURATIVE



picturesofstrepthroat.org

Angines streptococciques

La plus fréquente des infections streptococciques

Forme commune: Tout âge → prédominance enfant et adulte jeune

- Début brutal
- Angine: érythémateuse
érythémato pultacée
pseudo-membraneuse
+
ADP douloureuses

Formes récidivantes : quiescence du SBHA en intracellulaire pouvant aller jusqu'à l'amygdalite chronique et ses complications obstructives des VAS.

- Évolution favorable sous TRT
- En absence de TRT
 - Rechutes
 - Complications

Angines streptococciques: complications

1/ Complications toxiniques:

- Scarlatine
- Choc toxique streptococcique

2/ Complications suppurées locales ou locorégionales

- Phlegmon périamygdalien: f°, odynophagie, otalgie, trismus, oedème de la luette et du voile du palais
- Abscess rétropharyngé: f°, dysphagie douloureuse, dyspnée
- Adénophlegmon: douleurs cervicales lancinantes, torticolis+++
- Cellulites cervicales: rares, extension de l'infection aux parties molles. TRT AB + drainage chirurgical

3/ Syndromes post streptococciques

- ❖ RAA
- ❖ Chorée de Sydenham
- ❖ GNA post strepto
- ❖ Erythème noueux post strepto

Angines streptococciques: TRT

TRAITEMENT

Médical: pénicilline G, V, A

macrolides

Chirurgical: amygdalectomie

LA SCARLATINE

- Toxi-infection, toxine érythrogène → strept A (rarement C ou G) parasité par un bactériophage
- Rare: enfant***, rare adulte, exceptionnelle nourrisson
- Elle complique souvent une angine, parfois une infection cutanée ou gynéco

LA SCARLATINE

- Toxi-infection, toxine érythrogène → strept A (rarement C ou G) parasité par un bactériophage
- Rare: enfant***, rare adulte, exceptionnelle nourrisson
- Elle complique souvent une angine, parfois une infection cutanée ou gynéco

■ Clinique:

1. Forme commune:

début: brutal T°, frissons, angine + ADP

Phase d'état: 12 à 48 H éruption

Exanthème: siège: débute sur thorax, racines des membres

s'étend en 1 à 2 j : tronc, extrémités(respecte les paumes des mains, plantes des pieds et la région péri-buccale) prédomine aux plis de flexion. C'est un érythème diffus sans intervalle de peau saine avec un fin piqueté rouge plus sombre, s'efface à la vitopression. A la palpation; la peau est sèche, chaude et rugueuse. Si la porte d'entrée est cutanée ou utérine, l'exanthème n'existe pas, réduit à un érythème autour de cette PE.

Énanthème: constant, caractéristique de grande valeur diagnostique

LA SCARLATINE

Enanthème: - pharyngite érythémateuse ou érythématopultacée+ ADP

- modification de l'aspect de la langue: saburrale, desquame de la périphérie vers le centre « V lingual », devient uniformément rouge au 6^e j « langue framboisée ».

Signes généraux: fièvre, soif, tachycardie, douleurs abdominales, oligurie.

Evolution:

Signes généraux: régressent à partir du 6^e j

L'exanthème: disparaît avec desquamation du 8^e au 30^e jour: squames non contagieuses, fines sur le tronc, devenant plus larges en doigts de gant aux extrémités

L'énanthème: la langue redevient normale vers le 15^e jour.

2. **Formes atténuées:** les plus fréquentes:

exanthème moins caractéristique

énanthème caractéristique

LA SCARLATINE

■ Complications:

- *CPL ORL des angines*
- *CPL toxiniques précoces : choc toxique streptococcique avec ou sans atteinte rénale, rhumatisme scarlatin*
- *CPL tardives : SD post streptococciques*

■ TRT: repos au lit

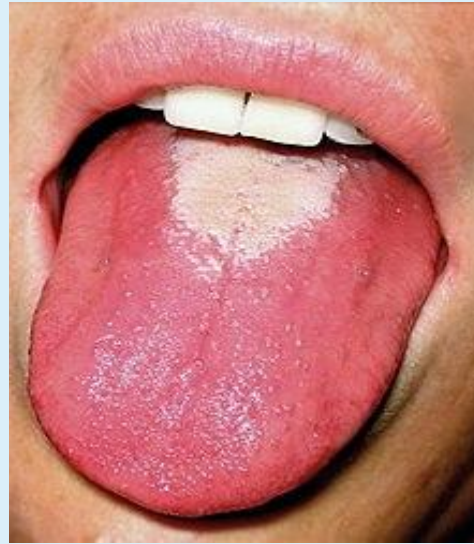
isolement 15 j

ATB idem angines









Evolution de l'énanthème au cours de la scarlatine

SCARLATINE



Streptocoque β -hémolytique du groupe A

ÉVOLUTION : Guérison rapide sous antibiothérapie.



INCUBATION : 2 à 5 jours



Toutes saisons



Surtout âge scolaire



CONTAGIOSITÉ : maximale au stade aigu; pendant plusieurs jours ou semaines en l'absence de traitement.

FACTEURS DE RISQUES :

antécédents de rhumatisme articulaire aigu, de glomérulonéphrite aiguë.



RISQUE EMBRYO-FOETAL : négligeable



ÉVICTION SCOLAIRE

jusqu'au rétablissement de l'enfant, plus de risque contagieux après 24 heures d'antibiothérapie.



- Etat général +/- bon
- Fièvre
- Mal de gorge, dysphagie
- Douleurs abdominales
- Nausées, vomissements
- Adénopathies cervicales



Conjonctives normales

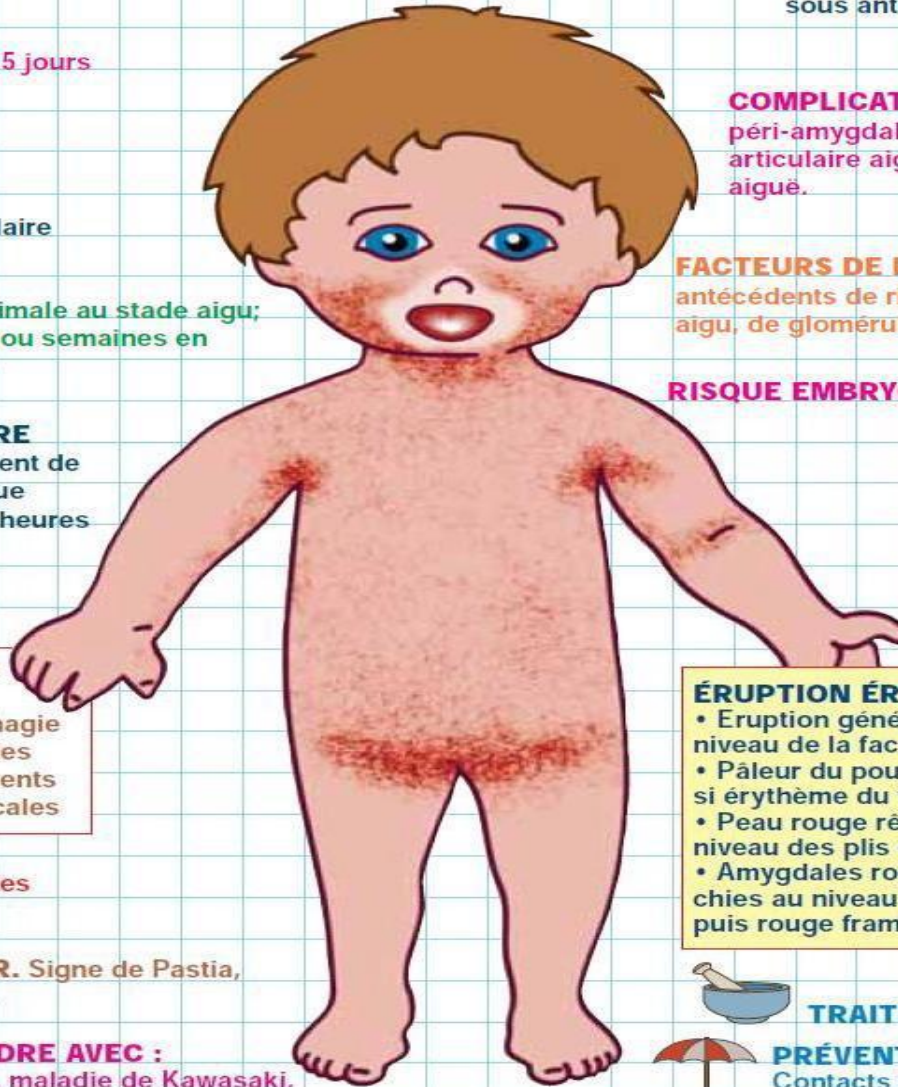


SIGNE PARTICULIER. Signe de Pastia, langue framboisée.



NE PAS CONFONDRE AVEC :

dermite de contact, maladie de Kawasaki, allergie, rougeole.



ÉRUPTION ÉRYTHÉMATEUSE

- Eruption généralisée prédominant au niveau de la face antérieure du tronc.
- Pâleur du pourtour de la bouche et du nez si érythème du visage.
- Peau rouge rêche; éruption plus foncée au niveau des plis de flexion (signe de Pastia).
- Amygdales rouges et exsudatives, pétéchiées au niveau du palais, langue saburrale puis rouge framboise.



TRAITEMENT antibiothérapie orale

PRÉVENTION :

Contacts normaux : surveiller
Contacts à risque : culture de gorge



Streptococcies cutanées

- Impétigo: (*pyoderma impetigo* ou *impetigo contagiosa*)

Épidémiologie et physiopathologie

- pyodermite contagieuse par contact direct.
- Il concerne principalement les enfants de 2 à 5 ans et est plus fréquent dans les pays chauds, humides et à hygiène précaire.
- Dans les pays développés, le pic d'incidence s'observe pendant l'été.

**pyodermite, contagieuse,
auto inoculable**

- lésion vésiculeuse strictement intra-épidermique.
- Les bactéries en cause sont le SGA et *Staphylococcus aureus*, plus rarement les streptocoques C et G, qui colonisent dans un premier temps la peau saine en moyenne dix jours avant l'infection.

Streptococcies cutanées

Impétigo

Clinique:

L'impétigo « primitif », sans dermatose sous-jacente.

débute par des vésicules dont le contenu se trouble en quelques heures pour devenir des pustules, puis en 4 à 6 jours des croûtes jaunâtres « mélicériques ».

La topographie préférentielle des lésions est périorificielle (nez, bouche) et peut secondairement s'étendre à tout le visage, le cuir chevelu et les extrémités.

La disposition le long de lignes de grattage est évocatrice, parfois ADP satellites.

Streptococcies cutanées

Impétigo

La guérison est lente et laisse des zones dépigmentées.

Sous traitement, la guérison se fait sans cicatrice.

Les complications

Locales : cellulite ou adénite sont rares

Systémiques : septicémies ou les endocardites; rares

Le principal risque est la survenue ultérieure d'une GNA

Il n'y a pas de risque de RAA.

Streptococcies cutanées

Impétigo

L'impétiginisation

correspond à un impétigo sur dermatose sous-jacente (gale, pédiculose, eczéma, varicelle, herpès...).

C'est la forme la plus fréquente de l'adulte.

L'ecthyma correspond à un impétigo creusant, nécrotique, recouvert d'une épaisse croûte noirâtre et entouré d'un halo inflammatoire, siégeant sur les membres inférieurs.

s'observe chez l'adulte immunodéprimé, diabétique, alcoolique, ou vivant dans des conditions précaires.

Des cas épidémiques ont été décrits.

La guérison est lente et laisse une cicatrice.



Streptococcies cutanées

Impétigo

Traitement

- **Impétigo peu sévère** (forme croûteuse, non rapidement extensive avec au plus cinq sites lésionnels actifs et couvrant moins de 2 % de la surface corporelle totale (1 % = surface d'une paume de la main))

antibiothérapie exclusivement locale par

- *acide fusidique (crème ou pommade)*
- *ou mupirocine (pommade dermique), 2 à 3 fois par jour pendant 5 à 10 jours.*
- *La chlortétracycline .*

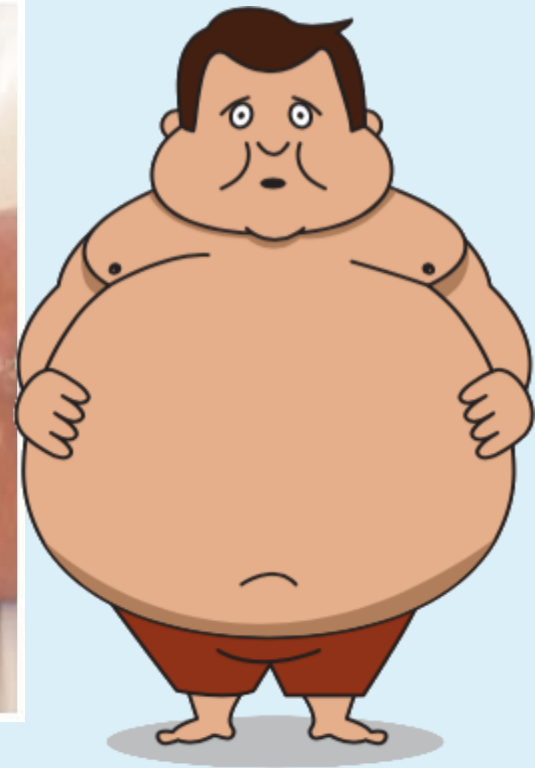
- **Dans les formes plus sévères** (impétigo bulleux, ecthyma, surface cutanée atteinte > 2 %, plus d'une dizaine de lésions actives ou extension rapide), **une antibiothérapie par voie générale antistaphylococcique et antistreptococcique avec les soins locaux**

- éviction scolaire après le début de l'antibiothérapie.
- Le traitement préventif repose sur une bonne hygiène corporelle.

Streptococcies cutanées

Érysipèle

- dermo épidermite aiguë localisée
 - stase veineuse
 - terrain fragilisé
- caractère inflammatoire, fréquence récidives → hyper sensibilité locale
- ✓ Érysipèle de la face: le plus caractéristique
 - Infiltration rouge, chaude, douloureuse
 - Bourrelet oedémateux
 - Aile de papillon
 - Aspect miélicérique
 - ✓ Érysipèle des membres:
 - très fréquent, membres <
 - Femme obèse
 - Ice veineuse et/ ou lymphatique
 - PE
 - Grosse jambe, rouge, aiguë, fébrile



■ Complications de l'érysipèle:

- Récidives fréquentes
- Suppurations locales, adénites, phlegmon
- Diffusion septicémique si immunodépression
- la cellulite nécrosante ou fasciite nécrosante: complication redoutable
mortalité 30%
 - Facteurs favorisant: obésité, diabète, traitement anti-inflammatoire, retard du traitement antibiotique,...
 - Le début: brutal, en 24 à 48 heures
 - Peau: aspect ardoisé, cartonné, lésions nécrotiques, bulles à contenu grisâtre.
 - Évolution: **gangrène cutanée**
choc hypovolémique

■ TRT:

Hospitalisation

ATB: Pénicilline G: 10 - 20 MUI/j

Pristinamycine: 50 mg/kg/j

Durée: 10 à 20 j



BACTERIEMIES A STREPTOCOQUE

- Rares depuis l'introduction des antibiotiques:
sauf endocardites et streptococcies néo natales.
- **Signes cliniques:**
 - ✓ signes bactériémie
 - ✓ manifestations évocatrices:
exanthème scarlatiniforme, placards érysipélateoïdes
Signes articulaires : arthralgies, arthrites.
- **PE:** Cutanée: streptocoque A, C, G
Oropharyngée ou dentaire : strept non Groupables
Digestive et urinaire : streptocoque D
Utérine : streptocoque B
- **TRT:** Péni G : 500.000UI/kg/j
Aminopénicilline : 50 à 100 mg/kg/j
Si streptocoque B ou D : Péni G + Aminoside
Péni A + Aminoside
Si allergie : Vancomycine + Aminoside
Durée: 3 à 4 semaines

Endocardite d'Osler

- Greffe bactérienne sur endocarde lésé
- Début: progressif.
- La fièvre: le plus constant des symptômes
- Arthralgies et myalgies
- Signes cardiaques : dans 2/3 des cas cardiopathie connue

le diagnostic d'endocardite doit être évoqué chez tout sujet fébrile ayant une cardiopathie soufflante

- Signes cutanés et muqueux :
 - ✓ *purpura pétéchial: conjonctives et membres inférieurs*
 - ✓ *nodosités d'Osler: pulpe des doigts, orteils et oreilles*
 - ✓ *Les placards palmoplantaires de Janeway*
- Splénomégalie
- Fond d'œil : taches de Roth



■ **Diagnostic** : hémocultures

échocardiographie cardiaque.

■ **L'évolution** : dépend précocité du diagnostic et du TRT

■ **Traitement** :

- Médical:

Péni G : 500.000UI/kg/j +Aminoside (3 mg/kg/j)

Amoxicilline : 100 - 200 mg/kg/j + Aminoside

Si allergie : vancomycine : 30 mg/kg/j + genta

- Parfois recours à la chirurgie

- Durée du traitement : 4 à 6 semaines

Syndrome de choc toxique streptococcique

- **Souches responsables:** produisent une exotoxine pyrogène
- **Début:** insidieux
- en 24 à 48 heures est réalisé un tableau sévère :
 - signes locaux
 - fièvre
 - prostration
 - état de choc
 - défaillance multi viscérale

Autres infections streptococciques

- Ostéo-arthrites : arthrites, spondylodiscites, sacro-iliite,...
- Infections neuroméningées :
 - abcès du cerveau poly microbiens
 - Méningites: rares
- Infections pleuropulmonaires : pneumopathies, abcès