

Conduite pratique devant un cas suspect de diphtérie.

Dr Righi

Maladies Infectieuses

Option Pédiatrie Infectieuse

Introduction

- Toxi infection due: *corynebacterium diphthériae* (Klebs loeffler)
- Contagieuse
- Déclaration obligatoire
- Peu immunisante

Sur le plan épidémiologique

- *Corynebacterium diphtheriae* faiblement gram +
- Réservoir: homme (malade, convalescent, porteur sain)
- Transmission: +souvent directe
- Résiste: la lumière, la dessiccation
- Sensible: rayons solaires, la chaleur, antiseptiques

Sur le plan épidémiologique

- Survient à tout age
- Pays développés: rare
- Pays sous développés: reste grave

Physiopathologie :

- Le pouvoir pathogène du germe est la résultante de deux facteurs : **la virulence** et la **toxinogénese**.
- La virulence caractérise toutes les souches du bacille : (même si la souche n'est pas toxinogène).

Physiopathologie :

- La toxinogénèse : la toxine pan trope diffuse par voie sanguine et nerveuse et est hautement toxique pour l'homme et l'animal.
- Des lésions: le **myocarde**, le **système nerveux**, les **reins**, les **surrénales**, les **poumons**, le **foie**, le **pancréas** et les **muscles**.

clinique

- 2 types de manifestations:
 - * Locales
 - * Générales

Angine commune diphtérique

- Adulte jeune non vacciné
- Incubation: 2-7j
- Invasion: insidieuse; malaise générale, asthénie, anorexie, courbatures, fébricule à 38°C, discrète dysphagie, vague douleur auriculaire
- Malade abattu, pale

- À l'examen:

- *amygdale rouge et tuméfié

- *enduit opalin blanchâtre → **pélicule de Bretonneau**

- *a tendance de se bilatéraliser

→ Ce qui exige un prélèvement de gorge et sérothérapie anti diphtérie

Phase d'état:

- **fausses membranes:** 24-48h, blanches, nacrées ou grisâtres
 - *extensives: piliers, voile, pharynx, luette en doigt de gant
 - *adhérentes
 - *cohérentes
 - *bilatérales
 - *riche en bacille
- **Coryza**
- **ADP**

Evolution

- Fonction du TRT et de sa précocité
 - *Sous TRT: favorable
 - *en l'absence de TRT:
 - extension des FM
 - angine maligne ou submaligne
 - paralysie et myocardite
 - guérison avec convalescence longue

Formes compliquées

- Extension de l'infection:
 - *localement(extension des fausses membranes, angines malignes ou sub-malignes)
 - *à distance
 - *Paralysies
 - *Myocardite
- Autres: encéphalite, hémiplégie, cpc rénales, infection de décubitus

Formes cliniques

1- formes symptomatiques:

- Formes atypiques
- Formes graves: la fausse membrane très extensive tapisse le fond de la gorge pouvant simuler un phlegmon bilatéral des amygdales,
- Angine maligne :
 - * **Malignité locale** : L'haleine est fétide, les fausses membranes sont épaisses, 'cou proconsulaire". L'écoulement nasal devient hémorragique

Formes cliniques

1- formes symptomatiques:

Malignité générale : toxique

- Rénale : hématurie, protéinurie, insuffisance rénale
- Hématologique : syndrome hémorragique
- Cardio-vasculaire : hypotension artérielle, dyspnée, cyanose, troubles électriques (trouble du rythme, de la conduction et de la repolarisation)

Formes cliniques

1- formes symptomatiques:

Malignité générale :

*Syndrome précoce de Marfan : 7 jours après le début, une paralysie du voile (reflux des liquides par le nez), le symptôme essentiel est la myocardite

*Syndrome tardif de Grenet et Mezard (35ème jour) : paralysie de l'accommodation, du voile, suivie par une polyradiculonévrite ascendante

2-formes topographiques:

- « Croup » localisation laryngée
- Rhinite diphtérique
- La conjonctivite diphtérique
- L'otite diphtérique
- La diphtérie cutanée

Les Formes Complications

- **Les Paralysies :**

- *Vélo-palatine Signe de Rideau souvent associée à une bronchopneumonie d'inhalation.

- *D'accommodation :

- *Larynx et pharynx :

- * Nerfs crâniens :

- *Paralysie des membres inférieurs :

Les Formes Complications

- Myocardite : Fréquente, grave, débute 5ème-10 jours, d'autant plus grave qu'elle apparaisse précocement,.
- Encéphalite, Hémiplégies, Complications rénales et les infections de décubitus:

Diagnostic

- Interrogatoire:

- *notion: d'épidémie, contagé

- *absence de: vaccination, rappel

- Clinique:

- *aspect de la gorge

- *signes d'imprégnation toxinique

En pratique toute angine à fausse membrane doit poser le diagnostic d'une diphtérie jusqu'à preuve du contraire, sans attendre les résultats bactériologiques, la sérothérapie doit être administré en urgence

- **Biologie:**

- *élément de présomption:

- FNS: Anémie

- ECG: signes de myocardite

- *élément de certitude:

- Prélèvement rhinopharyngé

- correct FM(pince)→ adressé rapidement
au laboratoire 5(ED, Culture, Multiplex)

- Recherche de la

- toxinogénèse: gène tox par PCR , le test
Elek

- La sérologie : à 10 et 115 de TRT

Diagnostic différentiel:

- MNI
- Angine streptococcique
- C.haemolyticum
- F M unilatérale:
 - *angine de vincent
 - *chancre de l'amygdale
- Croup: virose, candidose, corp étranger
- Neuropathies périphériques: botulisme, syphilis, poliomyélite....

Traitement

- Moyens

1/Traitement curatif

*Sérothérapie: en urgence au moindre doute

-en Algérie :selon le caractère **bénin** ou **malin** de la maladie

- Chez l'enfant : 2000- 5000 UI/ Kg
20 000- 40 000 UI
- Chez l'adulte : 40 000- 100 000 UI.

Traitement

- Selon le CMIT 2020:

- Atteintes larynogopharyngées : 250-500UI/Kg
- Diphtéries sévères : 1000-2000 UI/Kg (maximum 100000UI)

Traitement

*ATB action spectaculaire sur les fosse membranes

Amoxicilline : 3g/j en 03 prises en chez l'adulte et 100 mg/kg/j chez l'enfant pendant 14 jours

En 2éme intention : Pénicilline G : 2millions d'U/j en 2 injections /J chez l'adulte et 100000UI/Kg /j en 2 injections pendant 14 jours

Traitement

En cas d'allergie un macrolide

- Érythromycine : 50mg/Kg/j chez l'enfant
,2g/j chez l'adulte en 2 prises pendant 14
jours (03 à 05 jours pour l'azithromycine)

2/ Traitement symptomatique :

- Isolement du malade ; Repos strict au lit
- Éviction obligatoire
- Équilibre hydroélectrolytique
- Alimentation par voie parentérale en cas de PVP et de croup
- O₂ thérapie, libération des voies aériennes (intubation voire trachéotomie).

2/ Traitement symptomatique :

- Tonicardiaques, sonde d'entraînement électro-systolique endocavitaire
- Traitement de l'insuffisance rénale
- Soins de nursing
- Vitaminothérapie B6- B12 dans les paralysies
- Héparinothérapie préventive

- **Indications:**

- *Angine commune:**

- Sérothérapie
 - ATB thérapie
 - Repos au lit min 2 S
 - Régime semi-liquide

- *Angine maligne:**

- Sérothérapie
 - ATB en perfusion
 - Maintien des grandes fonctions de l'organisme, équilibration hydro électrolytique et nutritionnelle

***Croup laryngé**

- Séro+vaccin+ATB
- Mise au calme
- Humidification de l'air
- Alimentation orale suspendue
- 2-8mg de dexaméthasone toutes les 03h
- En cas d'échec intubation.
- 02 cultures négatives à 24h d'intervalle

Isolement respiratoire maintenue jusqu'a 2 prélèvements de gorge négatif à la fin de traitement (j15 et j 16)

Prophylaxie

- **Patient:**

- Isolement respiratoire jusqu'à négativation des prélèvements
- Désinfection des objets car le germe est très résistant
- Déclaration obligatoire

• **Entourage**

- Dépistage et TRT des sujets contacts (Péni V, érythromycine pdt 07 j)
- Les sujets contacts non vaccinés 5000UI +vaccin
- Les sujets vaccinés > 10ans rappel 1/10° pour limiter les réactions de sensibilisation antérieure

- **Prévention collective**

Vaccination selon le calendrier vaccinal,
l'immunité s'abaisse avec le temps :

titre protecteur > 0,10 UI

CI: -Maladie grave, évolutive

- Infection

- Grossesse

- Déficit immunitaire

Conclusion

- Maladie **grave**, malgré les progrès thérapeutiques
- Mortalité reste élevé en rapport avec l'atteinte myocardique
- Le maintien d'un haut niveau d'immunité par **la vaccination** demeure le seul garant de contrôle de la maladie

□ Abrégé des Maladies Infectieuses

noradoumandji@yahoo.fr