

Infections à streptocoques

Faculté de médecine d'alger
Maladies infectieuses
Année 2019 2020

Sommaire

Introduction

Rappel bactériologique

Aspects cliniques

Diagnostic

Traitements

Introduction

- Les streptococcies sont toujours très fréquentes en algérie
- Les formes cutanéomuqueuses sont majoritaires ++ Souvent bénignes
- La gravité est liée aux complications possibles cardiaques ou rénales ++
- Les streptococcémies post puerpérales ou post chirurgicales sont devenues très rares
- Le traitement antibiotique à base de pénicilline reste toujours actif sur les streptocoques du groupe A

Rappel bactériologique

- Les streptocoques groupables : Lancefield
18 sérogroupes
A – H et K – T
- Le streptocoque **groupe A (SGA)**
le plus svt en cause en pathologie humaine
réservoir pharyngé
transmission aérienne
- Streptocoques groupe C, G angines et infections vaginales
- Streptocoque groupe B :pharynx ,App génital et TD (endométrite, infections néonatales)
- Streptocoques D hôte du TD (endocardites +++)
- Streptocoques ingroupables :oropharynx et TD
- Sécrètent des enzymes et des toxines hémolysines streptolysines streptokinases et toxines érythrogènes

Formes cliniques

infections invasives : endocardites , bactériémies , pneumopathies , pleuresies, arthrite septique, ostéomyélite, méningites , et autres localisations

infections non invasives :
angines +++
lésions cutanées : scarlatine , érysipèle impétigo
intertrigo cellulites

Les complications non suppuratives tardives : RAA; GNA ;
chorée de sydenham et érythème noueux

streptococciesz cutanées

L'erysipele

Dermo épidermite aiguë localisée

Siège membres inférieures et la face

L'erysipele de la jambe : 90 % des cas

placard érythémateux tendu douloureux chaud à bords nets fébrile T élevée 39 à 40 unilatérale

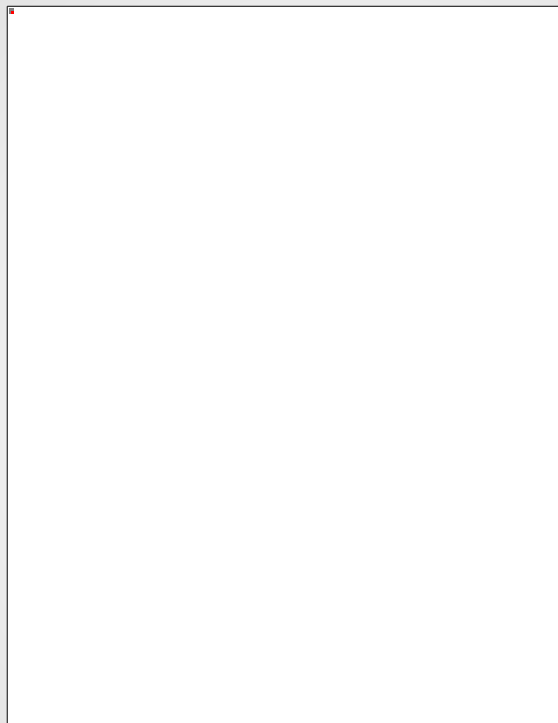
le bourrelet périphérique est rare

- le placard se recouvre parfois de vésicules ou de phlyctènes
- Signes de gravité : nécrose , anesthésie locale , douleur intense et signes de sepsis sévère
- Recherche de la porte d'entrée + + +
- Parfois ADP satellite et lymphangite associée

Volontiers **récidivant**

facteurs de risque : lymphoedème , insuffisance veineuse ,
obésité

Porte d'entrée : intertrigo inter orteils ,
ulcère de jambe ,
plaie traumatique





Intertrigo interorteil

L'erysipele de la face

beaucoup plus rare

- Plaque œdémateuse , érythémateuse , inflammatoire de la face , bien limitée en **périphérie par un bourrelet**
- Parfois lésions bilatérales **en ailes de papillon** ou **en lunettes**
- L'évolution est favorable sous pénicilline

Erysipèle diagnostic et évolution

- Clinique +++
- Biologiquement syndrome inflammatoire
Evolution : favorable en 8 – 10 j ss trt
- Les complications systémiques : très rares
- La récurrence +++ : persistance de la porte d'entrée
insuffisance veineuse et lymphatique décompensation de tares
les formes récidivantes prophylaxie recommandée par
Hygiène minutieuse trt des portes d'entrée possibles le contrôle du poids et
trt de l'insuffisance lymphatique et veineuse si échec 2.4 M U
déextencilline toutes les deux semaines

L'erysipele traitement

- L'hospitalisation est parfois nécessaire
- ATB +++
- La pénicilline G 12 – 24 millions /j perfusion
- L'amoxicilline 50 – 100 mg /kg/j
- Passage a la voie orale dès apyrexie avec l'amoxicilline
- Si allergie macrolides ou synergistines
- 10 – 20 jours
- Repos au lit
- **Pas d'AINS**
- Anticoagulants si facteurs de risque si facteur de risque
- En cas de récurrence : prise en charge des facteurs favorisants ,bandes de contention , ATB au long cours (extencilline)

Autres streptococcies cutanées

impétigo

très fréquent

Enfant ++ et siège au visage et aux membres

Lésions vésiculo pustuleux se recouvrent de croûtes mélicériques prurigineux

Autoinoculation par grattage laisse des cicatrices dyschromiques

Intertrigo

La plus fréquente se localise aux plis récidivant volontiers

lésion érythémateuse parfois douloureux et cuisant

Atres ecthyma parakératoses sèches

La scarlatine (fièvre écarlate)

- Toxi-infection d'origine pharyngée , contagieuse , enft d'age scolaire
- Streptocoque A +++ rarement strepto du groupe C ou G
- Production d'exotoxines pyrogènes Erythrogenes
- Immunité acquise spécifique du type de la toxine
- PE : angine +++
infection cutanée ou gynécologique
- Incubation : 2 – 5 jours
- Contagiosité : 24 H avant le début des signes , transmission/voie respiratoire

FORME CLASSIQUE

- Début : brutal
fièvre 39° - 40° , frissons
douleurs pharyngées et abdominales
vomissements
ex clinique : angine très rouge érythémateuse ou
érythématopultacée
ADP rétromandibulaires douloureux

La scarlatine

- La phase d'état : 24 – 48 H après

- exanthème + énanthème

1- l'exanthème :

d'abord thorax et racine des membres puis s'étend en 1 – 2 j sur le tronc et les membres jusqu'aux extrémités , en nappe , sans i avec un fin piqueté rouge (peau de chamois) qui s'efface à la vitropression

Parfois aspect purpurique aux plis de flexion et aux points de frottement

Prurit modéré

La peau est sèche ,chaude avec impression de granité

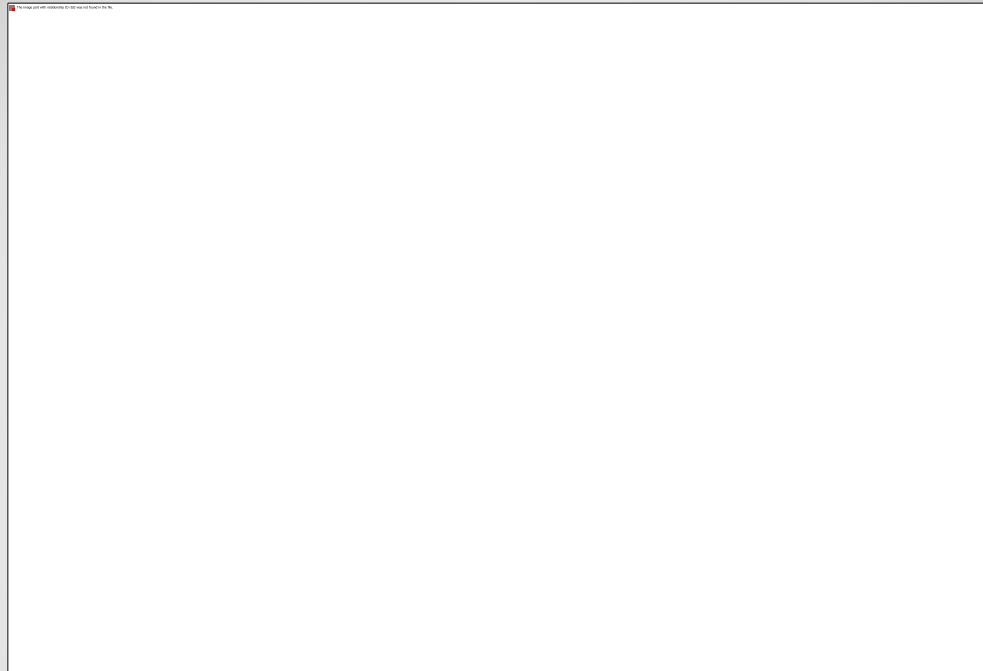
Aspect souffleté du visage

L'exanthème s'atténue 6ème jour et desquame 8 – 30 ème j

Les squames sont fines au niveau du visage et du tronc et plus larges aux extrémités → desquamation en doigts de gant ou en lambeaux



L'exanthème



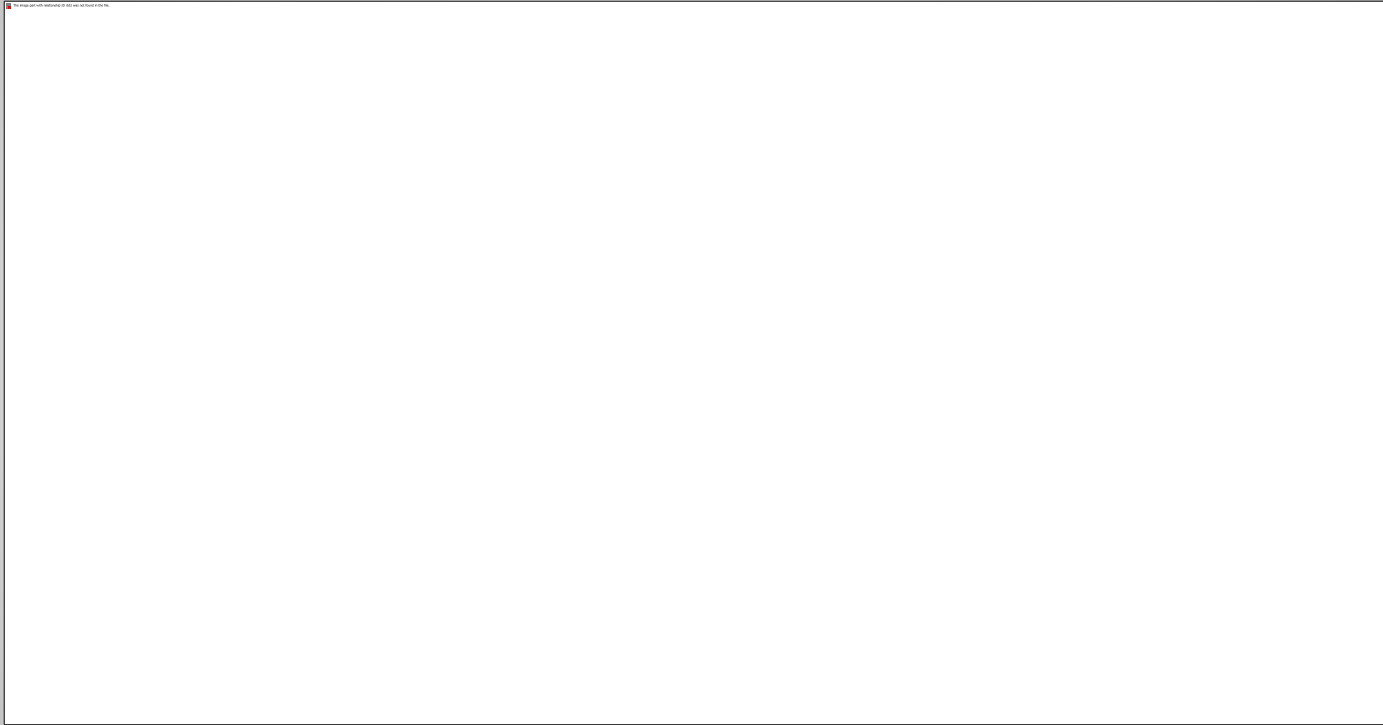
L'exanthème



L'exanthème

The image cannot be displayed. Your computer may not have enough memory to open the image, or the image may have been deleted. Restart your computer and open the file again. If the red x still appears, you may have to delete the image and then insert it again.

Desquamation en doigts de gants



Desquamation en doigts de gants

La scarlatine

2- l'énanthème

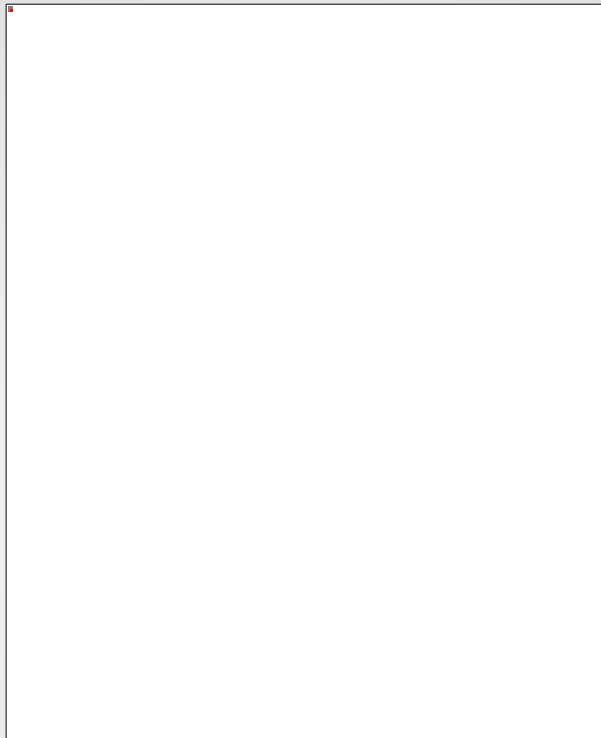
→ l'angine à streptocoque

→ le cycle de la langue évoluant en 14 jours

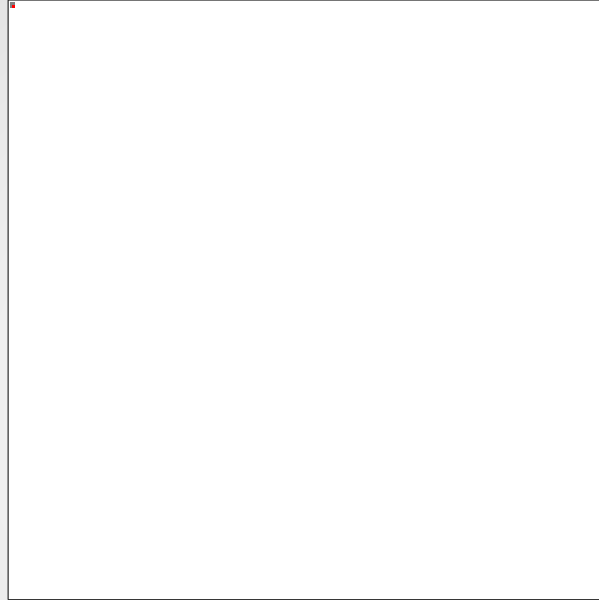
saburrale → desquamation de la périphérie vers le centre

→ le V lingual → framboisée vers le J6 → lisse au J9

→ normale au J 14



Le V lingual



Langue framboisée

La scarlatine

AUTRES FORMES CLINIQUES

- Formes frustes → l'énanthème reste caractéristique
- Formes à point de départ extrapharyngé (post-op et obstétrical, sans angine, avec signes toxiques)
- Formes malignes → tableau de choc toxique streptococcique
fièvre + hypotension + atteinte multi viscérale

La scarlatine diagnostic

- **Essentiellement clinique** : éruption au cours d'une angine
- Formes frustes → évolution de **l'enantheme**
- Test dg rapide : mise en évidence du strepto ds la gorge
- Dg différentiel avec les autres causes des éruptions fébriles (virales et médicamenteuse)

Scarlatine / traitement

- Antibiothérapie : est celle de l'angine streptococcique
pénicilline inj ou orale 10 jours
amoxicilline
si allergie macrolide
- Eviction scolaire 48 heures après mise en route des ATB
- Formes sévères avec choc prises en charge en réanimation

Les syndromes post-streptococciques

- Rhumatisme articulaire aigu (RAA)
- Glomérulonéphrite aigue
- La chorée de Sydenham
- L'erythème noueux

Le rhumatisme articulaire aigu RAA

- incidence ↓ pays développés mais reste fréquent dans les pays sous DVP
- risque de RAA après une angine non traitée n'existe qu'entre 4 – 25 ans
- facteurs de risque de RAA : ATCD de RAA
angines multiples SGA
pays endémique
conditions socio-économiques ↓

Le RAA

Les manifestations cliniques du RAA

1-atteinte articulaire :

classiquement → grosses articulations → **polyarthrite**
migratrice

chaque poussée s'accompagne de fièvre

parfois oligo- ou monoarthrite avec inflammation locale
faisant discuter le dg d'arthrite purulente ou réactionnelle

parfois simples arthralgies

la durée spontanée d'évolution des signes articulaires
est 1 mois

Le RAA

2-atteinte cardiaque :

60 – 70 % des cas

fait toute la gravité de la maladie

au cours de la 1ere semaine d'évolution de l'arthrite

- l'atteinte endocardique : souffle d'insuffisance plus souvent mitrale qu'aortique , un rétrécissement mitral est possible apres plusieurs semaines d'évolution
- L'atteinte myocardique → insuffisance cardiaque de mauvais pronostic
- L'atteinte péricardique : signes électriques et écho-cardio

Le RAA

3- signes cutanés

- **Nodosités sous cutanées de MEYNET** : faces d'extension des grosses articulations , fermes , indolores , qq mm à 2cm
- **Erythème marginé** : macules rosées plus pales au centre , siégeant au niveau du tronc et de la racine des membres

Le RAA diagnostic

- Les critères de Jones :
ASLO ↑ preuve d'une infection streptococcique récente , prélèvement de gorge positif à SGA)
- Avec deux critères majeurs
ou un critère majeur et deux critères mineursmineurs

Le RAA diagnostic

critères de JONES

Critères majeurs	Critères mineurs
Polyarthrite	Arthralgies
Cardite	Fièvre
Erythème marginé	ANTCD de RAA
Nodules de MEYNET	Elévation de la VS ou de la CRP
Chorée de SYDENHAM	Allongement de l'espace PR à l'ECG

Le RAA traitement

- Repos au lit : trois semaines
- Formes sévères avec cardite :
 - prednisone 2mg/kg/ j 3 – 4 semaines
si VS nle une semaine ↓ progressive sur 15 j
- Formes frustes : acide salicylique
- PENICILLINE V 100000 ui /kg/j chez l'enfant
2 millions ui /j chez l'adulte
10 jours
si allergie macrolide
- trt prophylactique : extencilline /21 j

Chorée de SYDENHAM

- Peut paraître isolée
- Plusieurs mois après l'angine
- Doit faire rechercher une atteinte cardiaque
- Mouvements involontaires , désordonnés , anarchiques , diffus bilatéraux
- Régresse spontanément en quelques mois

Glomérulonéphrite aiguë post streptococcique

- 10 j – 3 semaines après l'infection streptococcique
- Souvent cutanée que pharyngée
- Fièvre / douleurs abdominales /vomissements
- Œdèmes des paupières puis du visage et des membres inférieurs
- HTA souvent modérée , parfois insuffisance cardiaque , OAP ou encéphalopathie hypertensive

GNA diagnostic

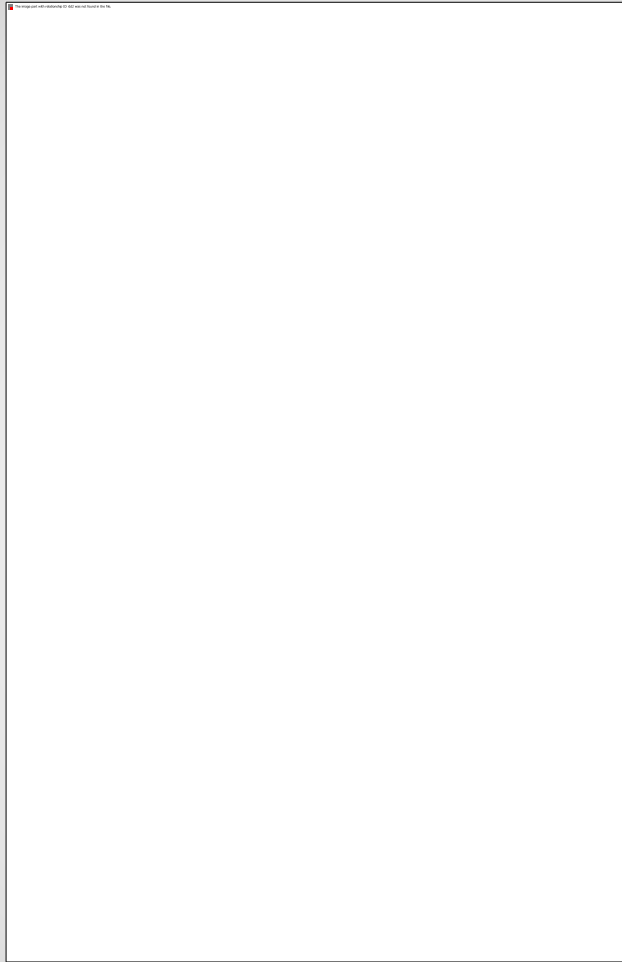
- Preuve d'infection strepto récente
- Insuffisance rénale
- Hématurie microscopique
- Protéinurie
- ↓ complément total et de sa fraction c3

GNA traitement

- Repos au lit
- Régime sans sel
- Trt de l HTA
- PENICILLINE V

Erythème noueux

- Dermohypodermite nodulaire
- Lésions inflammatoires et douloureuses enchâssées dans le derme
- Localisées aux membres inférieurs
- Plusieurs poussées
- Disparaissent en 10 – 15 j
- La peau en regard va évoluer suivant les stades de la biligénie



Erythème noueux

L'érythème noueux

- Diagnostic est clinique avec preuve d'une infection streptococcique (ASLO)
- Eliminer les autres causes d'érythème noueux ('tuberculose , sarcoïdose)
- Traitement : repos au lit AINS