

1/Introduction et définition

- La diphthérie : mot grec diphtheriae = membrane
- C'est une toxi-infection bactérienne hautement contagieuse
- Due au corynebacterium diphtheriae bacilles qui produisent une exotoxine
- Urgence diagnostic et thérapeutique
- Évoquer devant toute angine à fausse membrane
- Peu immunisante
- Touche le plus souvent les enfants
- **Grave** : caractère extensif des FM ☹️ complication toxinique , cardiaque, neurologique
- Déclaration obligatoire
- Prévention vaccinale

2/Épidémiologie

Agent causal :

Corynebacterium diphtheriae où bacille de klebs loeffler

- BGP
- En forme de bâtonnet groupés palissade ou en paquet d'épingle
- Secrète une exotoxine protéique
- Tropisme pour les cellules **nerveuses myocardique rénale**

Réservoir :

- L'homme ; malade convalescent et porteur sain +++

Contamination :

- Inter humaine
 - Aérienne : * Direct : par les gouttelettes de pflugge, on parle en toussant ou en cas d' éternuement
 - *Indirect : objet souillé par la salive
 - Cutanée.

**La maladie évit à l'état endémo-épidémique.

**Son incidence a considérablement diminué => vaccination.

3/Physiopathologie :

Pénétration => multiplication => fausse membrane extensive => exotoxine => cellule nerveuse , myocardique, rénale => décès.

4/Clinique :

- Forme typique : angine diphthérique commune de l'adulte non vacciné
- La plus fréquente et la plus typique
- **Incubation** : 2 à 7 jours
- **Invasion** : début insidieux
 - Fièvre 38° 38,5°
 - Malaise général ,céphalée ,dysphagie discrète
 - Abattement
 - Pâleur

* **Examen** : amygdale rouge tuméfié recouverte d'un enduit opalin blanchâtre facilement détachable semblable au blanc d' œuf => pellicule de bretonneau.

Notion de contagion et d'épidémie permet d'orienter le diagnostic.

- **Phase d'état** : le diagnostic évident.
- **Signes locaux** face interne des amygdales fausse membrane enduit épais brillant blanc nacré grisâtre à bord net bordé d'un liseré rouge **non oedématié et non hémorragie**.
 - Adhérente.
 - Cohérente.
 - Extensive.
 - Reproduisent rapidement après l'ablation.
- **Signes généraux** : fièvre, pâleur, abattement, tachycardie.
- **Signes locaux régionaux** : coryza séreux ou muco purulent, adénopathie rétro et sous-maxillaire **sans péri adénite**

Devant ce tableau d'angine à fausse membrane le diagnostic doit être évoqué en urgence conduisant à un prélèvement de gorge et le début du trt.

- **Évolution** :
 - **Sous traitement précoce et adapté** est favorable, surveillance + guérison 2 prélèvements négatifs à 8 jours d'intervalle.
 - **Sans traitement ou traitement tardif** : passage à la forme maligne et/ou survenue de complications.

5/Formes cliniques :

Angine diphtérique maligne :

- Début brutal
- **SG** : AEG, fièvre 39 - 40°C, tachycardie, hypotension DSH, pâleur, obnubilation
- **SF** : dysphagie+++ , dysphonie.
- **L'examen clinique** :
 - Bouche fissure et saignante entre ouverte, jetage séro-sanglant.
 - Signes locaux régionaux de malignité :
 - *** Fausse Membrane épaisse, irrégulière, grisâtre, d'odeur fétide envahissant le pharynx et la face interne des joues, reposant sur une muqueuse oedématiée et hémorragique.
 - *** Adénopathie bilatérale douloureuse avec Péri adénite.
- **Évolution** : souvent défavorable
 - **Sans traitement ou traitement tardif** : décès par asphyxie en quelques jours.
 - **Traitement précoce** : guérison mais les complications toxique cardiaque et neurologique possible dans les 2 à 3 mois

Diphtérie laryngée ou croup :

- Peut-être primitive d'emblée sans angine préalable
- L'enfant et le nourrisson évoluant en trois phases :
 - La toux rauque et la voix rauque
 - La toux rauque LA VOIX éteinte
 - La toux éteinte LA VOIX éteinte
 - Bradypnée inspiratoire bruyante puis – asphyxie
 - Tirage et cornage : la respiration devient rapide et inefficace conduisant à la mort

6/Formes compliquées :

- **Toxinique :**

1 /Syndrome malin à cause de Marfan (8 - 15) après le début - mortalité de 50 % dominé par

- **La myocardite** : plus fréquente et plus grave

**Clinique : tachyarythmie ,assourdissement des bruits du cœur, asystolie, insuffisance cardiaque aiguë.

**ECG : des troubles du rythme et de conduction auriculo-ventriculaire, trouble de la repolarisation.

**Risque permanent de décès brutal d'où la surveillance électrique est nécessaire

- Paralysie du voile
- Vomissement
- Syndrome hémorragique
- Insuffisance rénale

2 /Syndrome malin tardif de Genet et Mezart vers 50 jours jusqu'à 90 jours

- Dominé par la paralysie il s'agit de polynévrite sensitivo-motrice apparaissent selon un ordre chronologique
- Une paralysie du vélo palatine
- Une paralysie de l'accommodation
- Une paralysie des membres inf - sup
- Une atteinte des muscles respiratoires

7/Diagnostic positif :

Arguments epidemio clinique :

- Notion de contagé / épidémie
- Absence de vaccination
- Présence de fausses membranes associée à des signes généraux toxiniques
- Toute angine fausse membrane doit être considéré comme une diphtérie jusqu'à preuve du contraire

Les arguments biologiques :

- Mise en évidence de la bactérie au niveau des prélèvements de la gorge par écouvillonnage à la périphérie
- Examen direct et ensemencement sur milieu spécifique de loeffler au sérum de bœuf coagulé et identification du pouvoir toxinogène

8/Diagnostic différentiel :

Devant l' angine :

- mononucléose infectieuse mNI
- Autre angine

Devant un croup :

- Laryngite aiguë d'origine virale
- Pseudo croup à candida albican
- Corps étranger

Devant les neuropathie :

- Botulisme
- Syndrome de Guillain barrée
- PAA

9/Traitement :

Diphthérie est une urgence thérapeutique imposant l'hospitalisation

- But :
- Neutraliser précocement la toxine circulante
 - Éradiquer le foyer toxigène
 - Traiter les complications

Traitement curatif :

Sérothérapie :

- Toxine obtenue à partir du sérum de cheval hyperimmunisé serum hétérologue
- Elle neutralise la toxine circulante avant que celle-ci ne soit fixé au cellules
- **Dose :** - 2000 - 5000 U/Kg selon le caractère bénin ou malin de la maladie
 - Enfant (20 000 - 50 000) U
 - Adulte (60 000 - 100 000) U max : 120 000 U

Schéma : recommandé selon oMS

- **Dose** unique selon la méthode de Besredka.
- **Voie intraveineuse** dose à diluer dans le sang à 250 ml de SSI en 2 à 3h
- **Accident** réaction allergique choc anaphylactique cTC antihistaminique

Antibiothérapie:

- Pénicilline G 100 ui / kg / j
- Amoxicilline 3 g/jour chez l'adulte 100 mg / kg chez l'enfant
- **Durée :** de 14 jours
- **Si allergie :** macrolide pendant 14 jours azithromycine 3 à 4 jours
- **La vaccination :** par la toxine diphtérique et systématique j1 j3 j 15 (2 mois, 4 mois, 11 mois , 6ans, 13 ans, Chaque 10 ans.

Mesures symptomatiques :

- Isolement du malade
- Repos au lit
- Héparinothérapie préventiv
- oxygènehérapie
- Équilibre hydro-électrique
- Aspiration régulière
- CTC en cas de laryngite
- Intubation trachéotomie si menaces d'asphyxie
- Traitement digitalo diurétique atteinte cardiaque
- Traitement de l'insuffisance rénale EER

Prévention :

- Isoler le malade avec hospitalisation surveillance strict eCG bilan rénal
- Déclarer la maladie
- Dépistage et traitement des des porteurs sains par l'extencilline ou érythromycine pour une durée de 7 jours
- Assurer une vaccination
- 2 prélèvement de gorge a 8 jours d'intervalle doivent être négatif
- La vaccination reste le meilleur traitement
- Anatoxine souvent associé DT ou DTC (CI femme enceinte , infection aiguë déficit immunitaire).