

« LA DIPHTERIE »

Dr S. Inouri

Service des maladies infectieuses / HMRUC

C'est une toxi-infection très contagieuse à déclaration obligatoire due au *Corynebactérium diphteriae*, décrite en 1826, son incidence a diminuée dans les pays où l'immunité active par la vaccination est suffisante.

La diphtérie est une urgence diagnostique et thérapeutique.

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. **Agent causal** : *corynebactérium diphteriae* : bacille klebs loeffler, BGP, qui secrète une exotoxine protéique, neurotrope, au niveau du pharynx responsable du syndrome toxique général.

2. **Réservoir** : humain

- Malade
- convalescent *quint 1-2 RT*
- Porteur sain *++++*

3. **Contamination** : inter humaine directe par les gouttelettes salivaires, maladie très contagieuse *+++*. *280 cm*

CLINIQUE

1-**Forme typique** : angine diphtérique commune.

Début insidieux après une **incubation** 1-7 jours, marqué par :

- Fièvre $38^{\circ} - 38^{\circ}5C$.
- Malaise général. \rightarrow **FMAP**
- Abattement et pâleur.
- Examen : **amygdales** rouges tuméfiées recouvertes d'un **enduit opalin**.

Phase d'état : le diagnostic est évident

- **Fausses membranes** blanches nacrées ou grisâtres, bilatérales, fortement **adhérentes**, **cohérentes**, **extensives** envahissant les amygdales, le voile et luette en « doigt de gants » elles se **reproduisent** rapidement après ablation.
- **Signes généraux** : fièvre, râles, abattement, tachycardie.
- **Signes L. Régionaux** : coryza séreux ou muco-purulent .ADP retro et S. maxillaires mobiles, douloureuses sans peri-adénite.

Evolution sous traitement est favorable, sans traitement ou traitement tardif : passage à la forme maligne et ou survenue de complications.

2-Angine diphtérique maligne : caractérisée par :

- Un **début brutal**.
- $T^{\circ} = 39^{\circ} - 40^{\circ}C$.
- **Obnubilation**, prostration.

- Pâleur.
- Tachycardie, hypo TA.
- Signes locorégionaux : dysphagie+++ , dysphonie.

Bouche entrouverte, jetage séro sanglant, ADP volumineuse et douloureuse avec peri-adénite.

- FM : épaisses, irrégulières, grisâtres, d'odeur fétide envahissant le pharynx face interne des joues.

La muqueuse sous-adjacente est oedématiée et hémorragique.

Evolution : souvent défavorable :

- Mort par asphyxie en quelques jours.
- Parfois syndrome secondaire de l'angine maligne.

3-Autres formes :

- Angine peut être érythémateuse, pseudo-phlegmoneuse.
- Localisation laryngée ou croup surtout chez l'enfant et nourrisson évoluant en 03 phases, dysphonique, dyspnéique, puis asphyxiante.

Il faut retenir la localisation cutanée Elle complique souvent des lésions traumatiques sous-jacentes et réalise une ulcération cutanée recouverte de fausses membranes grisâtre

4-Complications : précoces ou tardives.

Les manifestations toxiques ne s'observent que si le bacille diphtérique est porteur de l'exotoxine. Trois atteintes sont à retenir :

- **La myocardite**, complication majeure de la diphtérie, Plus fréquente et plus grave . Elle débute avant le 10^{ème} jour. Elle se révèle par une tachycardie, une bradycardie, des palpitations, des lipothymies. L'électrocardiogramme systématique montre des troubles de conduction ou du rythme.
- **les paralysies périphériques**: paralysies vélo-palatines, les plus fréquentes, avant le 20^{ème} jour, paralysie des muscles respiratoires avec risque de détresse respiratoire, paralysies des membres tardives (après le 30^{ème} jour) réalisant un tableau de polyradiculonévrite bilatérale et symétrique.
- **l'atteinte rénale** (néphrite) avec protéinurie, hématurie et oligurie

III-DIAGNOSTIC :

1- Epidémiologiques :

- Notion de contagé, absence de vaccination.

2- Cliniques

- FM + signes généraux toxiques

Devant ces éléments évoquant la diphtérie : prélèvement pharyngé → traitement en urgence.

3- Paraclinique : confirmation du diagnostic, isolement du germe sur milieu de Loeffler et identification du pouvoir toxigène.

*Curatif:

Sérothérapie +++
 ATB +++
 Autres mesures

- Sérothérapie SAD : administré selon méthode Besredeka
 Posologie 2000 à 5000 UI/kg selon la gravité.

La mortalité de la diphtérie est de

- 0 % si le sérum est injecté le 1^{er} jour ;
- 4 % si le sérum est injecté le 2^e jour ;
- 11 % si le sérum est injecté le 3^e jour ;
- 17 % si le sérum est injecté le 4^e jour ;
- 20 % si le sérum est injecté le 5^e jour ou au-delà.

- ATB : Erythromycine : enfant : 50 mg/kg/j, adulte 2 g/j
 Peni G : enfant 100 000 UI/kg/j, adulte 2M ui /j.
 Durée : 10 jours.

- Autres mesures : repos au lit (21 jours) vaccination selon l'état vaccinal antérieur, traitement des complications :

Croup :

- Corticothérapie - Intubation ou trachéotomie

*Prophylaxie :

- MDO

- Prélèvement de gorge chez les sujets contacts (porteurs sains).
- Antibiothérapie : Extencilline ou Erythromycine Chez les sujets contacts

600 000 ui < 27 kg

1200 000 ui > 27 kg

- Vaccination :

Sujet vacciné < 01 an = pas de vaccin

Sujet vacciné > 01 an = rappel.