

BACTERIEMIE A STAPHYLOCOQUES

Prof. D.E ABDENNOUR

Faculté de médecine

Les septicémies à staphylocoques sont très fréquentes et constituent l'exemple type des septicémies thrombophlébitiques.

I. FORME SEPTICOPYOHEMIQUE DE L'ADULTE :

A. DEBUT : habituellement, il est remarquablement brutal, marqué par un ou plusieurs frissons intenses, solennels, suivis d'une ascension thermique à 40°C, voire plus.

L'altération de l'état général est toujours franche : alarmante : asthénie majeure, abattement ou agitation, anorexie totale. Des vomissements et de la diarrhée sont fréquents.

Les sueurs abondantes expliquent la déshydratation et l'oligurie.

Des signes cutanés (éruptions pustuleuses ou érythémato-pustuleuses) peuvent se voir.

B. PERIODE D'ETAT : presque d'emblée on entre dans la période d'état.

1. Signes fonctionnels : témoignent d'un syndrome général infectieux, fièvre élevée, oscillante ou en plateau, frissons intenses et répétés, langue sèche, signes digestifs : vomissements, diarrhée, subictère.

2. Examen clinique : confirme l'infection en montrant : un abdomen météorisé+++ , une splénomégalie discrète.

Et oriente vers le diagnostic en mettant en évidence : une éruption pustuleuse ou ecchymotique et des foyers pulmonaires, associés ou non à une atteinte pleurale.

C. RECHERCHE DE L'ETIOLOGIE STAPHYLOCOCCIQUE :

Anamnèse :

1. notion de portes d'entrée : Elles sont multiples et leur recherche est indispensable pour les prélèvements bactériologiques et très utile pour le diagnostic. Elles sont souvent cutanées : furoncle, plaie ou autres lésions cutanées infectées, abcès, panaris, anthrax, avortement ou accouchement septique, cathéter infecté...Parfois il s'agit d'une infection cutanée minime, cicatrisée au moment ou apparaît la septicémie. D'autres portes d'entrée sont rares mais possibles.

2. Terrain : diabète, éthylisme et tous les sujets sous traitement corticoïde ou immunodépresseur.

3. Examens complémentaires :

- NFS : hyperleucocytose avec polynucléose.

- Hémoculture lors d'un frisson, à répéter 3 à 4 fois avant toute antibiothérapie.

- Prélèvements de porte d'entrée, de selles, urines, expectorations.

4. Localisations métastatiques : elles constituent une des caractéristiques de la bactériémie à staphylocoques. Elles peuvent être parfois latentes et à rechercher systématiquement. Les plus fréquentes sont :

- Les localisations cutanées et sous cutanées : c'est l'apanage des formes graves. Au début ce sont de simples macules, bientôt centrées par une vésicule qui se transforme en bulle à contenu purulent. Leur siège électif se situe au niveau des pieds et des mains.

Parfois, il s'agit de purpura, de placards érysipélateoïdes, exceptionnellement d'abcès sous cutanés.

- Localisations respiratoires : l'examen clinique peut être insuffisant pour les dépister et la pratique itérative de radiographies du thorax est indispensable. Elles sont : *soit pulmonaires* : abcès miliaires, infiltrat unique ou multiple, parfois image triangulaire d'un infarctus, images bulleuses à contours nets, de volume très variable d'un examen à l'autre, siégeant souvent au sein de l'opacité de l'infiltrat, enfin image d'un abcès, cavité à niveau liquidien.

Soit pleurales :

- Rares chez l'adulte, l'épanchement est exceptionnellement purulent.
- Le plus souvent il s'agit d'une pleurésie sérofibrineuse riche en polynucléaires plus au moins altérés et en staphylocoques.
- Parfois c'est un pneumothorax ou un pyopneumothorax à début dramatique et asphyxiant par rupture d'une bulle, plus rarement d'un abcès et dont le drainage chirurgical d'urgence peut s'imposer afin de rétablir une situation ventilatoire correcte.

- Localisations ostéoarticulaires et musculaires :

- Au niveau des membres : c'est l'ostéomyélite classique, de siège diaépiphyse ou diaphysaire (adulte). La douleur circonscrite au niveau des membres évoque cette complication et fera guetter l'apparition de signes radiologiques dont on connaît le caractère retardé.

- Au niveau du rachis, le plus souvent rachis lombaire. Cette atteinte localisée est révélée par des rachialgies à irradiations radiculaires et exagérées par la toux et le mouvement. Cliniquement on note une contracture para vertébrale et une douleur localisée à la pression. La surveillance doit redoubler d'attention devant une telle symptomatologie : le risque d'épidurite ou l'abcès intra canalaire comprimant brutalement la moelle est indiscutable.

- Au niveau des articulations : c'est un épanchement sérofibrineux, plus rarement purulent, touche en règle les grosses articulations.

- Enfin les myosites suppurées sont possibles.

- Localisations urogénitales : il peut s'agir

- D'un abcès rénal unique ou d'abcès multiples évoluant à bas bruit vers le phlegmon péri néphrétique.

- D'un abcès prostatique et prostatite (dysurie, rétention).

- Les autres localisations : sont plus rares et moins spécifiques.

- Localisation cardio-vasculaire : notamment greffe endocarditique qui survient le plus souvent sur un terrain déjà porteur d'une cardiopathie (acquise ou congénital).

- Localisation neurologique souvent secondaires à des lésions vertébrales très graves. Il peut s'agir de méningite, d'abcès du cerveau...

D. EVOLUTION :

1. Suivie sur la courbe thermique, la VS, la FNS, les hémocultures répétées, les examens cliniques quotidiens, qui permettront de découvrir un foyer infectieux latent.
2. L'évolution sous antibiotique : en règle favorable
 - Retour de la T° à la normal.
 - Disparition des métastases bactériennes.
 - Hémocultures négatives.
 - Normalisation de la FNS.

II. FORMES CLINIQUES :

1. En fonction du siège de la porte d'entrée : la staphylococcie maligne de la face et la forme purpérale ont une physionomie particulière.
 - La staphylococcie maligne de la face :

Complication potentielle du furoncle de la lèvre supérieure. La maladie succède à une folliculite ou surtout à un furoncle de l'aile du nez, de la lèvre supérieure, du sillon nasogénien, soumis très souvent à un grattage intempestif. Dans la forme typique érysipéatoïde, on voit alors se transformer rapidement la lésion initiale en un placard rouge et violacé, qui l'entoure et bientôt la masque. Cette tuméfaction est dure, mal limitée, simulant l'érysipèle streptococcique, mais n'en possédant ni la topographie, ni la dureté classique, ni le bourrelet. Elle est parsemée de pustulettes.

La palpation montre que l'induration déborde le placard, formant des cordons durs le long des trajets veineux. Il existe des ganglions gros et douloureux. Dans des délais assez courts, s'installent l'œdème des paupières, le chémosis, la protrusion unilatérale puis bilatérale des globes oculaires, très habituellement provoquée par la thrombophlébite des sinus caverneux. A un stade de plus, les paralysies oculaires et la réaction méningée complètent le tableau. A ces signes locaux se juxtaposent très vite des signes généraux d'une bactériémie grave avec frissons, hyperthermie majeure, pouls petit, agitation et délire, oligurie et enfin coma terminal.

- Forme puerpérale : succède de nos jours à un avortement plus qu'à un accouchement. L'évolution est

toujours grave. Parfois intérêt du curetage ou hystérectomie.

2. En fonction de l'âge : la forme du nourrisson

- Il s'agit le plus souvent de la forme septicopyohémique à localisation pleuro-pulmonaire prédominante. Celle-ci est caractérisée par des lésions bulleuses volumineuses, souvent multiples, variable d'un jour à l'autre, toujours susceptibles de se rompre à la plèvre, réalisant alors un syndrome asphyxique bruyant par pyopneumothorax ou pneumothorax aigu.

- On peut voir encore des localisations ostéo-articulaires de siège électif au niveau de la hanche ou du maxillaire supérieur et à symptomatologie relativement latente.

3. Septicémies à staphylocoques post opératoires ou après cathétérisme :

- Post-opératoire : complications dues à des staphylocoques dorés pathogènes. Mais de plus en plus dues aux staphylocoques « blancs ».

Caractères communs :

- Interventions comportant la mise en place de prothèses+++.
- Symptomatologie discrète.
- Hémocultures : staphylococcus albus epidemidis (plusieurs hémocultures).
- Après cathétérisme : complication gravissime d'un geste considéré habituellement comme bénin.

Staphylocoques pathogènes, souvent polyrésistants. car recrutés parmi la flore hospitalière.

A. Diagnostic positif :

- Il est purement bactériologique et repose sur l'hémoculture. Le résultat est positif en 24 à 48 h. Etudier l'antibiogramme.

III - TRAITEMENT :

La sensibilité des staphylocoques est en constante évolution, notamment celle des souches d'origine hospitalière. La prescription des anti staphylococciques doit s'appuyer sur l'étude de leur sensibilité in vitro.

Les pénicillines M (oxacilline) sont le traitement de référence des staphylocoques methi-S.

L'antibiothérapie initiale est décidée sur le caractère communautaire ou hospitalier de l'infection mais aussi de la nature de la porte d'entrée ainsi que de certaines métastases. Elle sera éventuellement modifiée en fonction des résultats de l'antibiogramme. On choisit en première intention l'oxacilline

associée à la gentamicine ou à une fluoroquinolone par voie générale. En cas de résistance à l'oxacilline ou d'infection d'emblée hospitalière, on peut utiliser par exemple et en fonction des disponibilités en pharmacie, la vancomycine associée à la gentamicine ou à l'amikacine ou à une céphalosporine de troisième génération, ou bien la fosfomycine. Il faut utiliser la voie parentérale et traiter pendant trois à quatre semaines ou même six semaines en cas d'endocardite. Le traitement symptomatique visera à corriger les troubles hydro-électrolytiques et métaboliques éventuels et à sauvegarder toute fonction vitale qui se trouverait menacée.

Un geste chirurgical peut trouver son indication pour traiter soit une porte d'entrée soit une localisation métastatique (drainage d'abcès...).