

DIPHTERIE

SERVICE DES MALADIES
INFECTIEUSES
Pr BOULAKEHAL

INTRODUCTION

- C'est une **toxi-infection** très **contagieuse** à déclaration obligatoire due au **Corynebacterium diphthériae**, son incidence a considérablement diminué dans les pays où l'immunité active par la vaccination est suffisante
- Urgence trt et dgic
- Gravité: * caractère extensif des fausses membranes
* toxine
- L'Algérie a connu au cours de ces dernières années une réapparition de la diphtérie en rapport essentiellement avec une insuffisance de la couverture vaccinale (épidémie 1994)

EPIDEMIOLOGIE

- Agent causal : **corynebactérium diphthériae**, bacille klebs loeffler, BGP, qui secrète une exotoxine après lysogénisation par un phage beta porteur du gène de la toxine
- Cellules nerveuses, myocardiques et rénales
- Réservoir : **humain**
 - Malade
 - Convalescent
 - Porteur sain
- Contamination : inter humaine directe par les gouttelettes pflugge, PE extra respiratoire (cutanée)

PHYSIOPATHOLOGIE

- Pénétration → multiplication → Fausses Membranes extensives → exotoxine
- cellules nerveuses, myocardiques , rénales
- décès

CLINIQUE

F. typique : angine diphtérique commune

- Fréquente
- **Début** insidieux après une incubation 7 jours
- Fièvre 38° - 38°5C
- Malaise général
- Abattement et pâleur
- Examen : amygdales rouges tuméfiées recouvertes d'un enduit opalin

Notion de contagion et d'épidémie → orientation diagnostic

CLINIQUE

Phase d'état : le diagnostic est évident

- Fausses membranes blanches nacrées ou grisâtres
- fortement adhérentes, cohérentes, extensives envahissant les amygdales, le voile et la luette en « doigt de gants » elles se reproduisent rapidement après ablation
- Signes généraux : fièvre, pâleur, abattement, tachycardie
- Signes L. Régionaux : coryza séreux ou muco-purulent, ADP retro et S. max mobiles, douloureuses et sans péri-adénite.
- Evolution sous traitement est favorable, sans traitement ou traitement tardif : passage à la forme maligne et ou survenue de complications.

FORMES CLINIQUES

Angine diphtérique maligne:

- **Début brutal**
- T° = 39° - 40°C.
- AEG
- Obnubilation, prostration
- Pâleur
- Tachycardie, hypo TA
- Signes locorégionaux : dysphagie+++ , dysphonie.
- F M : épaisses, irrégulières, grisâtres, d'odeur fétide envahissant le pharynx et la face interne des joues
- La muqueuse sous-adjacente est oedématisée et hémorragique.
- ADP avec péri-adénite : cou-proconsulaire

FORMES CLINIQUES

Evolution de l'angine diphtérique maligne: souvent défavorable :

- Sans traitement ou traitement tardif : décès par asphyxie en quelques jours.
- Traitement précoce: guérison mais les complications toxiques cardiaques et neurologiques possibles dans les 2-3 mois.

FORMES CLINIQUES

- Angine peut être **érythémateuse** ou **pseudo- phlegmoneuse**
- **Localisation laryngée** ou croup surtout chez l'enfant et nourrisson évoluant en 03 phases
 - Toux rauque et voix rauque
 - Toux rauque et voix éteinte
 - Toux éteinte et voix éteinte,
 - Bradypnée inspiratoire bruyante puis asphyxie
- Localisation cutanée ou nasale
- **Forme compliquées** : Complications peuvent être précoces ou tardives (30ème – 40ème j)

FORMES CLINIQUES

- Syndrome précoce de Marfan: 7^e j après le début de l'angine paralysie du voile, vomissements, syndrome hémorragique, myocardite, IRA
- Syndrome malin de Grenet et Mezart vers le 36^{ème} jours débute par une paralysie de l'accommodation, une paralysie du voile, polyradiculonévrite ascendante, atteinte resp, régression sans séquelles (52^e j)
- Myocardite : Plus fréquente et plus grave de traduction seulement ECG parfois clinique et ECG : tachyrythmie, tachycardie, assourdissement des bruits du cœur, asystolie et a l'ECG des troubles du rythme, et de conduction

FORMES CLINIQUES

- **Paralysies :**
 1. Paralysie Vélo palatine ++
 2. Paralysie Pharynx et larynx
 3. Paralysie Muscles respiratoires
 4. Paralysie l'accommodation
- Atteinte rénale : néphrite

DIAGNOSTIC

- **Arguments cliniques et épidémiologiques**
 - Notion de contagé, absence de vaccination
 - Présence de FM associées à des signes généraux toxiques

**Devant ces éléments évoquer la diphtérie
prélèvement pharyngé traitement en urgence**

DIAGNOSTIC

Biologique :

- **Prélèvement de gorge:** Ecouvillon
- **Ex direct et ensemencement** sur milieux de spécifiques (Loeffler) et identification du pouvoir toxinogène (test d'Elek)
- **CNR: identification , recherche du gène de la toxine**

DIAGNOSTIC DIFFERNTIEL

- **MNI :**
 - FM: amygdales
 - ADP diffuses
 - SPM
 - Eruption
 - Absence de corysa
 - syndrome mononucléosique, MNI test

TRAITEMENT

Curatif

- Urgence
- Anatoxinothérapie + ATB
- Sérums antidiphthérique équin: selon la gravité **20 000 à 100 000 UI**, selon **Besredeka**
- Amoxicilline: enfant 100mg/kg/j, adulte 3g/j
- Penit G : enfant 100 000 Uj/kg/j, adulte 2M/j
- Erythromycine : enfant : 50 mg/kg/j, adulte 2 g/j
- Voie IV puis relais
- Durée : 10 jours.
- Autres mesures : **isolement du malade, repos au lit (21 jours)**, vaccination quelque soit l'état vaccinal antérieur (1ml le 1^{er}, 3^e et le 15^e j), traitement des complications :
 - Corticothérapie en cas de laryngite
 - Intubation ou trachéotomie en cas extension de FM et d'asphyxie
 - TRT digitalodiurétiques ou sonde d'entraînement électrosystolique en cas de myocarde

TRAITEMENT

Prophylaxie collective

- Vaccination obligatoire: nourrisson selon le calendrier
- Professionnels de santé tous les 10 ans

Prophylaxie individuelle

- Dépistage et TRT des sujets contacts (si + comme le patient source)
- Vaccination : sujet non vacciné
- Vaccination < 5ans : immunité suffisante
- 5ans < vaccination > 10 ans : 1 rappel
- 10ans < vaccination > 20 ans : 2 injections à 1mois d'intervalle.
- Pas de vaccination ou vaccination > 20 ans : protocole complet