

## Infection à streptocoque

- On a 2 types de pathologie :
  - Pathologies suppuratives : par le germe lui-même (ex : abcès)
  - Pathologies non suppuratives : par la toxine du germe, syndrome post streptococcique (ex : RAA, glomérulonéphrite post streptococcique, érythème noueux) avec mécanisme immunopathologique.
- Bactériologie :
  - On a 18 types de streptocoques classés de A→H et de K→T. (les streptocoques groupables)
  - En pathologie humaine, les streptocoques les plus fréquents sont : streptocoques A « le + virulent »-B-C-G.
- Classification de LANCEFIELD :
  - Qui groupe les streptocoques dits groupables et non groupables « PSK ils n'ont pas le peptide C ».
  - Ces streptocoques secrètent :
    - ✓ Des toxines érythrogènes qui sont responsables de la scarlatine.
    - ✓ Des streptolysines O et S qui sont responsables d'une hémolyse.
    - ✓ Une hyaluronidase qui est un facteur de diffusion du germe.
    - ✓ Une streptokinase responsable d'une fibrinolyse.
    - ✓ Une streptoNADase qui clive le Coenzyme A.
    - ✓ Une DNAase qui dépolymérise l'ADN.
    - ✓ Une protéinase qui dégrade certaines protéines.
- Diagnostic sérologique :
  - ASLO « ce n'est pas un examen de certitude puisqu'il ya des faux positifs et des faux négatifs ».
- Clinique :
  - Réservoir strictement humain : peau-rhino/bucco pharynx-tube digestif-sphère génitale.
  - Fréquence : sepsis à streptocoque sont moins fréquent que ceux à staphylocoque.
  - Pathogénie : les streptocoques A sont les plus fréquent et les plus virulents.
  - NB : on a une endocardite dans les infections à streptocoque puisqu'il ya une communauté antigénique entre le streptocoque et les valves et donc les anticorps dirigés vers les germes vont s'attaquer aux valves.
  - La virulence du germe dépend de :
    - ✓ La capacité du germe à se fixer.
    - ✓ La résistance à l'immunité du sujet.
    - ✓ La multiplication et la diffusion (les métastases septiques).
- Le sepsis à streptocoque :
  - Relativement rare sauf les endocardites qui sont fréquentes.
  - Germe sensible à la pénicilline.
  - Dissémination thrombophlébitique à partir d'une porte d'entrée soit patente soit latente et rarement lymphatique à partir d'une lymphangite.

- Porte d'entrée : cutanée-oropharyngée ou dentaire (surtout les non groupables)- digestive-vésiculaire-urinaire (streptocoque D)-utéro vaginale (streptocoque B surtout en néonatalogie).
- NB :
  - ✓ si on a une bactériémie à streptocoque D ou les non groupables, la conséquence clinique la plus fréquente est l'endocardite (donc on demande une échocardiographie soit transthoracique soit transœsophagienne).
  - ✓ Si on a une bactériémie à streptocoque Bovis ou à entérocoque impose la recherche d'une lésion digestive (on recherche une porte d'entrée et en même temps on fait une fibro/endoscopie digestive pour éliminer d'autres étiologies responsables des lésions).
- Symptomatologie :
  - A- Tableau de bactériémie : mise en évidence du germe viable dans le sang.
    - Frissons, fièvre 39-40c°, AEG, SPM (stade 1 ou 2, molle →récente).
    - Manifestations cutanées : exanthème scarlatiniforme (rare), placard érysipéloïde, éruption vésiculo pustuleuse, purpura pétéchiale ou nouure.
    - Manifestations articulaires : arthralgie, arthrite (sérofibrineuse ou purulente).
    - Phlébite des membres inferieures.
    - Localisations métastatiques : pleuro pulmonaire (pleurésie), hépatique (ictère, HPM, flèche hépatique, rarement abcès), ostéoarticulaire, musculaire et péritonéale.
  - B- Tableau de l'érysipèle :
    - 1- Définition :
      - ✓ C'est une dermo hypodermite.
      - ✓ Succède à une infection focalisée qui est due à streptocoque PYOGENES.
      - ✓ C'est une infection favorisée par la stase veinolymphatique, insuffisance veineuse, lymphœdème congénitale ou acquis, traumatisme.
      - ✓ Le germe a un autre facteur qui est l'immunoallergie.
      - ✓ Pour l'érysipèle, il ya souvent une récurrence (la maladie est bénigne qui guéri mais elle récidive) et ne laisse pas de séquelles.
      - ✓ Le germe responsable est sensible à la pénicilline.
      - ✓ Etiologie staphylococcique isolée ou associée au streptocoque est possible.
    - 2- Erysipèle de la face :
      - ✓ Début brutal, frissons, fièvre 39-40c°, douleurs locales, malaise général.
      - ✓ Une infiltration rouge, chaude, indurée et douloureuse qui apparait près de la porte d'entrée.
      - ✓ Rhinite, otite ou une infection dentaire (lésions en ailes de papillon).
      - ✓ Les lésions sont limitées par un bourrelet périphérique de limite nette, soulevé, la peau est recouverte de vésicules ou de phlyctènes.
      - ✓ Le visage est œdématié avec des ADP.
    - 3- Erysipèle des membres inferieures :
      - ✓ C'est une lésion d'une localisation plus fréquente que celle de la face, souvent chez une femme âgée, un obèse, ayant une circulation veinolymphatique médiocre mais elle peut aussi se voir chez les grands sportifs.

- ✓ Porte d'entrée est représentée par une ulcération trophique, la plaie punctiforme, on recherche aussi et surtout un impétigo.
- ✓ Début brutal, tableau d'une grosse jambe rouge aigue et fébrile, douloureuse, le membre inférieur est œdématié, peau chaude tendue indurée luisante rouge vive, parsemé de pétéchies, pas de bourrelet périphérique.
- ✓ Les douleurs sont vives pulsatiles, exacerbées par la mobilisation et des ADP.
- ✓ On peut voir l'érysipèle dans d'autres localisations : cuir chevelu, région abdominogénitale, fesses, membres supérieurs (rare).
- Complications :
  - Locorégionales ou systémiques.
  - La diffusion du germe ou surinfection par d'autres germes.
- Examen complémentaire :
  - FNS : hyperleucocytose.
  - VS élevée.
  - Hémoculture.
- Diagnostic sérologique : ASLO.
- Diagnostic différentiel :
  - Les autres sepsis : à staphylocoque, BGN...etc.
  - Pour l'érysipèle : staphylococcie maligne de la face.
- Traitement :
  - Quand il s'agit d'un streptocoque autre que B, D et les entérocoques une monothérapie de pénicilline suffit (1-2M UI/j).
  - Quand il s'agit d'un streptocoque B, D et les entérocoques (problème de résistance), on va associer la pénicilline avec un aminoside (GENTAMYCINE ou AMIKACINE).
  - Durée du traitement : pour l'érysipèle : 10-15 jours.  
Pour le sepsis : 15-20 jours.