

Les infections à streptocoques

Dr : oubira

03 aspects :

- **Streptococcie cutanée.**
- **Streptococcie muqueuse.**
- **Streptococcie systémique.**

Le streptocoque est responsable d'infection aigue ; immunoallergique ; et post-streptococcique.

Très fréquente, très nombreuses (ex : angine a strepto), diverse, variée, de gravité variable peut être :

- ❖ **Superficielle** : cutanée ex : érysipèle, impétigo, scarlatine.
- ❖ **Profonde** : bactériémie a strepto , endocardite.
- ❖ **Réaction inflammatoire liée a l'infection** : maladie post streptococcique exp : RAA ; Chorée de sidenham ; GNA post strepto.

La plupart des S : sensibilité **constante** à la pénicilline G.

I. Erysipèle de la face :

- ✓ Dermo-epidermite aigue d'origine strepto ; extensive ; développée à partir d'une infection localisée de la face (plaie, piqure d'insecte, plaie traumatique)
- ✓ Début brutal, marquée par ↗ rapide de la T° (39-40), frissons, et un malaise général intense, rapidement apparait **un infiltrat rouge chaud douloureux** et la douleur a sensation de cuisson (brulure), placard induré s'étend a la périphérie a partir d'un point essentiel.
- ✓ Les signes vont s'intensifier a la périphérie du placard +délimitation (bourrelet périphérique) ≡ **en aile de papillon**.
Il réalise un important œdème de face, s'étend vers les paupières≡ **chémosis bilatéral (signe de gravité)**, symétrique avec un larmoiement, le placard est recouvert de sérosité jaunâtre d'aspect milisérique (comme l'application de miel sur le visage)
 - ❖ NB : le bourrelet est pathognomonique de l'érysipèle de la face.
- ✓ Examen clinique : ADP sous maxillaire, satellite du point initial ou en prétragienne.
- ✓ Evolution : elle est cyclique, guérit rapidement sans traitement mais il est volontiers récidivant (dans 1 ans, 3ans...) avec plusieurs épisodes, il gagne un potentiel d'évolutivité vers des complications telles que
 - ❖ Locales : la suppuration ; phlegmon ; adénite.
 - ❖ Diffusion général : bactériémie, endocardite, ou une maladie post streptococcique RAA, GNA.
- ✓ Diagnostic différentielle :
 - ❖ Staphylococcie maligne de la face.
 - ❖ Eczéma aigue de la face (ex : application des produits cosmétique)
 - ❖ Zona ophtalmique.
 - ❖ Pustule charbonneuse
- ✓ Traitement :
 - ❖ Pénicilline G 2-6 M/j en IV/IM durée : 10j + soins locaux.
 - ❖ En cas d'allergie Erythromycine : 2-3 g/24h

II. La scarlatine : (cutané-muqueuse)

- ✓ Toxi-infection, agent : **streptocoque β hémolytique du groupe A**, à point de départ Rhino-pharyngé.
- ✓ La toxine secrétée par le S : toxine érythrogyne (rouge) responsable des manifestations cutanée et **possède un pouvoir immunisant (exotoxine)**.

- ✓ la gravité est liée aux complications précoces ou tardives. (cardiaque, rénale).
- ✓ Clinique :
 - ❖ Incubation : 4-5 j suivie d'une invasion ou annoncée par un malaise général intense, fièvre 39-40° C, céphalée, VMS, ± douleurs abdominales chez l'enfant, ± douleurs pharyngée (dysphagie)
 - ❖ Examen de la gorge : angine, amygdale rouge, diffuses, c'est l'érythème (au niveau de la muqueuse), langue saburrale (chargée).
 - ❖ Phase d'état : 02 signes.
 - L'exanthème scarlatine : débute sur le tronc puis MS, MI, c'est un érythème diffus en nappes de couleur rouge vif sans intervalle de peau sain, parsemé de papules sombres et rigoureuses.
 - L'érythème : précoce, présent depuis l'invasion, constant, rouge vif, la langue est le siège d'une glossite exfoliative, aspect ROTTE et saburrale, la desquamation de la langue (aspect V linguale, y'a plus de muqueuse)
 - ❖ Au 6^{ème} jour d'évolution, la langue est d'aspect rouge framboise, se n'est que vers le 10-12 que la langue retrouve son aspect normal.
 - ❖ Evolution : l'exanthème régresse lentement alors que le Sd infectieux va disparaître très rapidement, la peau présente de la desquamation (au 10j) qui respecte l'ordre d'apparition, elles faites d'éléments fins ou de larges placards.
- ✓ L'évolution de la scarlatine peut être responsable de complications :
 - ❖ ORL : otite, sinusite, mastoïdite.
 - ❖ Cardiaque : RAA, cardite rhumatismale.
 - ❖ Rénale : GNA précoce ou tardive d'où l'intérêt de rechercher la protéinurie.
- ✓ Traitement :
 - ❖ Pénicilline G : 2-4 M/j durée : 10j
 - ❖ Si allergie : érythromycine (macrolide) 2g/j
 - ❖ **Isolement la scarlatine est contagieuse.**
 - ❖ **Eviction scolaire.**
 - ❖ Surveillance régulière des fonctions rénales / cardiaques.
 - ❖ **Maladie a déclaration obligatoire.**

III. Endocardite d'Osler :

- ✓ Greffe bactérienne (subaigüe), sur valves saines ou remaniées, elles sont dues à des S viridans (non groupables).
- ✓ Survient sur l'insuffisance que sur le rétrécissement et en rythme sinusal que sur arythmie.
- ✓ Début : soit brutal annoncée par un accident thromboembolique (ex : hémiplegie) ou bien lentement progressive 38-38.5° C + pâleurs (teinte cireux) témoignent d'une anémie inflammatoire et de la progressivité.
- ✓ Auscultation cardiaque : souffle organique se majore de jours en jours (l'absence de souffle n'élimine pas l'endocardite).
- ✓ Manifestation cutanée :
 - ❖ Faux panaris d'Osler : tuméfaction douloureuse, fugace, siègent sur les doigts et les orteils.
 - ❖ Purpura pétéchiale : de siège sus-claviculaire, jugal, sub-linguale.
 - ❖ Placard de Janeway : sur la paume et la plante du pied
 - ❖ Tache de Roth : sur le fond d'œil aspect de rétinite vasculaire.
- ✓ Manifestation rénale :
 - ❖ hématurie microscopique
 - ❖ protéinurie.
 - Bilan inflammatoire : VS ↑ , CRP ↑ , IgG ↑ , perturbation du taux du complément.

- FNS : on peut avoir une hyperleucocytose.
- ✓ Diagnostic :
 - ❖ Hémoculture avant toute antibiothérapie en milieu aéro-anaérobie.
 - ❖ Echocardiographie : présence de végétation ou de mutilation. (perforation, rupture des cordages)
- ✓ Traitement :
 - ❖ En fonction du germe et de sa sensibilité.
 - ❖ Antibiothérapie : association bactéricide par voie parentérale. Exemple :
 - β lactamine + aminoside
 - céfotaxime + gentamycine
 - céfotaxime + vancomycine \equiv si staph.
 - ❖ Traitement symptomatique :
 - Tonicardiaques
 - Corrections des troubles hémodynamiques.
 - ❖ Traitement chirurgical :
 - En cas de trouble hémodynamique.
 - Persistance de l'hémoculture positive.