

## I. Introduction

Toxi-infection très contagieuse à déclaration obligatoire due au *Corynebacterium diphtérieae*.

Urgence diagnostique et thérapeutique

Incidence considérablement diminuée dans les pays où l'immunité active par la vaccination est suffisante

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, migrants dans le sud du pays et rupture de la chaîne de froid !(épidémie 1994)

## II. Épidémiologie

Agent causal : *Corynebactérium Diphtérieae* ou bacille klebs loeffler, BGP, qui secrète une exotoxine.

Cellules nerveuses, myocardiques et rénales.

Réservoir : humain malade, convalescent et porteur sain .

Contamination : inter humaine directe par les gouttelettes pflugge

la porte d'entrée peut être extra-respiratoire (cutanée)



## III. Clinique

Forme typique : angine diphtérique commune

Fréquente, Incubation : 7 jours

Début : insidieux , fièvre 38° - 38°5, malaise général, abattement et pâleur

Examen : amygdales rouges tuméfiées recouvertes d'un enduit opalin

Notion de contag et d'épidémie permet l'orientation diagnostic

Phase d'état : le diagnostic est évident

Signes locaux : 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 loco-régionaux : coryza séreux ou muco-purulent, adénopathie retro et sous-maxillaires mobiles, douloureuses.

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

## DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Les angines pseudomembraneuses :  
L'angine diphtérique :



## IV. Formes clinique

### a. Angine diphtérique maligne

Début brutal .

Fièvre 39°- 40°C.

Altération de l'état général .

Obnubilation, prostration .

Pâleur .

Tachycardie, hypo TA .

Signes locorégionaux : dysphagie+++ , dysphonie.

Fausses membranes épaisses, irrégulières, grisâtres, d'odeur fétide envahissant le pharynx et la face interne des joues . La muqueuse sous-jacente est oedématiée et hémorragique.

ADP avec péri-adénite : cou-proconsulaire

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

b. 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

Angine érythémateuse ou pseudo-phlegmonneuse

c. Forme compliquées : Complications peuvent être précoces ou tardives (30<sup>ème</sup> – 40<sup>ème</sup> jour)

1. **Syndrome précoce de Marfan** : 7<sup>ème</sup> j après le début de l'angine paralysie du voile, vomissements, syndrome hémorragique, myocardite, insuffisance rénale

2. **Syndrome malin de Grenet et Mezart**

vers le 36<sup>ème</sup> j

une paralysie de l'accommodation

une paralysie du voile

polyradiculonévrite ascendante

atteinte respiratoire

régression sans séquelles (52<sup>ème</sup> j )

3. Myocardite : Plus fréquente et plus grave de traduction seulement ECG, parfois clinique et ECG ; tachyrythmie, tachycardie, assourdissement des bruits du cœur, asystolie et à l'ECG des troubles du rythme, et de conduction

4. Paralysies :

Paralysie Vélo palatine

Paralysie Pharynx et larynx

Paralysie Muscles respiratoires

Paralysie de l'accommodation

5. atteinte rénale : néphrite

V. Diagnostic positif

Notion de contagé / épidémie

Absence de vaccination

Présence de fausses membranes associées à des signes généraux toxiques

**Toute angine à fausse membrane doit-être considérée comme une diphtérie jusqu'à preuve du contraire**

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

Prélèvement de gorge par écouvillon .

Ex direct et ensemencement sur milieux de spécifiques (Loeffler)

## VI. Diagnostic différentiel

### a. Devant l'angine:

Mononucléose infectieuse MNI

Autres angines

### b. Devant un croup

Laryngite aiguë

## VII. Traitement

Urgence

Anatoxinothérapie + ATB

Sérum antidiphtérique équin: selon la gravité 20 000 à 100000 ui, selon la méthode Besredeka

Amoxicilline ou Peni G ou Erythromycine Durée 10 jours

Autres mesures

isolement du malade

repos au lit (21 jours),

vaccination

Corticoïdes en cas de laryngite

Traitement des complications

## VIII. Prévention

### a. Prophylaxie collective

Vaccination obligatoire selon le calendrier . Professionnels de santé tous les 10 ans

### b. Prophylaxie individuelle

Dépistage et traitement des sujets contacts

Vaccination : sujet non vacciné

Vaccination < 5ans : immunité suffisante

5 ans < vaccination > 10 ans : 1 rappel

10 ans et 20 ans 2 injections à 1 mois d'intervalle.

Pas de vaccination ou vaccination > 20 ans : protocole complet