

INFECTIONS A STAPHYLOCOQUES

Pr N. BOULAKEHAL

**Service d'infectiologie CHU de Constantine
Faculté de Médecine université Constantine 3**

OBJETIFS PEDAGOGIQUES

- Décrire les caractéristiques épidémiologiques des infections à staphylocoques
- Décrire les tableaux cliniques des bactériémies et septicopyoémies à staphylocoques
- Décrire la staphylococcie maligne de la face et ses différentes complications neurologiques
- Prescrire le bilan bactériologique diagnostique
- Argumenter l'attitude thérapeutique des principales infections à streptocoques et planifier le suivi

EPIDEMIOLOGIE

- **Agent CAUSAL**
 - ✓ Cocci gram+, non encapsulés.
 - ✓ On distingue les SCP (staph doré ou staphylococcus aureus) , SCN (staphlococcus épidermidis, saprophyticus, hominis, capitis)
 - ✓ SCP sont responsables surtout d'infections communautaires , il sont habituellement sensibles à la méticilline (OXACILLINE) : (SASM) et le staphylocoques résistants à la méticilline (SARM) sont principalement isolés en milieu hospitalier
 - ✓ Actuellement les SARM sont responsables d'infections liées aux soins et également communautaires

EPIDEMIOLOGIE

- **RESERVOIR**

- ✓ Ubiquitaire
- ✓ Homme : malade et porteur de lésions ouvertes ou porteur sain: peau, fosses nasales, l'intestin, aisselles et périnée
- ✓ Surfaces, air et l'eau

EPIDEMIOLOGIE

- **Transmission**

- ✓ Interhumaine

- ✓ directe

- ✓ indirecte : manu portée elle doit faire l'objet de prévention pour le lavage des mains avant et après soins par une solution hydroalcoolique (SHA)

EPIDEMIOLOGIE

- **PORTES D'ENTREE**
 - ✓ Cutanées : plaie, excoriation
 - ✓ cathéter

Facteurs de risque

- SCP sont les plus virulents, responsables d'infections communautaires et liées aux soins
- SCN : responsables d'infections liées aux soins, surtout en présence de matériel étranger ou d'immunodépression

PHYSIOPATHOLOGIE

- PE: plaie, excoriation, cathéter
- SA : facteurs de virulence
- A partir d'une porte d'entrée formation de microthrombi Vx septiques, induit par la coagulase, qui peuvent se fragmenter favoriser ainsi la dissémination de l'infection et l'apparition de métastases septiques secondaires avec prédilection endocardie, l'os, et les articulations
- Protéine A : phagocytose et opsonisation
- Exopolysaccharides : biofilm

CLINIQUES

- **Staphylococcies cutanéomuqueuses**
 - ✓ Impétigo :dermatose bulleuse
 - ✓ Onyxis et péri-onyxis infections du mur unguéal
 - ✓ la tourniole
 - ✓ Folliculite aigue superficielle : orifice du furoncle, orgelet (ciliaire)
 - ✓ Folliculite aigue profonde : Furoncle , abcès intra folliculaire, Sycosis (barbe)
 - ✓ Anthrax
 - ✓ Orgelet
- **Staphylococcies des tissus cellulaire sous cutané: abcès, phlegmon, dermohypodermite bactérienne nécrosante**

CLINIQUES

- **BACTERIEMIES : STAPHYLOCOCCEMIE**
 - ✓ La forme la plus typique se caractérise par une fièvre oscillante, ou irrégulière avec frissons répétées, SPM, AEG, lésions érythémato-pustuleuses ou pustulo-ecchymotiques
 - ✓ Evolution est caractérisée par l'apparition de localisations secondaires : forme septico-pyohémique

Myosite

Fasciite
nécrosante

Dermohypodermite
aiguë

Épiderme
Couche cornée
Kératinocytes

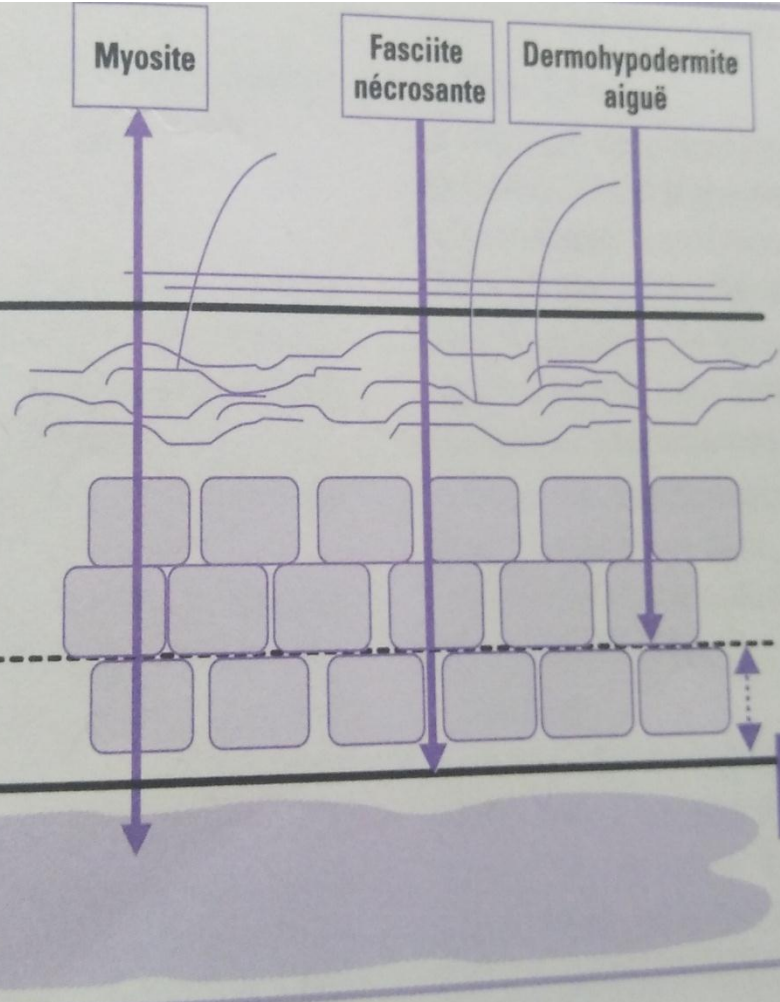
Derme
Tissu conjonctif
Follicules pileux
Glandes sébacées et sudorales
Terminaisons nerveuses
Vaisseaux

Hypoderme
Tissu graisseux
Vaisseaux

Muscle

Fascia Superficialis
Position inconstante et variable :
ou plus haut dans l'hypoderme

Aponévrose
superficielle



CLINIQUES

LOCALISATIONS SECONDAIRES

- ✓ Endocardite sur valves natives ou sur prothèse
- ✓ Localisations ostéoarticulaires : arthrite, spondylodiscites
- ✓ Pleuro-pulmonaires : pneumopathie, pleurésie, pleuropneumopathie
- ✓ Neuro-méningée : méningite, abcès, épidurite
- ✓ Musculaires : myosites

CLINIQUES

- **STAPHYLOCOCCIE MALIGNE DE LA FACE**
- ✓ Elle peut être consécutive à furoncle de la face manipulé par des manœuvres intempestives, c'est une cellulite diffuse de la face qui se présente comme un placard staphylococcique rouge violacé, froid, peu douloureux, sans bourrelet périphérique .
- ✓ Extension vers les tissus rétro orbitaire avec protrusion du globe oculaire et chémosis
- ✓ Evolution se fait vers l'extension de la thrombophlébite avec apparition des cordons thrombosés au niveau du front de l'ongle de l'œil, du cuir chevelu et risque de thrombose du sinus caverneux avec méningo-encéphalite et ophtalmoplégie
- ✓ Signes généraux : hyperthermie, AEG
- ✓ Hémocultures positives



DIAGNOSTIC

- **Hémocultures (2 à 3)**
- **prélèvements au niveau de la porte d'entrée et des localisations secondaires**

TRAITEMENT

Moyens

- Oxacilline : 100-150 mg/kg/j
- Céfalotine : 100mg/kg/j
- Gentamycine : 3mg/kg/j
- Pristinamycine : 50-100mg/kg/j
- Glycopeptide : vancomycine 20-30mg/kg/j
 - Teicoplanine 10mg/kg/j
- Ac fusidique: 20-30 mg/kg/j
- Ofloxacin : 0,4 -0,6 g/j Contre indiqué ENFANT
- Lévofoxacin : 0,5-1 g/j Contre indiqué ENFANT
- Rifampicine : 20-30 mg/kg/j
- Fosfomycine : 200mg/kg/j
- Cotrimoxazole : triméthoprime : 6mg/kg/j sulfaméthoxazole : 30 mg/kg/j

TRAITEMENT

- Indications

- ✓ Bactériémie

Staphylocoque méti- S : peni M + genta

Staphylocoque méti - R : glycopeptide + genta

- ✓ Endocardite

Staphylocoque méti- S : peni M + genta + /rifampicine

Staphylocoque méti - R : glycopeptide + genta +/-
genta + rifampicine

TRAITEMENT

✓ Localisation Ostéoarticulaire

Staphylocoque méti- S : peni M IV initiale/ relais orale par une fluoroquinolone + rifampicine

Staphylocoque méti - R : glycopeptide

✓ Localisation neuro-méningée

Staphylocoque méti- S : Céfotaxime + fosfomycine

Staphylocoque méti - R : glycopeptide +rifampicine

TRAITEMENT

- **TRT de la porte d'entrée et des localisations secondaires : drainage d'une collection, retrait d'un cathéter, ablation d'une prothèse**