

Infection à staphylocoque

I. Introduction :

En fonction de sa capacité à produire la coagulase on divise les staphylocoques en 2 types :

Staph coagulase (+) représenté par staph doré ou aureus = virulent

Staph coagulase (-) représenté par staph blanc = saprophyte

Le risque lié à l'infection par le staph est le sepsis et la coagulation intra vasculaire

La bactérie produit des toxines au fur et à mesure qu'elle se multiplie= exotoxines comme :

- Enterotoxine responsable d'un tableau digestif
- PVL responsable d'un tableau général grave

NB : les ATB qui n'ont pas d'action sur ces toxines, aggravent le tableau.

II. La résistance aux ATB :

L'ATB de référence est la METICILLINE

L'équivalent est l'OXACILLINE

On distingue :

- Les staph sensibles : SASM
- Les staph résistants : SARM

* Les résistances sont des mutations de type MEC qui siègent au niveau des PLP2a/PLP2'

- Le staph coagulase (-) n'est pas virulent chez l'immunocompétent
- Il est grave chez :
 - L'immunodéprimé
 - Porteur de valve mécanique
 - Le cathétérisé
 - Porteur de prothèses cardiaque et osseuse

III. Epidémiologie :

_ Le staph est ubiquitaire mais il siège essentiellement au niveau de :

- Peau +++
 - Fosse nasale ++
 - Intestin +
- } Dans 1/3 des cas il s'agit d'un portage sain

_ La transmission est facile : manuporté => prévention c'est l'hygiène

_ La porte d'entrée est essentiellement cutanée (SASM) ou matérielle (SARM)

IV. Physiopathologie :

Plaie cutanée (même minime) » passage dans le sang (bactériémie) » formation de microthrombies (responsable de thrombophlébite septique) » diffusion des thrombus septiques » localisation dans les organes avec un tropisme vers l'endocarde puis l'os

NB : le germe est recherché au niveau de la porte d'entrée, le sang (par hémoculture) et les différentes localisations

V. Clinique :

1. Au niveau cutané :

-Impétigo : la forme la plus fréquente chez le nourrisson ou l'enfant

-Onyxis et périonyxis

-Au niveau de la glande pino sébacé (la forme la plus grave) : Folliculite qui peut être superficielle ou profonde aigue = furoncle (rougeur cutané centré par un poil) » lorsque plusieurs furoncles sont additionnés : Anthrax

- Staphylococcie de la face : un placard surtout dans la région sus buccale (résulte surtout de la manipulation d'un furoncle) » drainage dans le sinus caverneux

Ce placard est froid, peu douloureux, sans bourrelet superficiel (contrairement à l'érésipèle)

Il faut chercher systématiquement des thromboses superficielle = cordon veineux, au niveau du front, cuire chevelue, région retro-orbitaire (impression d'exophtalmie) qui peuvent être responsable d'une méningite purulente ou d'une encéphalite.

Ou profonde qui est la thrombose du sinus caverneux= thrombose maligne de la face

2. Bactériémie : la forme commune = sepsis pyogène aigu

On doit chercher la porte d'entrée cutanée mais son absence n'exclut pas la bactériémie

-Début brutal avec fièvre et frissons+++ importantes et répétés

-AEG

-Splénomégalie (2/3 des cas) : molle, dépressible et sensible.

On doit chercher une localisation :

a) Endocardique responsable d'endocardite » échocardiographie

b) Osseuse responsable de : arthrite, ostéoarthrite, ostéomyélite aiguë (chez l'enfant) comme point de départ ou localisation)

c) Neuro-méningé : peut aller de l'abcès simple à la méningo-encéphalite purulente (c'est plus une surinfection qu'une infection secondaire à porte d'entrés cutanée)

3. Les toxi-infections :

a) Entéro-toxine exogène : diarrhée, vomissement, douleurs abdominales, sans fièvre

b) TSST : toxine du toxique choc syndrome : l'infection est locale (pas de bactériémie) avec un tableau général du à la diffusion de la toxine dans le sang responsable de

• éruption cutanée scarlatiniforme en placard

• Fièvre en plateau

• Hypotension

• Atteinte multi-viscérale

- La mortalité dans 50% des cas

VI. Diagnostic :

-FNS : hyperleucocytose à PNN

-Hémoculture : lors des frissons (une seule pour S blanc et plusieurs pour SA) avec prélèvement au niveau de la porte d'entrée ou les localisations

Les autres examens ne sont pas indispensables

VII. Traitement :

- ❖ En cas de infection sur corps étranger (valves, prothèses..), une exopolysaccharide réalise un biofilme autours de ces objets »rend le germe inaccessible à l'ATB » TRT médico-chirurgical
- ❖ SASM : Oxacilline
- ❖ SARM cutané : Pristinamycine (Pyostacine°)
- ❖ Gravité : β lactamine + Aminoside
 - »Si porte d'entrée cutanée : Oxacilline + Gentamicine
 - »Si non : Vancomycine+ Gentamicine (considéré comme résistant)
- ❖ Bactériémie sans localisation secondaire : durée du traitement 2 semaines
- ❖ Bactériémie avec localisation secondaire : durée du traitement 4 à 6 semaines