

INFECTIONS À STREPTOCOQUES

Professeur N.Boulakehal

Service des maladies infectieuses

CHU de Constantine

INTRODUCTION :

- ❖ Fréquentes
- ❖ Polymorphisme clinique : angines, infections cutanées, bactériémie, endocardite
- ❖ Pronostic généralement favorable.

EPIDEMIOLOGIE :

Agent causal :

- Streptocoques : cocci à gram +, immobiles, arrondis, aéro-anaérobies sporulés.
- Classification Lancefield : polysaccharide C (Antigène pariétal)
- **Streptocoques groupables** : A → H et K → T , (18 sérogroupes), le streptocoque A est le plus virulent
- **Streptocoques non groupables** : S. sanguis, S. mitis et S.salivarius
- Ils élaborent des toxines et enzymes qui entraînent la formation d'anticorps : Hémolysine O et Streptolysine O, Hyaluranidase, Stréptokinase...

Réservoir :

- Homme
- portage ORL (A++), cutané (A++, C et G), intestin (Strep D++), génital (B++), cavité buccale (non groupables).

MANIFESTATIONS CLINIQUES :

1) Bactériémie à streptocoque (streptococcémie) :

- Rare
- Point de départ thrombophlébétique
- PE : cutanée, intestinale, urinaire génitale.

Tableau clinique :

- Symptômes habituels de la bactériémie, fièvre 39° - 40°C, frissons, tachycardie oligurie, SPM
 - Symptômes évocateurs du streptocoque: lésions cutanées (exanthème, placard erysipélateoïde, nouures, éruption vésiculo-pustuleuse), arthralgies, arthrite, parfois phlébites migratrices (septicémie veineuse subaiguë de Vaquez)
 - localisations métastatiques sont actuellement rares
- Diagnostic : hémocultures

Traitement :

- Pénicilline G : 500 000 UI/kg/j perfusion continue
- Ou Aminopénicilline 50 – 100 mg/kg/j en IVD
- Association à un Aminoside pour une courte durée < 7 jrs en cas Strep D, B : Gentamycine 3 mg/kg/j
- En cas d'allergie à la Pénicilline : Vancomycine, Fosfomycine.
- Durée totale : 20 – 30 jours du traitement.

2) Endocardite infectieuse à streptocoque ou Maladie d'Osler

- L'endocardite infectieuse est la greffe et la multiplication d'un agent microbien au niveau de l'endocarde valvulaire à la suite d'une bactériémie, favorisée par une lésion préexistante.
- **Agents causals:** Streptocoque de la cavité buccale (oraux et ingroupables, streptocoque D (*S. gallolyticus* ex *S. bovis*
- **Cardiopathies à risque :**
 1. **À haut risque :** Cardiopathie congénitale cyanogène non opérées et dérivations chirurgicales pulmonaire – systémique , prothèse valvulaire, ANTD endocardite,
 2. **À risque moins élevé:** IA, IM, RA, CMHO, bicuspidie aortique, cardiopathies congénitales non cyanogènes, PVM avec IM

Tableau clinique :

- Début subaigu
- Signes infectieux : fièvre, AEG, SPM
- Souffle cardiaque
- Signes extracardiaques : cutanés (pétéchies, faux panaris d'Osler, érythème de Janeway, hippocratisme digital), respiratoires (toux, dyspnée), articulaires (arthralgie, arthrites), rénaux (hématurie, protéinurie).
- PE : **dentaire +++**, **digestive**, ORL, gynéco urinaire, chirurgie

Diagnostic :

- Hémocultures
- Echocardiographie transthoracique et/ou trans-œsophagienne par la mise en évidence de végétations.

Traitement médical:

Antibiothérapie (Streptocoques oraux et du groupe D):

- pénicilline G , ou amoxicilline ou ceftriaxone
- +/- aminoglycoside (2 semaines) sur souches S (vancomycine +/- gentamicine si R), durée totale : 4 semaines
- Traitement médical de l'insuffisance cardiaque

Traitement chirurgical :

- Indication infectieuse (infection non contrôlée)
- Indication hémodynamique (insuffisance cardiaque)

Antibioprophylaxie

- Cardiopathie à haut risque
- Soins dentaires : manipulation de la gencive, de la région péri apicale ou une effraction de la muqueuse
- Amoxicilline: 1 heure avant le geste



3- ANGINES :

- Les plus fréquentes
- Enfants et adulte jeune +++
- Risque de complications surtout tardives (RAA, GNA).

Tableau clinique : fièvre, frissons, lombalgies, douleurs abdominales, vomissements, dysphagie, douleurs pharyngée, à l'examen : angine érythémateuse ou érythémato-pultacée.

Diagnostic: TDR, antigène A sur écouvillonnage amygdalien

4) SCARLATINE :

Toxi-infection due Strep A, B hémolytique infecté par un bactériophage, produisent une toxine erythrogène, touche surtout enfant, transmission aérienne, PE surtout pharyngée, elle peut être extra pharyngée (cutanée, génitale...).

Tableau clinique :

Après une incubation silencieuse.

Début : fièvre 39°-40°c, angine érythémateuse, ADP sous augulo-maxillaire, langue saburrale.

Phase d'état :

Exanthème débute au niveau base du cou, thorax, racines des membres, puis se généralise à tout le corps, érythème en nappe diffus rouge vif, sans intervalle de peau saine s'effaçant à la vitropression.

Traitement :

- Péni V : 50 000 UI/kg/j – Enfant
2 – 3 M/j – Adulte
- Ou Amoxilline 50 mg/kg/j
- Ou Benzathine–Penicilline une seule injection
< 25 kg : 6000 UI > 25 kg 1200 000 UI.
- Durée totale 10 jours.
- En cas allergie à la Péni : Erythromycine 50 mg/kg/j – Enf,
2 g/j – Adulte





Enanthème :

- Angine érythémateuse ou érythromato-pultacée, la langue saburrale desquamée de la périphérie vers le centre, devient rouge, papilles à nu, et saillantes, puis lisse, reprend son aspect normal.
- Desquamation : 8 – 30 jours très caractéristique d'abord au niveau du tronc face, membres et enfin les extrémités en doigts de gants , la langue desquame de la périphérie vers le centre dessinant le V lingual .

Diagnostic : clinique.

Traitement :

- Repos au lit
- Isolement du malade
- ATB : même que celle de l'angine.

5) ERYSIPELE :

- Dermohypodermite aiguë non nécrosante localisée développée à partir d'infection streptococcique favorisée : stase veineuse ou lymphatique, terrain immunodéprimé (diabète).
- S B Hémolytique du groupe A ++
- Clinique : Début brutal, signes généraux et placard inflammatoire, érythémateux, chaud et douloureux
- Porte d'entrée (PE)
- Adénopathie satellite
- Lymphangite associée
- Parfois recouvert de purpura ou vésicules
- Rechercher de signes de gravité: locaux et généraux : Dermohypodermite bactérienne nécrosante et fasciite nécrosante

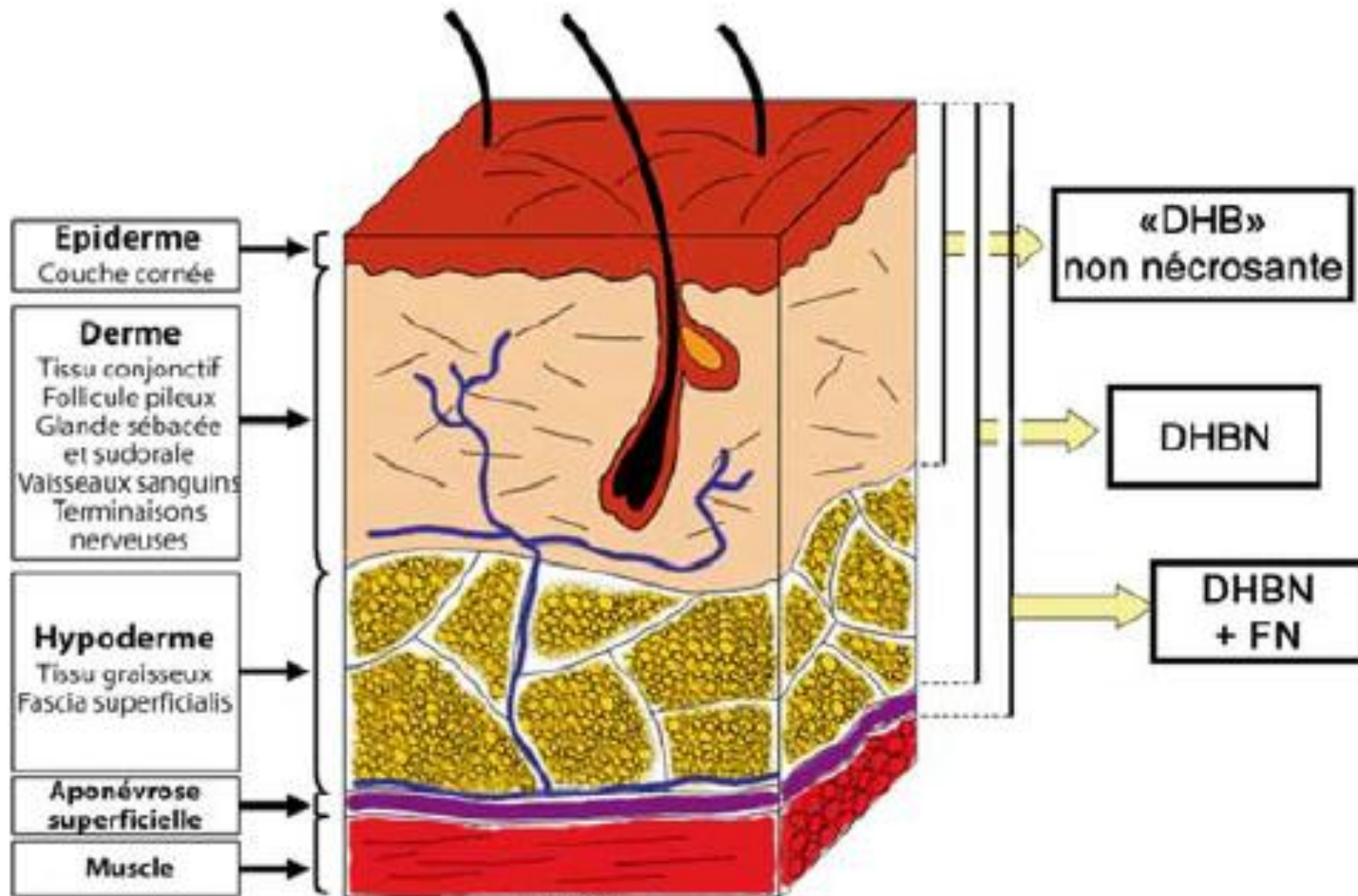
→ Erysipèle de la face :

Placard induré, rouge, chaud s'étend de part et d'autre du nez (ailes de papillon) limité par un bourrelet périphérique, parfois parsemé de pustules on retrouve une ADP satellite et une PE

Evolution : récidives +++

→ Erysipèle des membres :

- Grosse jambe rouge, chaude, fébrile, pas de bourrelet périphérique.
- **Traitement** : Pénicilline G : 10 – 20 M/24 h durée 10 jours.







MANIFESTATIONS POST STREPTOCOCCIQUES :

Manifestations immunologiques induites par une infection streptococcique : à Strep A β hémolytique, à distance.

1/ R.A.A :

10 – 20 jours après une infection streptococcique, touche surtout enfant.

Manifestations cliniques :

- Signes articulaires : polyarthrite
- Signes généraux : fièvre
- Signes cardiaque : souffle
- Signes cutanées : Erythème Marginé, nodosités de Myenet
- Biologie :
 - Polynucléose neutrophile
 - Syndrome inflammatoire
 - E.C.G : troubles de la conduction.

DIAGNOSTIC :

Critères Jones

- Critères majeurs : polyarthrite, chorée de Sydenham, fièvre, érythème Marginé, nodosités de Myermet.
- Critères mineurs : poly arthralgies, VS↑, allongement PR, ANTD de RAA.
- Diagnostic : 2 critères majeurs + preuve d'une infection streptococcique.
- Ou un critère majeur + 2 mineurs + preuve d'une infection streptococcique.

TRAITEMENT :

- Repos au lit
- Pénicilline G : 1 – 2 M UI/j pendant 10 jours.
- Corticothérapie Prédnisone: 2 mg/kg/j jusqu'à normalisation VS, réduction progressive sur 10 semaines
- Antibiothérapie préventive : Extencilline chaque 21 jours.

2/ G.N.A :

- Survenant 10 – 20 jours après une infection streptococcique.
- Signes cliniques : fièvre, lombalgies, œdèmes, HTA hématurie, protéinurie > 1 g/24 h.
- Diagnostic de l'origine Strep : ANTD récent d'infection streptococcie, ↑ ASLO.

TRAITEMENT :

- Repos au lit, régime désodé, ATB : éradication du strep pour éviter les récives.

3/CHOREE DE SYDENHAM : survient 1 à 6 mois après une infection streptococcique, fille ++, mouvements involontaires, désordonnés et anarchiques diffus, hypotonie.

4/ ERYTHEME NOUEUX :

Dermohypodermite nodulaire aiguë, nouures siégeant à la face d'extension des membres, régression spontanée 1 à 2 semaines, évoluant par poussée 2 à 4 poussée successive.

TRAITEMENT : ATB pour stérilisée le foyer streptococcique.