

Infections à streptocoques

Pr.Gaci

Introduction

- Les infections à streptocoques sont très fréquentes, plusieurs types de streptocoques sont en cause (A, B, C, D ...)
- Les streptocoques sont responsables de plusieurs pathologies, parmi lesquelles : Erysipèle, Sepsis, endocardite lente d'Osler, scarlatine, angine, érythème noueux, RAA, GNA, chorée de Sydenham ...
- La majorité des espèces sont commensales (flore au niveau de la peau et des muqueuses)
- L'immunité est spécifique au type (ex : un patient immunisé contre le streptocoque A n'est pas immunisé contre le D)

Erysipèle

I- Définition :

Dermo-hypodermite aigue, extensive qui se développe à partir d'une plaie, ulcère de la jambe ou un orifice de la face.

II- Types :

1- Erysipèle de la face :

- Se manifeste par une fièvre, des frissons, une infiltration chaude infiltrée, douloureuse, indurée qui s'étend en périphérie pendant 4-6 jours.
- Les signes s'intensifient à la limite entraînant une plaque soulevée <<bourellet périphérique>>, ce bourellet est rouge violacé et tend à se bilatéraliser et il s'étend en ailes de papillon.
- La peau peut être recouverte de vésicules et phlyctène, les Adénopathies satellites sont constantes.
- L'évolution est spontanée et cyclique, guérison en 8-10 jours, récurrences fréquentes.
- L'érysipèle est non mortel contrairement à la staphylococcie maligne de la face.

2- Erysipèle des membres : inférieurs +++

- Tableau de grosse jambe rouge aigue et fébrile, début brutal, fièvre 39-40°, frissons, œdèmes des membres, peau chaude tendue luisante, rouge vive, parfois il y'a des pétéchies.
- Le placard cutané n'a pas des limites nettes ni de bourellet périphérique (≠ celui de la face).
- Il y'a des ADP satellites mais sont difficiles à trouver.
- Les douleurs des membres sont intenses, pulsatiles, exacerbées par la mobilisation.
- La recherche de thrombose veineuse associée est systématique (écho doppler)

III- Complications : - Suppuration locale (ex : staph), phlegmon, adénite, point de départ de sepsis, GNA.

IV- Diagnostic différentiel : Staphylococcie maligne de la face, eczéma aigu, zona ophtalmique, pustule charbonneuse.

V- Traitement :

Les streptocoques ne sont pas résistants en général.

On utilise la Pénicilline G pendant 10 jours (voire moins),

Sans traitement, l'évolution est aussi favorable sauf s'il y'a des complications.

Sepsis à streptocoques

I- Définition :

- Etat septique, infection générale due à des décharges massives et répétées dans le sang de bactéries pathogènes, issues d'un foyer septique, cette migration continue entraîne des signes généraux graves dues à des embolies bactériennes, à l'action des toxines et aux produits de désintégration cellulaire.
- Ces symptômes laissent au second plan le foyer initial.
- Plus rares que les sepsis à staphylocoque (ubiquitaire).
- Le sepsis peut être une complication d'une streptococcie localisée (angine, érysipèle ...).

II- Clinique :

Fièvre 40-41°, frissons, tachycardie, vomissements, diarrhée, malade prostré, SPM molle récente de stade 1 ou 2, dyspnée, hypotension, urines rares et très colorées.

III- Conduite à tenir :

- Rechercher le foyer initial (porte d'entrée) : toujours présent mais peut être inapparent, =patent ou latent.
- Relever les caractères cliniques en faveur de streptocoques :
 - signes cutanés (érythème scarlatiniforme, impétigo, érythème noueux, purpura pétéchial, placard, pustule),
 - signes articulaires (arthralgies, arthrite), phlébites migratrices.
- Rechercher des localisations secondaires : arthrite, pleurésie, péricardite purulente.
- Hospitaliser le malade.
- Prélèvements périphériques (gorge, plaie, perte vaginale, ponction pleurale), hémocultures, les ASLO ne sont pas toujours positifs (négatifs si streptocoque D).

IV- Evolution: si prise en charge précoce, évolution favorable (amélioration clinique et biologique)

V- Complications : arthrite purulente, complication pleuro-pulmonaire (abcès unique ou miliaire, pleurésie purulente), péricardite, péritonite, méningite, endocardite.

VI- Traitement : Pénicilline G 10-50.10⁶ UI pendant une dizaine à 14 jours

Endocardite lente d'Osler

Maladie subaiguë, généralement sur cœur antérieurement lésé.

I- Clinique :

- Souffle organique systolique ou diastolique, Fièvre variable (l'apyrexie est possible soit spontanément soit sous TRT).
- Toute cardiopathie soufflante fébrile est une endocardite jusqu'à preuve du contraire.
- Autres signes :
 - asthénie, amaigrissement, anorexie, pâleur, myalgie, arthralgie (= Sd pseudo-grippal).
 - SPM modérée parfois douloureuse.
 - signes cutanés (purpura, faux panaris {pulpe ++, fugace}, placards érythémateux de Janeway, hippocratisme digital).
- Cardiopathie soufflante parfois congénitale : Aortique → Mitrale, insuffisance → rétrécissement.
- Porte d'entrée : dentaire, ORL, urinaire, gynécologique, cutanée.

II- Paraclinique :

Hémoculture (streptocoques non groupables et D ++), NFS (polynucléose neutrophile), protéinurie et hématurie, VS

III- Evolution : amélioration clinique et biologique.

IV- Complications :

Infectieuses, vasculaires, cardiaques (insuffisance cardiaque irréductible {qui nécessite la chirurgie}, rénales.

V- Traitement :

Pénicilline G à forte dose + aminosides pendant 6 semaines environ et traitement de la porte d'entrée.