

Tétanos

Introduction :

- Le tétanos est une toxo-infection grave, non contagieuse, de mortalité élevée si PEC en USI est retardée, dû à une infection locale par clostridium tétani [Bacille de **Nicolaïer**, gram+, anaérobie strict, tellurique] ciblant le SNC, pour laquelle existe un vaccin.
- Si cette infection n'est pas mortelle elle laisse des séquelles graves.

Epidémiologie :

- Très fréquente dans les pays en voie de développement.
- Moins fréquente dans les pays développés où elle touche surtout les sujets âgés.
- Le bacille est éliminé dans les matières fécales des animaux.

Physiopathologie :

Il existe 2 formes de clostridium :

- 1- Sporulée : qui est une forme de résistance.
- 2- Végétative : qui est pathogène par la sécrétion d'une toxine.

En se multipliant la bactérie produit de type de toxine :

- a- **La tétanolysine** : son rôle est d'empêcher la phagocytose, n'entre pas en jeu lors des manifestations de la maladie
- b- **Tétanospasmine** : une puissante **neurotoxine**, cause directe de la maladie.

Cette toxine est d'abord circulante, une partie diffuse dans le muscle, pour se fixer sur les jonctions neuromusculaires au niveau des terminaisons nerveuses les plus proches. L'autre partie emprunte la voie lymphatique et sanguine.

La toxine chemine à l'intérieur du neurone de façon rétrograde, jusqu'à arriver à la moelle où la lésion est **irréversible**.

Arrivé à la moelle les muscles d'action opposée se désynchronisent par inhibition des réflexes inhibiteurs, ce qui provoque spasmes et **contractures**. En plus du système moteur, la toxine agit sur le système autonome en bloquant les réflexes sympathiques des organes internes, ce qui représente une menace vitale.

Transmission :

- Solution de continuité +++: plaie souillée « les petites plaies sont les plus dangereuses en raison de leur négligence ».
- Chirurgie, circoncision, néonatal au moment de couper le cordon ombilical, injection IM, accouchement à domicile.

Clinique :

Il existe 2 formes :

- 1- Généralisée : plus dangereuse et mortelle, de dgc difficile.
- 2- Localisée : moins dangereuse de dgc facile.

Incubation :

Variable 1 semaine => 1 mois. Silencieuse sans symptomatologie clinique en dehors de la plaie qui est généralement difficile à trouver.

Phase d'état :

- a- Le trismus : contraction des muscles ascétères, se traduisant tout d'abord par un difficulté à la mastication, puis un dysphagie, jusqu'à arriver à un stade plus tardive fait d'une impossibilité d'ouvrir la bouche.

Tout trismus est d'origine tétanique jusqu'à preuve du contraire.

Caractère sémiologique du trismus : bilatéral, symétrique, peu ou pas douloureux, irréductible, invincible, sans fièvre.

Evolution : contracture descendante « face, thorax, membre sup, abdomen, membre inf ».

Le membre sup devient raide.

le membre inf est en extension.

Attitude générale : hyper lordose => **opisthotonos**.

- b- Paroxysme : contracture tonic clonique douloureuses.

Conduite à tenir :

isoler le malade, pas de bruit, pas manipulation juste pour éviter les crises paroxystique mortelles.

Dans certains cas on doit cathétériser et sonder les patient, mais il faut faire attention au infections nosocomiales.

NB :

Pas tous les tétanos sont graves :

si invasion est : < 48h c'est grave.

> 48h ce n'est pas grave.

Si incubation est : < 7jrs c'est grave.

> 7 jrs ce n'est pas grave.

Diagnostic :

C'est purement clinique, sans recours à aucun examen para clinique.

Diagnostic différentiel :

- Arthrite temporo maxillaire.
- Phlegmon amygdalien. {précédé de prodromes}
- Dent de sagesse.
- Psychiatrique : hystérique.

Mais dans tous ces cas on assiste à une fièvre et on ne trouve pas les caractéristiques sémiologiques du trismus tétanique sur tout l'irréductibilité et l'invincibilité.

Traitement :

- Au moment du transport du malade il faut lui mettre un abord veineux contenant DIAPASAM.
- VALIUM à dose importante.
- BARBITURIQUE à forte dose.
- CURARE de dernier recours mais la mise du patient sous ventilation assistée est obligatoire.
- Pénicilline : actif sur le germe.
- ANTIBIOTHÉRAPIE : selon les autres germes trouvés

La durée d'hospitalisation est de 3 semaines jusqu'à 1 mois.

Prévention :

Tout d'abord il faut :

- 1- Estimer le risque de la plaie.
- 2- Vérifier le statut vaccinal.

Vaccination : anatoxinothérapie même après l'exposition.

Les immunoglobulines : lutte contre l'infection avant la fixation

La plaie : parage et désinfection

injecter la **tétra globuline** d'origine humaine et non pas équine (non efficace) .

Conduite à tenir pratique en cas de plaie

SITUATION VACCINALE DU PATIENT	NATURE DE L'EXPLORATION	
	(a) plaies minimales	(b) plaies graves
1 VACCINATION ANTERIEURE CERTAINE ET COMPLETE (au moins 2 injections de vaccin suivies d'un rappel, quelle que soit leur ancienneté) moins de 5 ans <u>5 à 10 ans</u> Plus de 10 ans	rien <u>rien</u> VACCIN (rappel)	rien <u>VACCIN (rappel)</u> VACCIN (rappel) + SERUM (1)
2 VACCINATION ANTERIEURE CERTAINE MAIS INCOMPLETE (au moins une injection de vaccin).	VACCIN (2)	VACCIN (2) + SERUM (1)
3 VACCINATION ABSENTE OU DOUTEUSE	VACCIN (2) + SERUM (1)	VACCIN (2) + SERUM (1) (double dose)

(a) Les plaies minimales, y compris piqûres, coupures, excoriations peu pénétrantes, non souillées sans corps étranger. On peut placer dans cette catégorie certaines plaies non traumatiques (ulcère de jambe) et toutes les interventions chirurgicales particulièrement intervention sur le pied, le tube digestif, l'utérus, une fracture ouverte.

(b) Les plaies traumatiques étendues, pénétrantes, avec corps étrangers, souillées ou traitées tardivement (après 24 h), état de choc avec forte hémorragie, délabrement ostéo-musculaire. Expositions non traumatiques : brûlures étendues, avortements septiques, accouchements septiques, gelures, ulcères nécrotiques, gangrènes.

(1) Sérum hétérologue d'origine animale (au moins 1500 UI) ou immunoglobulines humaines antitétaniques (au moins 250 UI, soit une ampoule).

La dose sera doublée en cas de risque (b) lorsque la vaccination antérieure est douteuse ou inexistante.

(2) La vaccination sera complétée ultérieurement selon le schéma simplifié conseillé actuellement. S'il s'agit de 1^{ère} injection vaccinale reçue par le patient, prévoir la 2^{ème} injection après 4 semaines, et le rappel 6 mois à un an plus tard. S'il s'agit de la 2^{ème} injection vaccinale reçue par le patient, seul le rappel est nécessaire, 6 mois à un an plus tard.