

Infections staphylococciques



DR CHARAOUI-K
SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES
CHU CONSTANTINE

EPIDEMIOLOGIE



Agent causal → **staphylocoque**

cocci gram positif

non capsulés

résistant milieu ext +++

staph coagulase +

s. aureus ou doré

staph coagulase -

s.epidermidis

s.saprophyticus

résistance à la meticilline

EPIDEMIOLOGIE



réservoir

humain +++ **porteurs sains** ou malades
surfaces , air , eau

transmission

directe +++ → **manu portée**

Epidémiologie



Fréquence – groupes à risque → fréquentes +++

Staph aureus → sujet sain (jeune enft, sujet âgé)
→ communautaire +++ meti S
→ nosocomiale → **SARM**
chirurgie, brulé, reanimation...
→ SARM communautaire ?

Staph CN → infection liée aux soins / nosocomial
→ matériel étranger / KT
→ immunodépression
→ **meti R**

PHYSIOPATHOLOGIE



Porte d'entrée → **CUTANEE +++**

Facteurs de virulence → Ag pariétaux

→ exotoxines

→ enzymes **coagulase**



microthrombi septiques

↓ fibrinolysine

essaimage / voie sanguine

↓ métastases septiques

autres organes : endocarde , os +++

Facteurs de persistance → adhésion aux épithéliums et structures inertes

→ slime

MANIFESTATIONS CLINIQUES



BACTERIEMIES

Les plus fréquentes des bactériémies

Mécanisme thrombophlébitique

Métastases septiques +++

Choc septique

Communautaires 70% , porte d'entrée cutanée +++

Nosocomiales 30% , porte d'entrée iatrogène/ KT , ISO

Formes évolutives +++

MANIFESTATIONS CLINIQUES



FORMES AIGUES FULMINANTES

STAPHYLOCCIE MALIGNE DE LA FACE

forme classique

furoncle de la face/manœuvres intempestives

cellulite diffuse de la face → placard staphylococcique

rouge, froid

peu douloureux

sans bourrelet périphérique +++

Protrusion globe oculaire et chemosis

Cordons veineux thrombosés : front , cuir chevelu , angle int œil

Gravité → thrombophlébite du sinus caverneux : ophtalmoplegie
méningoencéphalite

Signes généraux +++ fièvre , EG altéré

Hémocultures +

MANIFESTATIONS CLINIQUES



FORMES SEPTICOPYOHEMIQUES

Fréquentes

Fièvre , frissons

EG altéré, pâleur , TA ↓, tachycardie ,SPM

Signes cutanés → pustulose hémorragique des extrémités

Recherche de la porte d'entrée +++

L'évolution → **métastases viscérales +++**

MANIFESTATIONS CLINIQUES



LOCALISATIONS VISCERALES

Précoces ou tardives

Uniques ou multiples

Parfois révélatrices

MANIFESTATIONS CLINIQUES



LOCALISATIONS OSTEO-ARTICULAIRES

ostéomyélite aiguë et arthrite hémotogène rares
sternite → thoracotomie en contexte septique
spondylodiscites avec risque d'épidurite

MANIFESTATIONS CLINIQUES



LOCALISATIONS PLEURO-PULMONAIRES

Pneumopathie staph primitive de l'adulte:

infiltrations parenchymateuses +/- étendues
micro abcès , bulles

Staphylococcie pleuropulmonaires du nourrisson:

graves , EG altéré
polypnée
radio thx: images changeantes d'un jour à l'autre
infiltrats pommelés multiples ,bulles , abcès
pneumothorax ,pyopneumothorax
pronostic sévère

MANIFESTATIONS CLINIQUES



LOCALISATIONS NEURO-MENINGEES

Abcès du cerveau
méningite, epidurite

MYOSITES STAPHYLOCOCCIQUES

rares , abcès unique ou multiples loges
musculaires des membres

MANIFESTATIONS CLINIQUES



ENDOCARDITES STAPHYLOCOCCIQUES

graves +++

Systematiquement recherchée

Endocardite sur valves natives :

endocarde lésé , infection / KT veineux ,toxicomanie

début brutal , Sd infect +++

emboles septiques cutanés +++

thromboses artérielles

anévrismes mycotiques

troubles hémodynamiques / délabrements valvulaires

endocardite tricuspидienne : dg difficile , révélée / emboles pulmonaires

Endocardite sur prothèses valvulaires

précoces ou tardives après l'intervention

risque de désinsertion matériel prothétique

MANIFESTATIONS CLINIQUES



STAPHYLOCOCCIES TOXINIQUES (NON SUPPURATIVES)

Sécrétion de toxines / certains staph

- Sd d'exfoliation généralisée
- Sd de choc toxique staphylococcique
- Toxi-infection alimentaire à staph

DIAGNOSTIC POSITIF



DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE +++

prélèvements : hémocultures

lésions cutanées

autres liquides biologiques

problème de contamination

culture milieu de sang et Chapman

recherche de coagulase

antibiogramme +++

TRAITEMENT



ATB ANTISTAPHYLOCOCCIQUES

sensibilité des staph est en constante évolution

beta lactamines → oxacilline , Cefazoline

aminosides → gentamycine

synergistines → pristinamycine

quinolones → ofloxacine

glycopeptides → glycopeptides

autres → acide fucidique ,

→ fosfomycine

→rifampicine

TRAITEMENT



INDICATIONS

choix des ATB repose sur:

documentation bactériologique

sensibilité du staph isolé a la meticilline

diffusion de l' ATB au site de l'infection

gravité de l'infection

TRAITEMENT



Bactériémie

staph meti S → peni M + gentamycine

staph meti R → Glycopeptides +
gentamycine

Ostéo-arthrite staph meti S → peniM + aminoside

staph meti R → glycopeptide

TRAITEMENT



- Traitement de la porte d'entrée
- Traitement des localisations secondaires
- Retrait de matériel prothétique ou KT