



[infections à streptocoques]

[cours destiné aux étudiants 4 ème année médecine]

[Pr Amel Ouyahia]
[infections à streptocoques]

INFECTIONS A STREPTOCOQUES

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

1. Connaître l'agent causal des streptococcies.
2. savoir diagnostiquer au plan clinique et biologique les différentes présentations d'une infection à streptocoque.
3. savoir gérer l'attitude thérapeutique de chaque situation.

PREREQUIS :

Cours de bactériologie (3ème année de médecine).

PLAN

I. Introduction :

II. agent causal

III. Clinique

1. Angine streptococcique

1.1. Clinique

1.2. Diagnostic positif

1.3. Diagnostic différentiel:

1.4. Traitement

2. Erysipèle

2.1. Clinique

2.1.1. Erysipèle de la face

2.1.2. Erysipèle du membre inférieur

2.2. Complications:

2.3. Traitement Curatif

3. La scarlatine

3.1. Transmission

3.2. clinique :

3.3. Diagnostic positif

3.4. Diagnostic différentiel

3.5. Traitement curatif

4. Fasciite nécrosante

4.1. Clinique :

4.2. Diagnostic étiologique:

4.3. Traitement

5. Choc toxique streptococcique

IV. Conclusion

I. INTRODUCTION :

• Les infections streptococciques sont **fréquentes et polymorphes, on distingue**

- Les infections directement liées à la multiplication bactérienne : streptococcemies ;angine, érysipèle, scarlatine ...
- D'autres relèvent de mécanismes Immunopathologiques induits par une infection antérieure : post streptococciques

II. Agent causal : Cf cours de microbiologie 3 ème année

III.CLINIQUE

1.ANGINE STREPTOCOCCIQUE

▶ La plus fréquente des infections à streptocoques.
Fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune.

▶ Le streptocoque A, β hémolytique est le plus souvent en cause, rarement le C et le G.

1.1. Clinique

▶ **Début** : brutal avec fièvre supérieure à 39°C , frissons , malaise général dysphagie et douleurs abdominales .

▶ **Examen de la gorge** :

▪ Angine érythémateuse : les amygdales sont rouges ,
Augmentées de volumes

▪ Angine érythémato pultacée : les amygdales sont hypertrophiées et recouvertes d'un enduit blanchâtre facile à décoller.

▶ Une ou plusieurs adénopathies sous angulo- maxillaires satellites .

▶ **Évolution** : favorable sous traitement, les principaux symptômes disparaissent en 3 à 4 jours .

L'évolution sans traitement se fait au prix **de complications** :

- Phlegmon péri amygdalien :
- Suppurations cervicales :
- Cellulites cervicales.
- Syndrome post streptococcique

A.1.2. Diagnostic

En Algérie : Toute angine érythémateuse ou érythémato pultacée est considérée comme d'origine streptococcique et doit être traitée comme telle

- Le test de diagnostic rapide (TDR) permet le diagnostic de l'angine à streptocoque du groupe A : non disponible en Algérie

1.3. Diagnostic différentiel:

Angine érythémateuse : causes virales

ANGINE PSEUDO MEMBRANEUSE : LA DIPHTERIE ; LA MNI

Angine ulcéreuse ; hémopathies , angine de vincent

Angine vésiculeuse : causes virales .

1.4. Traitement :

► **Antibiothérapie**

Première intention en Algérie :

- **Benzathine pénicilline Extencilline IM** :1 seule injection

600 000UI poids ≤ 30 Kg

1200000UI poids > 30 Kg

OU **Pénicilline V 50.000ui/kg/J** pendant 10jours

En seconde intention :

- Amoxicilline orale 6-10j

Alternatives : Les macrolides :

Erythromycine : 50 mg/Kg/j

2.ERYSIPELE

Dermo hypodermite aiguë non nécrosante localisée , due au strepto β hémolytique du groupe A .

- Adulte > 40ans

A.2.1. Clinique

Le début est brutal : frissons, fièvre à 39°C, douleur locale et malaise général .

Signes locaux :

A.2.1.1. Erysipèle de la face

Une infiltration rouge, chaude, indurée et douloureuse qui s'étend rapidement de part et d'autre du nez, en aile de papillon. Les lésions sont limitées en périphérie par un bourrelet surélevé bien visible : bourrelet périphérique.

- Adénopathies satellites.

La porte d'entrée : lésion minime de la peau, rhinite ou eczéma du conduit auditif externe.

- **Diagnostic différentiel :**

staphylococcie maligne de la face
Eczéma de la face

2.1.2. Erysipèle du membre inférieur

► s'observe souvent chez le sujet âgé, obèse ayant une mauvaise circulation veino lymphatique.

L'examen retrouve un membre œdématié, la peau est chaude, tendue indurée, luisante.

La porte d'entrée : ulcération trophique, une plaie punctiforme, un intertrigo des orteils

- **Diagnostic différentiel :**
Thrombophlébite du membre inférieur
Ostéomyélite

2.2. Complications:

Suppuration ou sphacèle du placard érythémateux ; adénophlegmon ,
phlébite ; Bactériémie; récidives

Fasciite nécrosante streptococcique

2.3. Traitement Curatif :

► Hospitalisation

► **Antibiothérapie :**

Amoxicilline 50mg/Kg/j en 03 prises) ou la pénicilline V (03à 06 millions U/j en 03 prises) .

La durée du traitement est de 10 à 20 jours

En cas d'allergie : Pristinamycine : Pyostacine ® comprimés à 500mg per os à la posologie de 50mg/Kg/j en 03 prises .

anticoagulants à doses préventives.

Les AINS sont à proscrire

3.La SCARLATINE

Due au streptocoque du groupe A (exceptionnellement C ou G) infecté par un bactériophage . Le streptocoque sécrète une toxine érythroène .

3.1.Transmission : directe par voie aérienne à partir d'un patient d'un porteur sain .

3.2. clinique :

Début : brutal avec fièvre à 39-40°C, frisson, tachycardie, dysphagie, vomissements.

L'examen retrouve une angine érythémateuse, une langue saburrale, des adénopathies sous- angulo maxillaires sensible.

Période d'état :

Elle s'installe en moins de 48 H et se caractérise par un exanthème associé à un énanthème :

L'exanthème :

- débute sur le thorax et à la racine des membres, puis s'étend en 1 à 2j sur tout le tronc ; il atteint les membres en respectant paumes et plantes ainsi que la région péribuccale. Il prédomine au niveau des plis de flexion.
- C'est un érythème diffus, en nappe, sans intervalle de peau saine avec un fin piqueté rouge plus sombre.

L'énanthème : constant et caractéristique, associant :

- Une angine érythémateuse ou érythématopultacée
- Des modifications de l'aspect de la langue : qui va aboutir à un aspect de langue framboisée

Les signes généraux : fièvre élevée, soif, tachycardie

3.3. complications

Complications précoce d'origine toxique : Néphrite précoce ,
rhumatisme précoce

Complications tardives similaires à celles de l'angine

3.4. Le diagnostic est essentiellement clinique

3.5. Diagnostic différentiel :

- Rougeole
- Rubéole
- Mononucléose infectieuse
- Toxidermie

3.6. Traitement curatif :

- **Pénicilline V orale** :
Enfant : 50000 U /Kg/j ; **Adulte** : 3-4 millions UI/j
- **Ou pénicilline G, IM**
- **macrolides** :
Erythromycine : **Enfant** 30-50mg/Kg/j ; **Adulte** : **2g/j**

Durée du traitement : 10jours

- ►► **Traitement préventif : déclaration obligatoire**

La prévention chez les sujets contacts repose sur la pénicilline V ou macrolide pendant 07 jours.

4. FASCIITE NECROSANTE

- Urgence medico chirurgicale
- Le plus souvent due au streptocoque A

C.1.1.1.Clinique :

Atteinte des membres inférieurs

Succède souvent à un traumatisme minime (brûlure , piqûre d'insecte , plaie , dermatose , intertrigo)

Le début est brutal :

- **Sepsis grave**
- **dermohypodermite**
- **nécrose cutanée**
- Douleur intense
- Oedème, cyanose, odeur putride , crépitations .

Autres localisations

- **membres supérieurs**
- **Formes cervicofaciales**
- **Formes thoraco-abdominales**
- **Forme périnéale**

4.2. Diagnostic étiologique:

- **Hemocultures**
- **Prélèvement per opératoire ou ponction de bulle:**
strep β hémolytique du groupe A , mais souvent multi microbien .
- **IRM est l'examen radiologique de choix .**

4.3. Traitement : urgent , en unité de soins intensifs par voie parentérale :
pénicilline 20 à 30 M UI perf + clindamycine 25 mg/Kg/j
(600 mg IV toutes les 6 heures)

En cas d'allergie : **Vancomycine**
Métronidazole

- **Anticoagulation**
- **CHIRURGIE ++** Excision des zones nécrosées

5. CHOC TOXIQUE STREPTOCOCCIQUE

- Porte d'entrée : traumatisme local, infection locale mineure
- Tableau sévère associant signes locaux (érythème puis bulles et vésicules) et signes généraux fièvre, prostration puis un état de défaillance multiviscérale .

5.1. Le diagnostic est retenu sur l'association

- **hypotension artérielle + au moins deux des conditions suivantes**
- ✓ **défaillance rénale :**
- ✓ **plaquette $\leq 100\ 000/mm^3$ ou CIVD,**
- ✓ **produits de dégradation de la fibrine.**
- ✓ **Atteinte hépatique**
- ✓ **Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte**
- ✓ **Éruption érythémateuse généralisée**
- ✓ **Nécrose des tissus mous**

Les hémocultures sont souvent positives

5.2. **Traitement :** bi antibiothérapie active sur le streptocoque

Pr A. OUYAHIA faculté de médecine- UFAS1 ; ouyahiaam@gmail.com
Période de la pandémie CoVID 19, que dieu protège tous nos étudiants

B.lactamines : ampicilline : 100-200mg /kg/j,

glycopeptide : vancomycine : 40-60 mg/kg /j (E-II : allergie, nephro-ototoxicité)

aminosides : -gentamycine : 3 mg/kg/j E-II : nephro et ototoxicité

- amikacine : 15 mg/kg/j (Ne sont actifs qu'en associations)

Vous pouvez m'envoyer vos questions par mail.
