

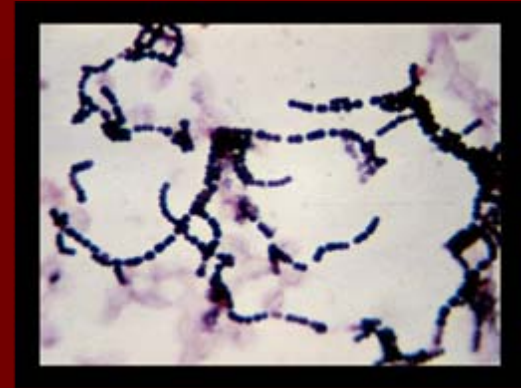
INFECTIONS INVASIVES A STREPTOCOQUES (cutanées)

Dr Céline CAZORLA

(service des maladies infectieuses CHU St Etienne)

STREPTOCOQUE

- Cocci Gram +
- En chaînette
- Plusieurs sérotypes
- *streptococcus pyogenes* groupe A le plus fréquent
- Production de toxines pyrogènes rôle de superantigènes



INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES NON INVASIVES

- Infections cutanées

 - Erysipèle

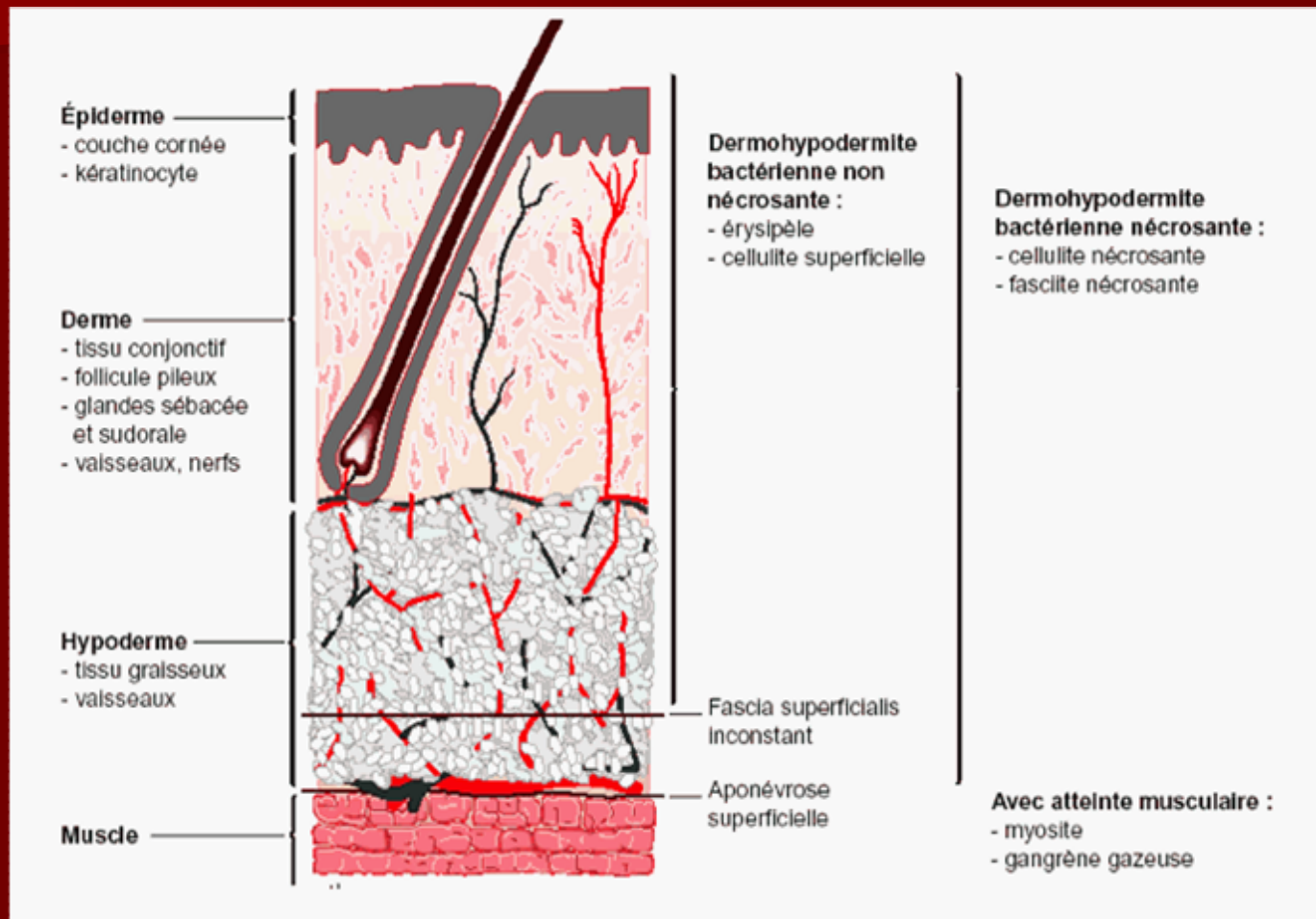
 - Dermohyperdermite bactérienne ou
« cellulite »

 - Impétigo

 - Ectyma

- Angine

ATTEINTE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES ATTEINTES CUTANÉES

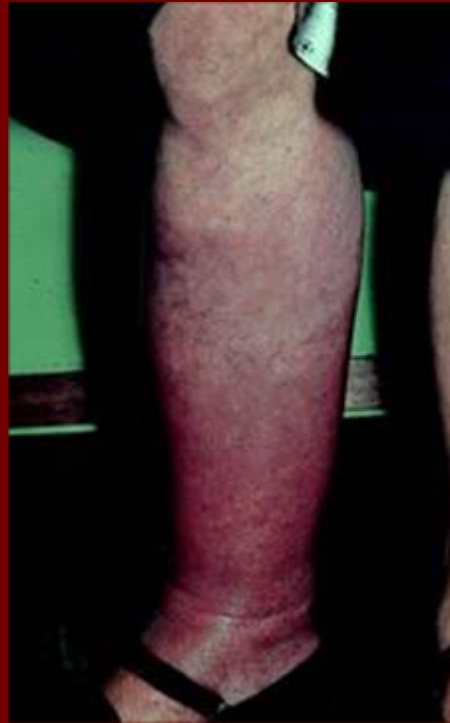


INFECTIONS CUTANÉES STREPTOCOCCIQUES NON INVASIVES

■ ERYSIPELE



ERYSIPELE



INFECTIONS CUTANEEES NON INVASIVES STREPTOCOCCIQUES

IMPETIGO



INFECTIONS CUTANEEES STREPTOCOCCIQUES NON INVASIVES

ECTYMA



DEFINITION DES INFECTIONS INVASIVES STREPTOCOCCIQUES

- Isolement de streptocoque du groupe A d'un site normalement stérile: LCR, poumon, sang, articulation, endocardie
- Mais aussi de sites cutanés dans les DHB nécrosantes ou fasciites nécrosantes
- Ou associé à un choc toxique streptococcique

INTERET

bactérie
mangeuse
de chair



- **Fréquente** : 2.7/100000 hab en 2004 en France (réseau EPIBAC) ⁽¹⁾, 3.5 aux EU ⁽²⁾
- Taux de **létaleté** élevé 50 % choc ⁽³⁾
- **Séquelles** : amputation
- Possibilité de **transmission** à l'entourage : risque x 20 à 200,
- Epidémiogène

(1) INVS

(2) O'Brien KL, et al .Clin Infect Dis 2002 ; 35 : 268-76.

(3) A. Lepoutre et al . Med Mal Inf 2007

FACTEURS DE RISQUE

- Age > 65 ans
- Pathologie sous-jacente : diabète, cancer, hémopathie, insuf hépatique, insuf cardiaque
- Immunodépression
- Corticothérapie au long cours > 5j à poso > 5mg/Kg/j ou 0.5 mg/Kg /j > 30j
- Varicelle évolutive
- Lésions cutanées ++ brûlures

DERMO-HYPODERMITE BACTERIENNE NON NECROSANTE (DHB)

Ex « cellulite »

- Pas de limite nette (diff de l'érysipèle)
Lymphangite moins constante
- Complications locales plus fréquentes :
abcès, nécrose
- Evolution plus prolongée
- ATB efficace sur strepto et staph :
clindamycine ou pristinamycine, ou
amoxicilline-acide clavulanique

DHB ou CELLULITE



FACIITE NECROSANTE OU DHBN

- Rare (500 cas /an au RU) mais urgence vitale
- Taux de mortalité 20-33 % ^(1,2)
- Terrain fragilisé : diabète, grand âge, obésité, alcool, immunodépression...
- Rôle des AINS ?

(1) O'Loughlin RE, Clin Infect Dis.2007;45(7):853-862.

(2) Golger A, Plast Reconstr Surg. 2007;119(6):1803-1807.

FASCIITE NECROSANTE (DHBN)

- Caractère **hyperalgique**, au-delà de la zone visible
- Oedème induré, cyanose, livedo grisâtre, hypoesthésie cutanée, crépitations (tardive), odeur putride
- Altération sévère et brutale de l'état général

FASCIITE NECROSANTE



FACIITE NECROSANTE OU DHBN

- Augmentation des CPK,
 - Hemoculture + 1/3
 - Hyperleucocytose,
 - Prélèvement per-op ou ponction de bulle
 - Rx (gaz), IRM ++
-
- Morbidité longue : allongement de la durée d'hospitalisation, séquelles majeures amputation (>5 %)

TRAITEMENT CHIRURGICAL : EXCISION DES ZONES NECROSEES



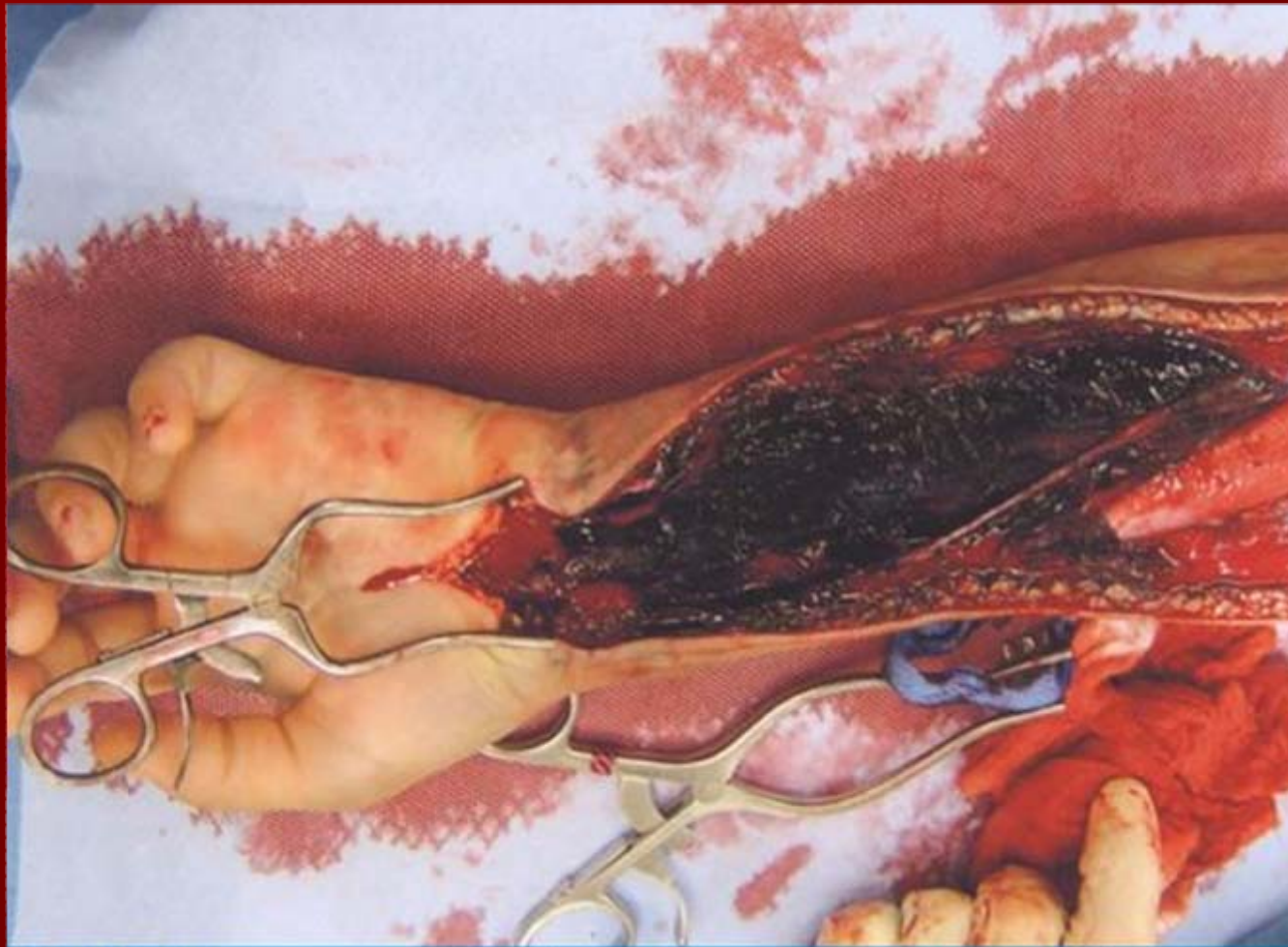
FACIITE NECROSANTE OU DHBN

- Prise en charge médico-chirurgicale **URGENTE** ⁽¹⁾
- Ttt du choc septique
- Anticoagulation
- CHIRURGIE ++
 - Excision des zones nécrosées
 - Pansement quotidiens
- ATB : pénicilline + clindamycine
- En fonction de la localisation ou des germes : ureidopénicillines
- Autres thérapeutiques : Ig polyvalentes IV, O₂hyperbare, VACthérapie



Medscape

Source: Wounds © 2009 HMP Communications, Inc.



Medscape

Source: Wounds © 2009 HMP Communications, Inc.



CHOC TOXIQUE STREPTOCOCCIQUE

- Description plus récente
- Plus fréquent, plus grave, hémocultures plus souvent + que le choc staphylococcique
- 10 % des infections invasives à streptocoques et 20 % des bactériémies à streptocoque
- Mortalité : 37-75 % (3-5 % dans les staphylococciques)

CHOC TOXIQUE STREPTOCOCCIQUE

- Pas de signes digestifs
- Fièvre, hypotension artérielle, défaillance multiviscérale
- Myalgies, CIVD,
- Exanthème diffus sans intervalle de peau saine desquamation palmo-plantaire retardée (1 à 2 semaines)
- Exotoxine SPE-A (streptococcal pyrogenic exotoxin) du sérotype M1 ou M3.

CHOC TOXIQUE STREPTOCOCCIQUE

- Porte d'entrée :
 - 1/3 infection cutanée superficielle :
surinfection de plaie ou de varicelle
 - 1/3 infection profonde (pneumopathie,
endocardite)
 - 1/3 infection post-opératoire
- ATB : repose sur une association
bétalactamines et clindamycine
- Mesures de réanimation
- Ig polyvalentes

ROLE DE L'INFIRMIERE

- Reconnaissance des signes de choc :
 - Hypotension artérielle,
 - marbrures,
 - vasoconstriction

- Surveillance des plaies ou des infections cutanées :
 - Pansement quotidiens voire plus
 - Délimitation au marqueur de la zone inflammatoire
 - Extension
 - Douleur au-delà de la zone érythémateuse
 - Nécrose
 - Crépitations
 - « Ecchymoses » rapidement extensives

PREVENTION DES CAS CONTACTS

- Avis du HCSP du 18/11/2005
- Autour d'un cas : famille
 - Recherche des contacts avec médecin traitant
 - Si facteurs de risque : prophylactique
 - Si signe clinique : tt
- Information des contacts sur la survenue des signes possibles dans les 30 j après le dernier contact.
 - Si cas groupés : signalement DDASS

CONCLUSION

- Infections encore rares
- Gravité ++
- Difficultés à déceler dès les premières heures
- Difficultés de la prise en charge médico-chirurgicale