

LES STREPTOCOCCIES

INTRODUCTION

La classification de Lancefield, basée sur l'identification du polysaccharide C :

⇒ Streptocoques groupables (18 sérogroupes de A à H et de K à T), surtout A, rarement B, C ou G.

Le groupe D : streptococcus bovis.

Enterococcus (faecalis, faecium, durans).

L'homme est le réservoir naturel.

Portage essentiellement pharyngé, moins souvent cutané ou entérique pour le D.

Transmission aérienne +++.

Les entérocoques sont souvent isolés ⇒ des fèces des sujets sains, rarement ORL, ou génital.

PATHOGENIE

Le groupe A est le plus virulent par sa capsule (acide hyaluronique) et une protéine M ayant une action anti-opsonisante ⇒ support de l'immunité, spécifique de type.

Les streptocoques élaborent des substances :

Les hémolysines :

- Streptolysine S, sans pouvoir antigénique ⇒ hémolyse.
- Streptolysine O, non hémolytique, très antigénique ⇒ antistreptolysines O (ASLO).

Les enzymes : induisant des Ac (streptodornase, streptokinase, hyaluronidase, ribonucléase..).

CLINIQUE

A- Manifestations cutané-muqueuses

1) Angine

Due au streptocoque β hémolytique A dans 80% des cas.

Début brutal : fièvre 39° - 40°c

Nausée, dysphagie, otalgie, parfois vomissements, douleurs abdominales.

Examen : angine érythémateuse ou érythémato-pultacée, ADP sous angulo-maxillaire.

Sous traitement : l'évolution est favorable.

Sans traitement : risque de complications :

Locorégionales ⇒ otite, sinusite, phlegmon A, abcès rétro pharyngé.

A distance ⇒ RAA, GNA, chorée.

Toxinique ⇒ scarlatine, choc toxique.

2) Erysipèle

Dermoépidermite aiguë due au groupe A, siège au membre inférieur (grosse jambe aiguë fébrile récidivante) et la face.

P.E : ulcération trophique, plaie punctiforme, intertrigo des orteils.

Incubation : 3 à 7 jours.

Début brutal : Fièvre 39 – 40°, Frissons, Céphalées, Malaise général.

Brûlures au niveau de la région où va apparaître l'éruption.

Au bout de quelques heures : ⇒ *placard érythémateux*, s'étendant de façon centrifuge, rouge, chaud, sensible, ce placard va tuméfier les téguments réalisant le bourrelet caractéristique de l'érysipèle streptococcique ≠ érysipèle staphylococcique.

Au sein de l'érysipèle, il existe des phlyctènes, parsemé de pétéchies parfois ADP satellites.

Evolution : sous traitement favorable mais les récurrences sont fréquentes, surtout au niveau des membres inférieurs.

Facteurs favorisants : stase hémodynamique, obésité, diabète, néoplasie et traumatisme.

3) Impétigo

Dû au streptocoque A, contagieux, caractère épidémique. Fréquent chez les enfants, tendance à la dissémination.

Papule ⇒ bulle ⇒ purulente ⇒ pustule ⇒ croûte jaunâtre et friable.

Siège : Face, cuir chevelu et les extrémités parfois ADP satellites.

Caractère purulent et tendance à la dissémination ⇒ risque de survenue soit de lymphangite, ou de septicémie ⇒ PE.

Sous traitement l'évolution est favorable.

4) Cellulites streptococciques

▪ Cellulite gangréneuse streptococcique:

Rare mais grave.

Localisée surtout aux membres inférieurs après un traumatisme minime.

Placard inflammatoire banal au début, puis en 24 heures, tableau brutal avec peau ardoisée puis lésion purpurique et nécrotique avec une périphérie bien limitée.

Evolution : vers la gangrène cutanée avec fusées purulentes.

Signes généraux intenses : fièvre, déshydratation, trouble de la conscience, risque de choc.

Facteurs favorisants : obésité, diabète, IC congestive, retard à l'ATB et traitements inflammatoires.

Mortalité élevée.

▪ Cellulite nécrosante synergistique:

Atteinte plurimicrobienne, grave avec gangrène de la peau et des tissus avoisinants.

4) Scarlatine

Toxi-infection (groupe A).

Sécréteur d'une toxine érythrogyène conférant immunité toxique mais n'empêche pas les récurrences.

Transmission directe.

Incubation : 2 à 5 j.

Début brutal : 48 h. ⇒ Température 39 – 40°, Frissons, malaise, Céphalées, agitation, Nausées, vomissements, Parfois douleurs abdominales, arthralgies.

Examen :

Faciès vultueux, pouls rapide (140 à 160 batt. /Min), tachycardie.

Angine douloureuse + dysphagie, rouge vif avec petites pigmentations hémorragiques diffuses s'étendant à toute la gorge volontiers purulentes,

Langue chargée d'un enduit blanchâtre respectant les bords et la pointe (fameux V lingual) + ADP sous angulo-maxillaires.

NFS ⇒ hyperleucocytose à PNN.

48h après phase d'état :

exanthème caractéristique en une seule poussée d'abord au niveau du thorax et partie inférieure de l'abdomen, racine des cuisses, coude et genou, s'étendant en 24 – 48 h ⇒ tronc, membres et atteint inconstamment la face et les extrémités.

Rouge franc, pas d'intervalles de peau saine, sensation de granité.

Parfois de petites pétéchies.

Caractéristique par sa topographie prédominante aux plis de flexion, respectant la paume des mains et la plante des pieds et inconstamment la face (aspect souffleté rouge tuméfié, réalisant le signe de Trousseau)

Enanthème : angine.

La glossite : pathognomonique, au bout de 3 à 4 j.

Le V est rouge circonscrit en V blanc.

Au 6 – 8 j : ⇒ les papilles restent à nues (langue rouge framboisée) ⇒ la glossite exfoliative (de grande valeur diagnostic).

Persistance du syndrome infectieux, ADP, parfois SPM.

Biologie : hyperazotémie avec protéinurie.

Evolution : favorable sous traitement.

Sans traitement ⇒ desquamation en 8 – 10 j, au niveau du tronc en écailles, fines squames à la face, extrémités en larges lambeaux.

Complications rénales : GNA, RAA.

B- Bactériémies

Graves, mais rares depuis les ATB.

P.E : cutanées (surtout A), dentaires ou oro-pharyngée (streptocoques non groupables), digestives (D), urinaires et génitales (B).

Clinique : Frissons, fièvre élevée, AEG, SPM.

Manifestations cutanées : exanthèmes scarlatiniformes, placards érysipélateux, éruption vésiculo-pustuleux, purpura pétéchiale parfois extensif, érythème noueux.

Signes articulaires : arthralgies, arthrites S. F ou purulentes.

Phlébites des membres inférieures d'évolution parfois prolongée.

Les métastases septiques sont rares grâce aux ATB, peuvent être pleuropulmonaires (abcès, pleurésie purulente), hépatiques (ictères, HPM, rarement abcès), ostéoarticulaires, musculaires, péritonéales

C- Autres infections streptococcique

Ostéo-arthrite.

Infection neuro-méningée.
Infection pleuro-pulmonaire

DIAGNOSTIC POSITIF

Arguments cliniques (angine, érysipèle, cellulite etc.....)
Recherche de la porte d'entrée et des localisations secondaires en cas de bactériémie
NFS (hyperleucocytose à PN, VS ↑, CRP
Le streptocoque n'est pas un germe de souillure.
Hémocultures, prélèvements aux P.E et aux localisations secondaires

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Scarlatine : allergie médicamenteuse, rubéole, MNI.
Bactériémie : septicémies à d'autres germes.

TRAITEMENT

◆ **Streptococcies cutanéomuqueuses:**

Péni. G dose : 2 à 3 millions U/j adulte IM, 100.000 U/kg/j enfant.
CI : macrolides ; érythromycine 2 g/j adulte, 30 à 50 mg/kg/j enfant.
Durée du traitement: 10 jours.

◆ **Scarlatine :**

Repos au lit, surveillance de la fonction rénale, déclaration, isolement, éviction scolaire 15 j.

◆ **Septicémie :**

Péni. G 30 – 50 millions U/j adulte, 400.000 U/kg/j enfant. Pendant 20 à 30 j, ou Aminopénicillines.
Si streptocoque D, B ou entérocoque ⇒ Ampicilline : 150 à 200 mg/kg/j enfant, 10 à 12 g/j adulte, + Aminosides ou uréilopénicilline + aminosides si infection polymicrobienne.
En cas d'allergie : glycoprotéines + aminosides. Phosphomycine + rifampycine.