



BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE RÉGION DU NORD-DU-QUÉBEC

Les infections invasives à streptocoque beta-hémolytique du groupe A

Par Denise Décarie, médecin-conseil à la Direction de santé publique
du CISSS des Laurentides et Éric Botuna Eleko, médecin-conseil
à la Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James

Les infections à streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA) sont considérées invasives lorsque le SGA est isolé d'un site normalement stérile : sang, liquide céphalo-rachidien, liquide articulaire, etc. Elles débutent soudainement et évoluent rapidement. En quelques heures seulement, le tableau clinique peut se modifier drastiquement. Toutefois, ces infections sont rares. Au Québec, leur taux d'incidence a été d'environ 4 cas sur 100 000 habitants pour la période allant de 2008 à 2015.

Tableau clinique

L'infection se présente par de la fièvre et les manifestations qui s'ensuivent varient selon le site atteint :

- Fasciite ou myosite nécrosante : douleur importante, coloration bleutée de la peau et apparition de bulles se répandant rapidement.
- Pneumonie : détresse respiratoire.
- Autres infections invasives : méningite, péritonite, ostéomyélite, etc.

Toutes ces manifestations peuvent être accompagnées d'un choc toxique.

La douleur de la myosite et de la fasciite est fréquemment disproportionnée par rapport aux signes cutanés observables tels que rougeur ou bleuissement.

Complications

L'infection invasive à SGA peut entraîner la mort dans 10 à 15 % des cas. La létalité est plus élevée chez les personnes âgées et en présence d'un choc toxique.

Période d'incubation

La période d'incubation de la plupart des infections streptococciques est habituellement de 1 à 3 jours. Celle des infections invasives n'a pas été clairement définie, mais on peut croire qu'elle est similaire.

Période de contagiosité

La période de contagiosité commence 7 jours avant le début des symptômes et persiste jusqu'à 24 heures après le début de l'antibiothérapie.

Mode de transmission

La transmission du SGA varie selon le foyer d'infection. Elle se fait essentiellement :

- Par contact avec les sécrétions respiratoires des personnes infectées;
- Par contact direct avec l'écoulement d'une lésion infectée de la peau;
- Par contact indirect avec des mains ou objets contaminés.

Prévention

Un antibiotique en prophylaxie doit être administré le plus rapidement possible aux contacts étroits et préférablement dans les 24 heures suivant l'identification du cas. Toutefois, la prophylaxie reste indiquée :

- si elle est entreprise dans les 7 jours qui suivent la dernière exposition au cas alors qu'il était contagieux;

ET

- si ces personnes ont été exposées au cours des 7 jours précédant les premiers symptômes ou pendant les 24 premières heures suivant le début du traitement.



Recommandations pour la prophylaxie

La prophylaxie n'est recommandée qu'aux contacts étroits d'infections invasives graves, soit si le cas-index :

- Est décédé;
- A souffert d'une infection invasive avec choc toxique*;
- A souffert d'une pneumonie, d'une méningite ou d'une nécrose des tissus mous (myosite ou fasciite nécrosante, ou gangrène).

On considère comme contacts étroits :

- Les personnes vivant sous le même toit (et celles fréquentant ce milieu) et ayant été exposées au cas de façon régulière et prolongée, c'est-à-dire au moins 4 heures par jour ou pour un total de 20 heures ou plus au cours des 7 jours précédant l'apparition des symptômes.
- Les personnes qui ont partagé le même lit que le cas (même si moins de 20 heures).
- Les personnes qui ont eu une relation sexuelle avec le cas.
- Les personnes ayant eu un contact direct d'une muqueuse (nasale ou orale) avec les sécrétions orales ou nasales du cas (réanimation bouche à bouche, baiser prolongé).
- Les personnes ayant été exposées directement, sans protection, avec l'écoulement d'une plaie ou d'une lésion cutanée infectée sans lavage des mains après.
- Les UDI qui ont partagé des aiguilles avec le cas.

Les personnes exposées à l'école, au travail et au cours d'activités sociales ou sportives ne sont généralement pas considérées comme des contacts étroits.

* Le choc toxique est défini comme la présence d'hypotension (systole ≤ 90 mmHg) accompagnée d'au moins deux des conditions cliniques suivantes : défaillance rénale, coagulopathie, atteinte hépatique, syndrome de détresse respiratoire de l'adulte, éruption érythémateuse, nécrose des tissus mous.

Mesures en milieu hospitalier

En milieu hospitalier, les pratiques de base doivent être appliquées en tout temps et le port de l'équipement de protection individuelle doit être respecté selon l'exposition :

- Gants lorsqu'il y a un risque de contact avec du sang;
- Masque, protection oculaire, blouse et gants lors d'intubation;
- Masque en cas de contact avec un usager présentant de la toux.

Dès la suspicion de fasciite nécrosante, les précautions additionnelles contact/gouttelettes (masque, protection oculaire, blouse et gants) doivent être immédiatement mises en place. Si le diagnostic est confirmé, elles doivent demeurer en place jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.

Si les précautions additionnelles n'ont pas été respectées, une antibioprophylaxie pour le personnel peut s'avérer nécessaire dans les situations suivantes :

- Contact direct avec une muqueuse ou avec les sécrétions orales ou nasales du cas, comme lors d'intubation ou de toute procédure générant des gouttelettes;
- Contact direct avec l'écoulement d'une plaie ou d'une lésion cutanée infectée.



Antibiotiques recommandés pour la prophylaxie chez les contacts étroits d'infections invasives graves à streptocoque du groupe A

ANTIBIOTIQUE	POSOLOGIE	COMMENTAIRES*
PREMIÈRE INTENTION		
Céphalosporines de première génération (Céphalexine et Céfadroxil)	<p>Céphalexine (ex. : Apo-Cephalex®)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfants : 25 à 50 mg/kg/jour, divisés en 2 doses pour 10 jours (ne pas excéder la dose adulte) • Adultes : 500 mg, BID pour 10 jours <p>Céfadroxil (ex. : Duricef®, Novo-cefadroxil®)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultes : 1 g, DIE ou 500 mg, BID pour 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandés pour la femme enceinte ou qui allaite. • Utiliser avec précaution chez les patients allergiques à la pénicilline. Ne pas utiliser chez ceux ayant une allergie de type immédiat (type 1) à la pénicilline. • Utiliser avec précaution chez les patients ayant une insuffisance rénale. • Céfadroxil non recommandé chez les enfants, car non disponible en suspension.
DEUXIÈME INTENTION		
Option pour les personnes ayant une allergie de type immédiat (type I)** ou une intolérance aux β-lactamines (pénicilline, céphalosporines)		
Un antibiogramme de la souche du cas est nécessaire pour établir le meilleur choix pour la prophylaxie. En l'absence du résultat de l'antibiogramme, un des antibiotiques suivants peut être administré jusqu'à l'obtention du résultat.***		
Clindamycine (ex. : Dalacin®, Riva-clindamycine®)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants : 8 à 16 mg/kg/jour, divisés en 3 ou 4 doses pour 10 jours (ne pas excéder la dose adulte) • Adultes : 150 mg qid pour 10 jours 	Peut être administré à la femme enceinte ou qui allaite.
Clarithromycine (ex. : Biaxin®, Ratio-clarithromycine®)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants : 15 mg/kg/jour, divisés en 2 doses pour 10 jours (ne pas excéder la dose adulte) • Adultes : 250 mg bid pour 10 jours 	On ne dispose pas d'information sur le risque durant la grossesse. Peut être administré durant l'allaitement.

* Tout antibiotique peut modifier l'action de la warfarine (Coumadin). Cet effet est plus important avec les antibiotiques à large spectre et chez les patients malnutris ou ayant des troubles hépatiques ou rénaux graves. Chez ces patients, il faudrait suivre l'INR et ajuster la dose de warfarine au besoin.

** Le lecteur qui souhaite obtenir plus de détails sur l'allergie de type immédiat (type I) peut consulter la section portant sur l'anaphylaxie au chapitre 8 du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ).

*** Si le résultat de l'antibiogramme montre que la souche invasive du cas est sensible à la clindamycine et aux macrolides, la clindamycine ou la clarithromycine peut être recommandée pour la prophylaxie de la personne ayant une allergie de type immédiat (type I) ou une intolérance aux β-lactamines (pénicilline, céphalosporines). Par contre, si le résultat de l'antibiogramme montre que la souche invasive du cas est résistante aux macrolides et à la clindamycine, il est recommandé de ne pas offrir une prophylaxie à ce contact étroit (ou la cesser si elle a été débutée). Les contacts étroits, recevant ou ne recevant pas une prophylaxie antibiotique, devraient être informés des symptômes d'une infection à streptocoque et être avisés de consulter rapidement si ces symptômes apparaissent dans les 30 jours suivant l'exposition.

SOURCE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

Guide d'intervention : les infections invasives à streptocoque du groupe A, édition 2017, mise à jour de la section 2.8 (mars 2012), Direction des communications, MSSS, 2012, p. 71.

POUR INFORMATION

Le Guide d'intervention : les infections invasives à streptocoque du groupe A est consultable au :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-271-03W.pdf>

À VOTRE SANTÉ!

Responsable de la publication
Éric Botuna Eleko,
médecin-conseil

Révision
Julie Pelletier,
Adjointe à la PDG, Relations médias,
communications et affaires juridiques

Publication
Direction de santé publique
CRSSS de la Baie-James
312, 3^e Rue
Chibougamau (QC) G8P 1N5

Information
Tél. : 418 748-3575, poste 5129
www.crsssbaiejames.gouv.qc.ca