

STREPTOCOQUE BÊTA-HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A (INVASIF)

Aperçu de la maladie

L'infection à *Streptococcus pyogenes*, une bactérie bêta-hémolytique à Gram positif, est connue sous le nom de streptocoque du groupe A (SGA) et est à l'origine d'une vaste gamme d'infections non invasives (p. ex. pharyngite streptococcique ou impétigo) et invasives chez les humains. Plus de 100 sérotypes de la protéine M distincts ont été recensés. Bien qu'elles soient plus rares, les infections invasives sont plus graves et infectent des parties du corps normalement stériles, comme le sang ou les organes. Les deux manifestations les plus graves d'une infection sont le syndrome de choc toxique streptococcique (une infection qui progresse rapidement et entraîne une chute de tension artérielle ou un choc ainsi que des lésions à des organes, comme les reins, le foie et les poumons) et la fasciite nécrosante (infection des muscles et des tissus adipeux).

Symptômes

Les symptômes précédant l'apparition d'une infection invasive à SGA varient selon la manifestation ou le site d'infection. Ils peuvent être vagues et sont notamment une douleur d'une intensité inhabituelle, de l'enflure, de la fièvre, des frissons, des symptômes pseudo-grippaux, des douleurs musculaires généralisées, une éruption maculaire généralisée, des bulles, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, un malaise ou des douleurs articulaires.

Le syndrome de choc toxique streptococcique (SCTS) et la fasciite nécrosante (FN) sont les manifestations les plus graves d'une infection invasive à SGA. Causé par une souche du SGA produisant des toxines, le SCTS se caractérise par de la fièvre et une hypotension artérielle et touche plusieurs organes. La FN peut avoir de lourdes conséquences; ses symptômes sont habituellement de la fièvre et une enflure rougeâtre et douloureuse des tissus qui se propage rapidement. La FN est diagnostiquée lorsque la maladie se propage aux tissus entourant le muscle (fascia).

Réservoir

Les êtres humains

Mode de transmission

La transmission se fait par contact avec de grosses gouttelettes respiratoires ou par contact direct :

- propagation de gouttelettes lorsqu'une personne infectée tousse ou éternue;
- contact direct ou indirect des muqueuses buccales ou nasales avec des sécrétions respiratoires infectieuses ou des exsudats de plaies ou de lésions cutanées;
- contact direct ou indirect de la peau non intacte avec des sécrétions respiratoires infectieuses ou des exsudats de plaies;
- partage d'aiguilles contaminées.

Des éclosions d'infections nosocomiales graves (après des interventions chirurgicales) ont été attribuées à des porteurs anaux, vaginaux, cutanés et pharyngés.

La porte d'entrée des infections invasives est souvent la peau, bien qu'elle demeure inconnue dans de nombreux cas.

Période d'incubation

De 1 à 3 jours

Période de transmissibilité

Pour les besoins de la prise en charge des contacts par la Santé publique, la période de transmissibilité est de 7 jours avant l'apparition des symptômes à 24 heures après le début du traitement antimicrobien chez le cas.

Facteurs de risque

Risques accrus de contracter l'infection/des symptômes graves :

- fréquentation de services de garde ou emploi dans de tels services;
- résidents des établissements de soins de longue durée;
- problèmes de santé chroniques (p. ex. diabète sucré, maladie cardiaque, maladie pulmonaire, cancer ou maladie rénale), infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou affections immunosuppressives, consommation de drogues par voie intraveineuse ou alcoolisme;
- grossesse;
- varicelle, affection cutanée chronique ou actuelle ou lésions cutanées (coupures, plaies chirurgicales).

Remarque : Le formulaire de surveillance de l'infection invasive à SGA contient une liste détaillée des autres facteurs de risque.

Définition de cas de surveillance

Le Nouveau-Brunswick suit les définitions de cas nationales pour les cas confirmés et probables.

Cas confirmé

Isolement du streptocoque du groupe A (SGA) d'un site normalement stérile¹, avec ou sans signes cliniques d'infection invasive grave², c'est-à-dire que le cas confirmé peut ou non présenter une infection invasive « grave ».

Cas probable

Isolement du SGA ou détection d'antigènes du SGA dans un site non stérile, avec des signes cliniques d'infection invasive grave [2] en l'absence d'une autre cause établie.

Diagnostic et lignes directrices à l'intention des laboratoires

Le diagnostic d'un cas confirmé d'infection invasive à SGA est établi par l'isolement du *Streptococcus pyogenes* à partir d'un site normalement stérile. Toutes les cultures isolées à partir d'un site stérile sont envoyées au Laboratoire national de microbiologie (LNM) pour le typage de la protéine M et le séquençage moléculaire du gène emm aux fins de la surveillance de routine. Le séquençage moléculaire et les épreuves de sensibilité aident à caractériser les éclosions, à déterminer les tendances épidémiologiques et à orienter la prise en charge clinique des cas et des contacts.

¹ [1] Les prélèvements d'un site **normalement stérile** sont définis comme suit :

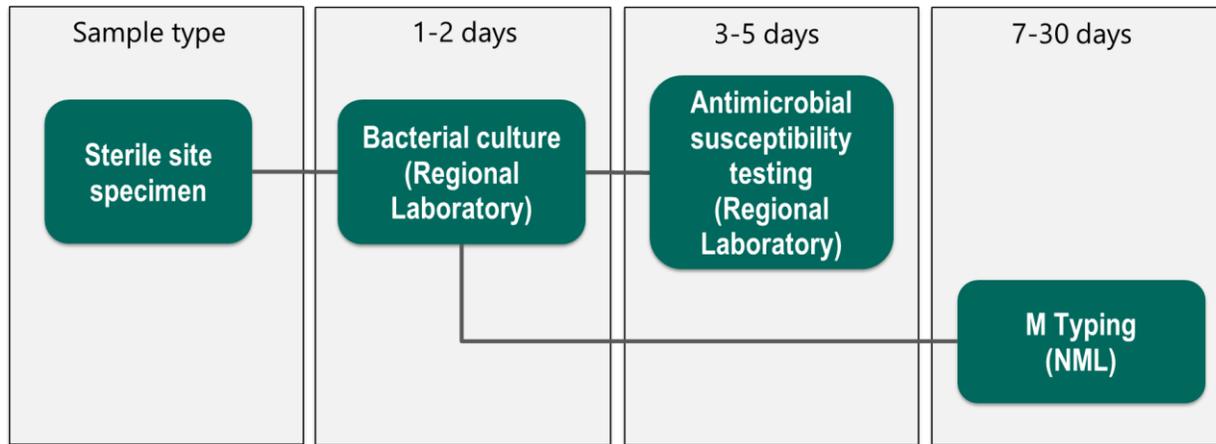
- sang;
- liquide céphalorachidien (LCR);
- liquide pleural;
- liquide péritonéal;
- liquide péricardique;
- os;
- liquide articulaire;
- échantillon prélevé pendant une intervention chirurgicale (p. ex. muscle prélevé lors du débridement pour la fasciite nécrosante ou liquide d'un abcès profond).

REMARQUE : Un prélèvement d'un site non stérile pendant une intervention stérile n'est pas considéré comme un prélèvement d'un « site normalement stérile ».

² [2] Les signes cliniques d'une **infection invasive grave** peuvent se manifester comme plusieurs affections. On peut notamment relever les affections suivantes :

- syndrome de choc toxique streptococcique (SCTS), caractérisé par une hypotension (tension artérielle systolique de 90 mm Hg ou moins chez un adulte et inférieure au 5^e centile pour l'âge chez un enfant) et au moins **DEUX** des signes suivants :
 - o insuffisance rénale (taux de créatinine de 177 µmol/L ou plus chez les adultes);
 - o coagulopathie (nombre de plaquettes de 100 000/mm³ ou moins ou coagulation intravasculaire disséminée);
 - o altération de la fonction hépatique (AST, ALT ou bilirubine totale de deux fois la limite supérieure de la normale ou plus);
 - o syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA);
 - o éruption maculaire érythémateuse généralisée avec desquamation possible;
- nécrose des tissus mous, y compris une fasciite nécrosante, une myosite ou la gangrène;
- méningite;
- pneumonie à SGA. REMARQUE : Une pneumonie avec isolement du SGA à partir du liquide de lavage bronchoalvéolaire (LBA), lorsqu'aucune autre cause n'a été établie, doit être considérée comme une forme d'infection invasive grave aux fins de la prise en charge par la Santé publique. Cependant, comme le LBA ne fournit pas de prélèvement d'un site stérile, ce dernier ne répondrait pas à la définition nationale d'un cas confirmé;
- autres affections potentiellement mortelles (déterminées au cas par cas);
- un cas confirmé entraînant le décès.

Figure 1 : Dépistage en laboratoire et calendrier



Déclaration des cas

Conformément à la norme 2.2 – Déclaration des maladies et des événements à SPNB et à la section sur les maladies et les événements

- Surveillance accrue. Pour tous les cas confirmés et probables, il faut remplir le formulaire de surveillance accrue et envoyer les renseignements à SPNB dans les cinq jours suivant la tenue de l'entretien.
- Surveillance de routine (SSMDO) de tous les cas confirmés.

Gestion de cas

Éducation

Le cas ou le fournisseur de soins concerné devrait être mis au courant des éléments suivants :

- la nature de l'infection, la durée de la période de transmissibilité et le mode de transmission;
- le lavage des mains;
- l'étiquette relative à la toux ou à l'éternuement.

Enquête

L'intervention de Santé publique pour les cas sporadiques d'infection invasive à SGA comprend l'identification des contacts, la recherche des contacts et le maintien de la surveillance de cas futurs.

Isolement et distanciation sociale

Ne s'applique pas, car le cas serait pris en charge dans un établissement de soins de santé.

Traitement

Le traitement dépend de la partie du corps infectée et des complications qui en découlent. Il serait administré et géré par un professionnel de la santé.

Le traitement d'une personne infectée au moyen d'un antibiotique approprié pendant 24 heures ou plus supprime la contagion. Il importe toutefois de suivre le traitement antibiotique complet prescrit.

Immunisation

Il n'existe actuellement aucun vaccin.

Gestion des contacts

La prévention de cas secondaires d'infection invasive à SGA repose sur la recherche rapide des contacts pour retrouver les personnes à risque accru de contracter l'infection (contacts étroits).

Éducation

Le contact ou la personne soignante devrait être informé des éléments suivants :

- la nature de l'infection, la durée de la période de transmissibilité et le mode de transmission;
- le lavage des mains;
- l'étiquette relative à la toux ou à l'éternuement;
- la consultation immédiate d'un médecin en cas d'apparition d'une maladie fébrile ou d'autres signes ou symptômes cliniques d'infection invasive à SGA dans les 30 jours du diagnostic du cas de référence.

Enquête

Le cas ou un représentant du cas doit être interviewé pour la détermination des contacts étroits.

On définit ainsi les contacts étroits :

- les contacts familiaux qui ont passé au moins 4 heures par jour en moyenne avec le cas au cours des 7 derniers jours ou 20 heures par semaine;
- les personnes ne faisant pas partie du ménage qui ont couché dans le même lit que le cas ou qui ont eu des relations sexuelles avec le cas;
- les personnes qui ont eu des contacts muqueux directs avec les sécrétions buccales ou nasales du cas (p. ex. la respiration artificielle bouche-à-bouche, un baiser la bouche ouverte) ou un contact direct non protégé avec une lésion cutanée ouverte chez le cas;
- les consommateurs de drogues par injection qui ont partagé des aiguilles avec le cas.

Les contacts suivants seront établis en consultation avec le médecin-hygiéniste régional :

- certains contacts dans un établissement de soins de longue durée;
- certains contacts dans les services de garde;
- certains contacts dans les hôpitaux.

Pour être considéré comme contact étroit, il faut avoir été exposé au cas pendant la période suivante : de 7 jours avant l'apparition des symptômes chez le cas à 24 heures après le début du traitement antimicrobien. Les camarades de classe (maternelle et autres niveaux scolaires), collègues de travail et contacts sociaux ou sportifs d'un cas ne sont habituellement pas considérés comme contacts étroits, à moins de correspondre à l'une des catégories ci-dessus.

Contacts étroits à risque élevé :

- personnes âgées (75 ans et plus);
- femmes enceintes (37 semaines ou plus de grossesse);
- femmes dans les 28 jours suivant l'accouchement;
- nouveau-nés (jusqu'à 28 jours);

- personnes qui contractent la varicelle avec des lésions actives dans les 7 jours précédant le diagnostic du cas d'infection invasive à SGA ou dans les 48 heures suivant le début de la prise d'antibiotiques par le cas, si l'exposition est continue.

Prophylaxie

Chimioprophyllaxie

La chimioprophyllaxie doit être offerte uniquement aux contacts étroits d'un cas grave confirmé. Le but de la chimioprophyllaxie est d'éviter la maladie chez les personnes colonisées et chez celles qui ont été récemment exposées, ce qui réduit la transmission d'une souche connue pour causer une infection grave. Elle doit être administrée dès que possible et de préférence dans les 24 heures suivant le diagnostic d'un cas, mais elle peut être donnée jusqu'à 7 jours après le dernier contact avec un cas contagieux.

Régimes de chimioprophyllaxie recommandés pour les contacts étroits

Médicaments	Posologie	Commentaires
Céphalosporines de première génération : céfalexine, céfadroxil, céfradine	Traitement de première ligne. Enfants et adultes : 25 à 50 mg/kg par jour, jusqu'à un maximum de 1 g/jour en 2 à 4 doses divisées x 10 jours.	Médicaments recommandés pour les femmes enceintes ou qui allaitent. Les médicaments doivent être utilisés avec prudence chez les patients ayant une allergie connue à la pénicilline. L'utilisation de céphalosporines avec des médicaments néphrotoxiques (p. ex. aminoglycosides, vancomycine) peut augmenter le risque de néphrotoxicité induite par les céphalosporines.
Érythromycine	Traitement de seconde ligne. Enfants : 5 à 7,5 mg/kg toutes les 6 heures ou 10 à 15 mg/kg toutes les 12 heures (base) x 10 jours (ne pas dépasser la dose maximale pour adultes). Adultes : 500 mg toutes les 12 heures (base) x 10 jours.	L'estolate d'érythromycine est contre-indiqué chez les personnes souffrant d'une maladie ou d'une dysfonction hépatique préexistante et durant la grossesse. Il est recommandé d'effectuer une épreuve de sensibilité quand la résistance aux macrolides est inconnue ou connue pour être de 10 % ou plus.

Clarithromycine	Traitement de seconde ligne. Enfants : 15 mg/kg par jour en doses divisées toutes les 12 heures, jusqu'à un maximum de 250 mg PO BID x 10 jours. Adultes : 250 mg PO BID x 10 jours.	Contre-indiqué pendant la grossesse. Il est recommandé d'effectuer une épreuve de sensibilité quand la résistance aux macrolides est inconnue ou connue pour être de 10 % ou plus.
Clindamycine	Traitement de seconde ligne. Enfants : 8 à 16 mg/kg par jour divisés en 3 ou 4 doses égales x 10 jours (ne pas dépasser la dose maximale pour adultes de 600 mg/jour). Adultes : 150 mg toutes les 6 heures x 10 jours.	Solution de rechange pour les personnes qui ne tolèrent pas les bêta-lactamines.

Société canadienne de pédiatrie, La prise en charge et la chimioprophylaxie des infections invasives à streptocoque du groupe A. (2019) <https://cps.ca/fr/documents/position/infections-invasives-a-streptocoque-du-groupe-a>.

Il incombe aux fournisseurs de soins de santé de s'assurer du traitement approprié, conformément aux directives en vigueur.

Immunisation

Il n'existe actuellement aucun vaccin. La varicelle est considérée comme un facteur prédisposant commun à l'infection invasive à SGA. Par conséquent, l'administration du vaccin contre la varicelle est recommandée à titre préventif. Le vaccin contre la varicelle est administré à l'âge de 12 et 18 mois dans le cadre du calendrier d'immunisation systématique du Nouveau-Brunswick.

Isolement et distanciation sociale

Les personnes souffrant d'une pharyngite streptococcique confirmée, surtout les enfants d'âge scolaire, devraient rester à la maison au moins jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique approprié. Consulter les lignes directrices concernant l'exclusion de l'école. <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Corporate/Promo/NDEG-MEDO/PDFs/Exclusionaintentiondesecoles.pdf>.

Gestion des éclosions

On entend par éclosion une transmission accrue de SGA qui cause une infection invasive au sein d'une population. Les éclosions d'infection invasive à SGA dans la collectivité sont rares et impliquent généralement deux cas (paires de cas) qui ont eu des contacts étroits.

Activer le plan local en cas d'éclosion lorsqu'une éclosion est déclarée.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'infection invasive à SGA, consulter :

Les Lignes directrices pour la prévention et le contrôle de la maladie invasive due au streptocoque du groupe A de l'Agence de la santé publique du Canada.