



Hot Topics n°2

Streptococcus pyogenes

Pre Rozenn Le Berre, Infectiologue,
CHRU Brest

Dr Marie-Sarah Fangous,
Microbiologiste, CH Quimper

Cas clinique n°1

Mme Grignou vient consulter à votre cabinet pour ses 3 enfants.

- Camille, 6 ans, a 39°C depuis 48 heures. Elle ne joue plus et a mal à la gorge. Vous palpez des adénomégalies douloureuses sous mandibulaires de 1 cm de diamètre.
- Arthur, 4 ans, se plaint de douleurs du doigt.

Quel(s) est/sont votre diagnostic principal ?
Que proposez-vous pour le confirmer ?



Cas clinique n°1

Mme Grignou vient consulter à votre cabinet pour ses 3 enfants.

➤ Camille, 6 ans, a 39°C depuis 48 heures. Elle ne joue plus et a mal à la gorge. Vous palpez des adénomégalies douloureuses sous mandibulaires de 1 cm de diamètre.

→ Angine érythémateuse

➤ Arthur, 4 ans, se plaint de douleurs du doigt.

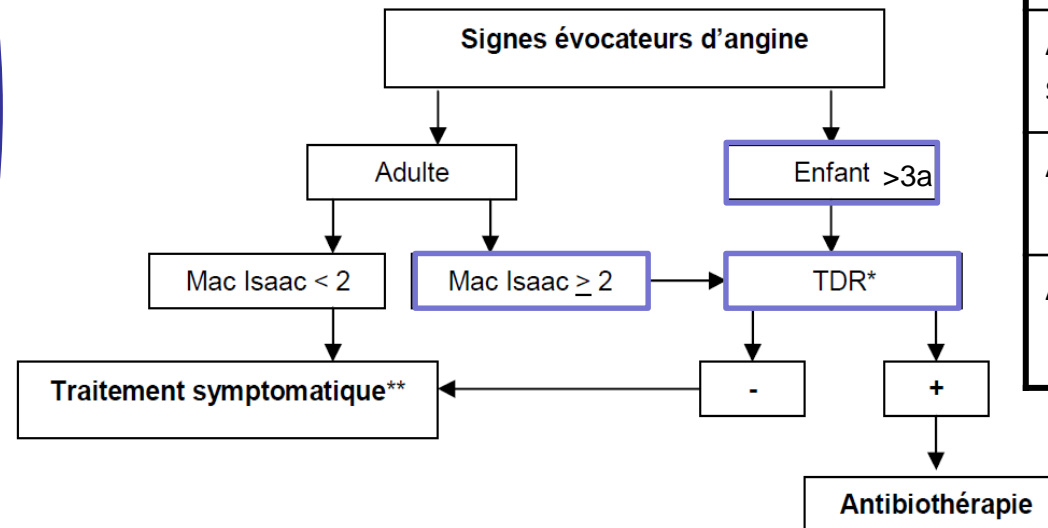
→ Tourniole



Diagnostic des angines érythémateuses et érythématopultacées

ETIOLOGIES	Virus	Streptococcus pyogenes (SGA)
Enfant	60-75%	25-40%
Adulte	75-90%	10-25%

Critères composant le score Mac Isaac	Nb points
Fièvre > 38°C	1
Absence de toux	1
ADP cervicales sensibles	1
Atteinte amygdalienne	1
Age: 15-44 ans	0
≥ 45 ans	-1



TDR
SGA

(Voire culture...)

→ Angine et tourniole !



- ✓ Sur prélèvement pharyngé.
Cible le **polyoside C** de paroi.
Spécificité 100%
Sensibilité variable :
F° (charge bactérienne) et (test).

Streptatest (Biosynex):

- Se 100% à 10^6 UFC/ml
→ VPP et VPN 100%
- Se 67% à 10^5 UFC/ml
→ VPP 67%, VPN 100%

- ✓ Hors gorge :
→ Se 96% Spé 81%.
→ VPP 79% et VPN 97%

In vitro evaluation and comparison of 5 rapid antigen detection tests for the diagnosis of beta-hémolytic group A streptococcal pharyngitis. Plainvert et al. Diagn Microbiol Infect Dis. 2015

Utilisation des tests de diagnostic rapide du SGA en dehors de l'angine. Wollner et al. Archives de pédiatrie. Nov 2014.



Cas clinique n°1 (suite)

Le TDR est positif. Quels sont les traitements antibiotiques possibles pour Camille?

- A. Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises/j pendant 10 j en l'absence d'allergie aux pénicillines
- B. Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises/j pendant 6 j en l'absence d'allergie aux pénicillines
- C. Cefpodoxime (Orelox[®]) : 20 mg/kg/j en 2 prises/j, pendant 6 j en cas d'allergie documentée aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines.
- D. Cefpodoxime ((Orelox[®]) : 8 mg/kg/j en 2 prises/j, pendant 5 j en cas d'allergie documentée aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines
- E. Clarithromycine : 15 mg/kg/j en 2 prises/j, sans dépasser 1 g/ jour pendant 5 j en cas de contre-indication aux β lactamines
- F. Clarithromycine : 15 mg/kg/j en 2 prises/j, pendant 5 j en cas d'allergie documentée aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines



Cas clinique n°1 (suite)

Le TDR est positif. Quels sont les traitements antibiotiques possibles pour Camille?

- A. Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises/j pendant 10 j en l'absence d'allergie aux pénicillines
- B. Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises/j **pendant 6 j** en l'absence d'allergie aux pénicillines
- C. Cefpodoxime (Orelox[®]) : 20 mg/kg/j en 2 prises/j, pendant 6 j en cas d'allergie documentée aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines.
- D. Cefpodoxime ((Orelox[®]) : **8 mg/kg/j en 2 prises/j, pendant 5 j** en cas d'allergie documentée aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines
- E. Clarithromycine : 15 mg/kg/j en 2 prises/j, sans dépasser 1 g/ jour pendant **5 j en cas de contre-indication aux β lactamines**
- F. Clarithromycine : 15 mg/kg/j en 2 prises/j, pendant 5 j en cas d'allergie documentée aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines



Recommandations HAS 2024

Pas d'antibiotique chez un enfant :

- de moins de 3 ans ayant une angine aiguë ;
- de 3 ans et plus ayant une angine aiguë avec un test de diagnostic rapide (TDR) négatif.

Chez un enfant de 3 ans et plus ayant une angine aiguë avec un TDR positif :

- amoxicilline : 50 mg/kg/j en 2 prises par jour, sans dépasser 2 g par jour, pendant **6 jours**
- **En cas d'allergie documentée aux pénicillines** sans contre-indication aux céphalosporines, le traitement recommandé est :
 - cefpodoxime proxétil : 8 mg/kg/j en 2 prises par jour, sans dépasser 200 mg par jour, pendant **5 jours.**
- **En cas de contre-indication aux bêta-lactamines**, les antibiotiques suivants peuvent être utilisés : **[2024]**
 - clarithromycine : 15 mg/kg/j en 2 prises par jour, sans dépasser 1g par jour, pendant **5 jours**



Cas clinique n°1 (suite)

Et pour la tournoielle d'Arthur ?

→ En théorie désinfection locale...

→ Mais vu le contexte familial et le TDR...

L'antibiothérapie se discute.



Cas clinique n°1 (suite)

Quels sont les 4 buts principaux du traitement des angines à SGA ?



Cas clinique n°1 (suite)

Quels sont les 4 buts principaux du traitement des angines à Streptocoque A?

Efficacité du traitement antibiotique démontrée pour

- Accélération de la disparition des symptômes
- Réduction de la contagiosité à l'entourage
- Prévention des complications infectieuses loco-régionales
- Prévention des complications non suppuratives (RAA)

Syndrome post-streptococcique

- **Rhumatisme articulaire aigu :**
 - Atteinte cardiaque par mimétisme antigénique entre la protéine M et la myosine
 - Incidence mondiale : 8 à 51/100 000 (5 à 6% max post Inf)
 - Atteinte préférentielle des enfants âgés de 5 à 15 ans.
 - Faible statut socioéconomique et absence de traitement antibiotique.
 - Pas de gold standard de diagnostic. Utilisation des critères de Jones modifiés de 2015.
- **Glomérulonéphrite aigue :**
 - Syndrome néphritique aigu.
 - Atteinte préférentielle des enfants âgés de 3 à 15 ans.
 - Risque de 5% après angine à 25% après pyoderma non traité.
 - Implication exotoxine pyrogénique SpeB et protéine néphritique liant la plasmine (NAPlr) conduisant à l'activation du complément.
 - Diagnostic ASLO+-

Lahiri et al. Acute Rheumatic Fever. *Pediatr Rev* 2021.

Coffey et al. The role of social determinants of health in the risk and prevention of group A streptococcal infection, acute rheumatic fever and rheumatic heart disease : A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis* 2018.

Satoskar et al. Epidemiology, pathogenesis, treatment and outcomes of infection-associated glomerulonephritis. *Nat Rev Nephrol* 2020.

★ Cas clinique n°2

Le frère de Camille et Arthur, Théo, 9 ans présente depuis 24 heures une éruption fébrile (fièvre à 39°3)



Quel est votre diagnostic principal ?



Cas clinique n°2 (suite)

Quels signes cliniques recherchez-vous pour étayer votre diagnostic ?

Pouvez-vous décrire les lésions cutanées ?



Cas clinique n°2 (suite)

Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer devant cette éruption?

Quels examens réalisez-vous?



Éruption fébrile

Les termes de morbilliformes, scarlatiniformes, rubéoliformes et roséoliformes sont désuets et doivent être abandonnés.

En effet, l'éventail des étiologies dépasse de loin les 4 maladies historiques correspondantes et un même agent peut être responsable d'éruptions de l'un ou de l'autre type.

	Maculo-papuleux	
Virus	Mononucléose infectieuse (EBV)	
	Rougeole	
	Rubéole	
	Exanthème subit (HHV6)	
	Primo-infection VIH	
	Mégalérythème épidémique (parvovirus B19)	
	Entéroviroses	
	Arbovirose (dengue, Zika, chikungunya)	
	Infection à CMV et à adénovirus	
	Gianotti-Crosti (EBV, hépatite B)	
	Bactérie	Scarlatine
		Choc toxique staphylococcique/streptococcique
<i>Purpura fulminans</i> (méningocoque/pneumocoque)		
Rickettsioses (ex : <i>R. conorii</i>), anaplasmose, ehrlichiose		
Syphilis secondaire		
Fièvre typhoïde		
Parasite	Toxoplasmose	
	Helminthoses	
Médicament	Toxidermie	
Autre	Maladie de Kawasaki	

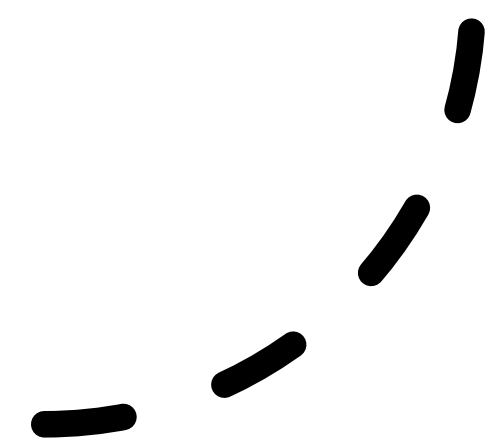
Sérologie
PCR

Vésiculo-pustuleux

Varicelle, zona disséminé (VZV)

Bulleux

Exanthème polymorphe (HSV)





Cas clinique n°2 (suite)

La maman vous apprend que c'est le 3^{ème} cas de scarlatine dans la classe de Théo. Que faites vous?

- A. Je confirme le diagnostic de Théo par TDR
- B. Je prescris de l'amoxicilline à Théo
- C. Théo ne peut pas retourner en classe avant 7 jours
- D. Je prévois la recherche d'une hématurie/protéinurie à distance
- E. Il faut prescrire une antibiothérapie prophylactique à toute la famille de Théo.
- F. Il faudra prescrire une antibiothérapie prophylactique à toute la classe
- G. J'alerte l'ARS



Cas clinique n°2 (suite)

La maman vous apprend que c'est le 3^{ème} cas de scarlatine dans la classe de Théo. Que faites vous?

- A. Je confirme le diagnostic de Théo par TDR
- B. Je prescris de l'amoxicilline à Théo
- C. Théo ne peut pas retourner en classe avant 7 jours
- D. Je prévois la recherche d'une hématurie/protéinurie à distance
- E. Il faut prescrire une antibiothérapie prophylactique à toute la famille de Théo
- F. Il faudra prescrire une antibiothérapie prophylactique à toute la classe
- G. J'alerte l'ARS



Cas clinique n°2 (suite)

Exclusion des personnes ayant une infection à SGA jusqu'à 24 heures après le début de l'antibiothérapie.

Aucun suivi particulier n'est nécessaire, en particulier aucune recherche d'hématurie, protéinurie à distance

Il n'y a pas lieu de proposer une antibioprophylaxie aux sujets contacts en cas d'infection non invasive à SGA



Cas clinique n°2 (suite)

Le HCSP définit la notion de cas groupés d'infections non invasives à SGA (scarlatine, angine, impétigo) comme :

- la survenue d'au moins 2 cas d'infections non invasives symptomatiques à SGA confirmés microbiologiquement (TROD, culture, technique moléculaire) ou non, dans la même collectivité (domicile familial, établissements de soin ou d'accueil d'enfants, collectivités fermées comme camps militaires, prisons...) dans une période de 10 jours
- Et la mise en évidence de contacts proches ou répétés entre les cas.

CAT si cas groupés d'infections non invasives à SGA

→ peut conduire à une alerte auprès de l'ARS

Les axes d'action pour gérer l'épidémie :

- Communication auprès des personnes fréquentant l'établissement
- Promotion des mesures de l'hygiène personnelle dans la collectivité
- Des mesures environnementales

Dépister et traiter les personnes qui développent les signes évocateurs d'infection à SGA

La HCSP a pris en compte la CAT autour de cas groupés de scarlatine proposée au Royaume Uni (écoles, crèches)

Evaluer le risque de cas grave :

- co-circulation de virus de la grippe ou de la varicelle
- hospitalisations ou complications

Cas clinique n°3

Homme de 26 ans, sans ATCD

13/03: sd grippal ,
grippe B confirmé

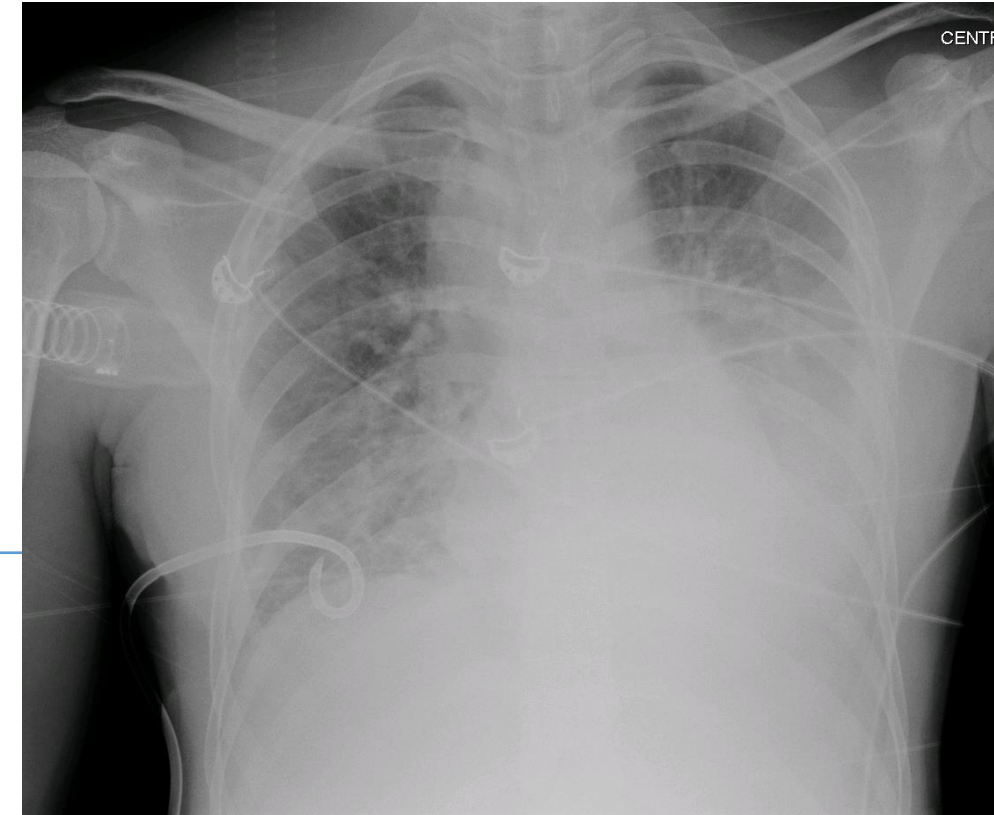
17/03
38°C, Erythème tronc
RAD, paracétamol

Cas clinique n°3

Homme de 26 ans, sans ATCD

13/03: sd grippal ,
grippe B confirmé

17/03
38°C, Erythème tronc
RAD, paracétamol



19/03 : AEG, Fc et fr ↑, sat : 88% → détresse respiratoire
Dysfonction VG → Intubé ventilé, noradrénaline (5 mg/h)
Angio-TDM: nodules parenchymateux bilatéraux; pleurésie de
grande abondance
1,8 l de liq séro-hématique
20/03: Drainage pleural
23 et 24/03 : pleurolyse (épanchement pleural avec logettes)



Diagnostic :
 Vous réalisez des
 hémocultures et une
 culture du liquide pleural

I. *Streptococcus pyogenes* (groupe A)

Antibiogramme	I
Beta-lactamines	
Pénicilline G	S
Aminosides	
Gentamicine	S
Cyclines	
Tétracycline	S
Macrolides et apparentés	
Erythromycine	S
Clindamycine	S
Pristinamycine	S
Rifamycines	
Rifampicine	S
Sulfamides	
Cotrimoxazole	S
Fluoroquinolones	
Norfloxacine	S
Levofloxacine	F
Moxifloxacine	S
Glycopeptides	
Vancomycine	S
Divers	
Linezolid	S

an)

S: Sensible à posologie standard
 F: Sensible à forte posologie
 R: Résistant
 Posologies disponibles sur intranet et sur demande.



©Science Photo Library

Marqueurs génotypiques

Génotypage Protéine M

Génotypage protéine M	emm1.0
-----------------------	--------

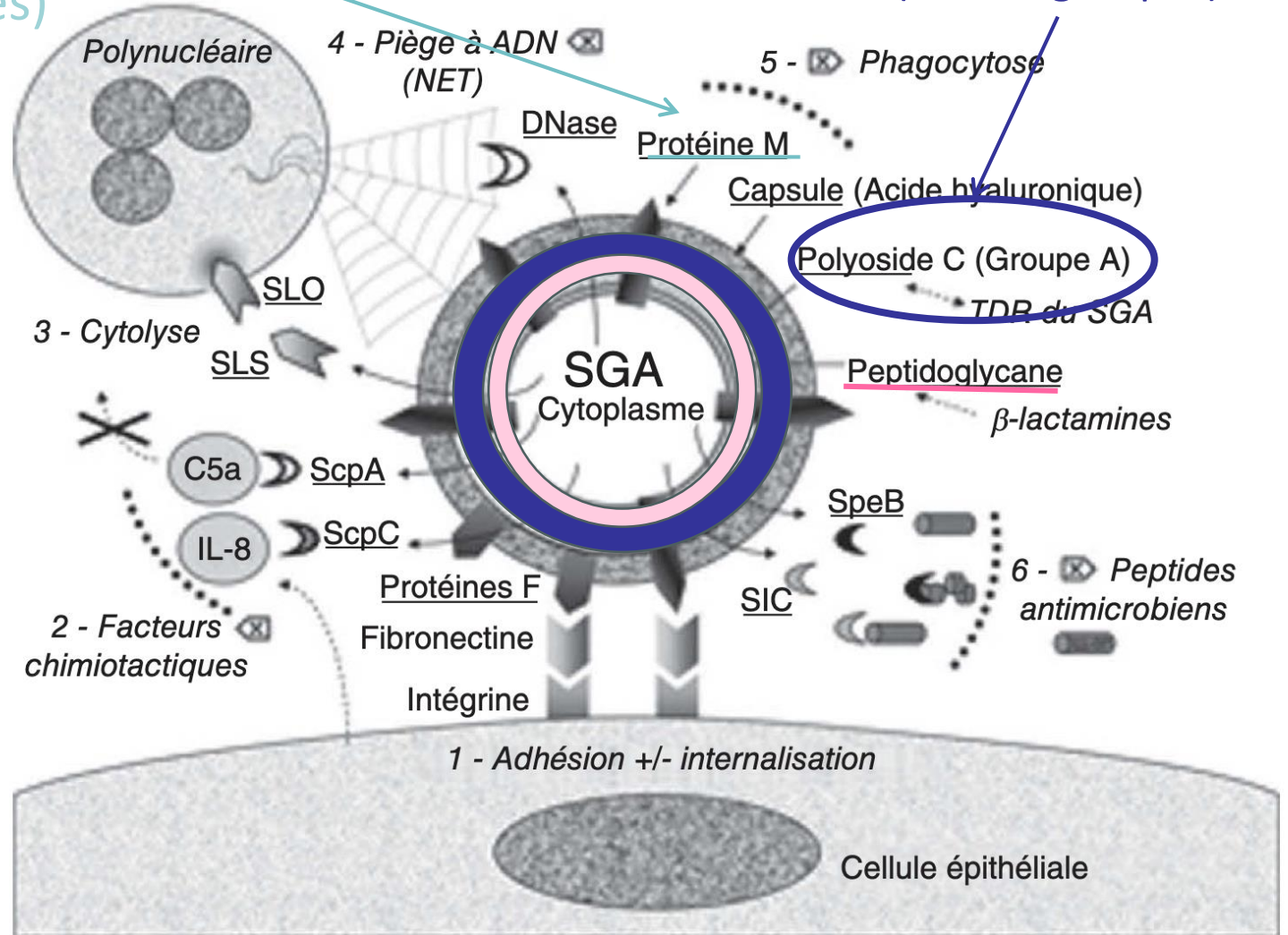
Gène des toxines et super antigènes streptococciques

Gène SpeA	Positif(ve)
Gène SpeB	Positif(ve)
Gène SpeC	Négatif(ve)
Gène SSA	Négatif(ve)
Gène SIC	Positif(ve)
Gène SMEZ	Positif(ve)

Structure SGA

Différencie les sérotypes (60 types)

Variation antigénique à la base de la classification des sérogroupes selon Lancefield (18 sérogroupes)



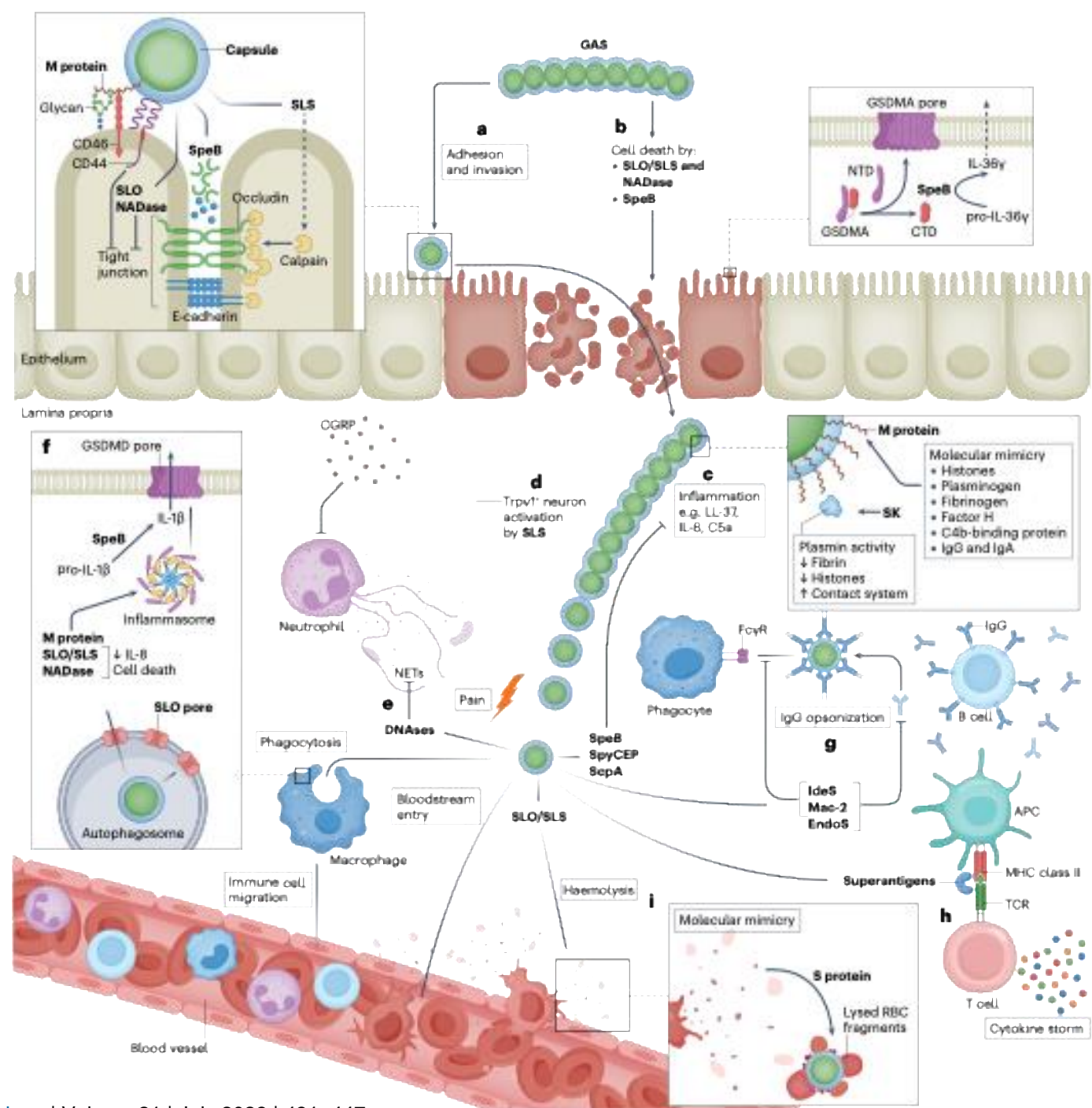
Représentation schématique du streptocoque β-hémolytique du groupe A (SGA) et de son interaction avec l'environnement.

Facteurs de pathogénicité

Arsenal de virulence important

Composants pariétaux :
Protéine M, Ac
hyaluronique, Protéine S

Toxines : protéases,
streptokinases, SpeB,
streptolysines O et S,
superantigènes.



Données épidémiologiques (Rapport CNR 2022)

- Recrudescence majeure des infections invasives, particulièrement chez les enfants.
- Proportion inhabituellement élevée (25,2%) des cas survenus avant 18 ans (normalement rares).

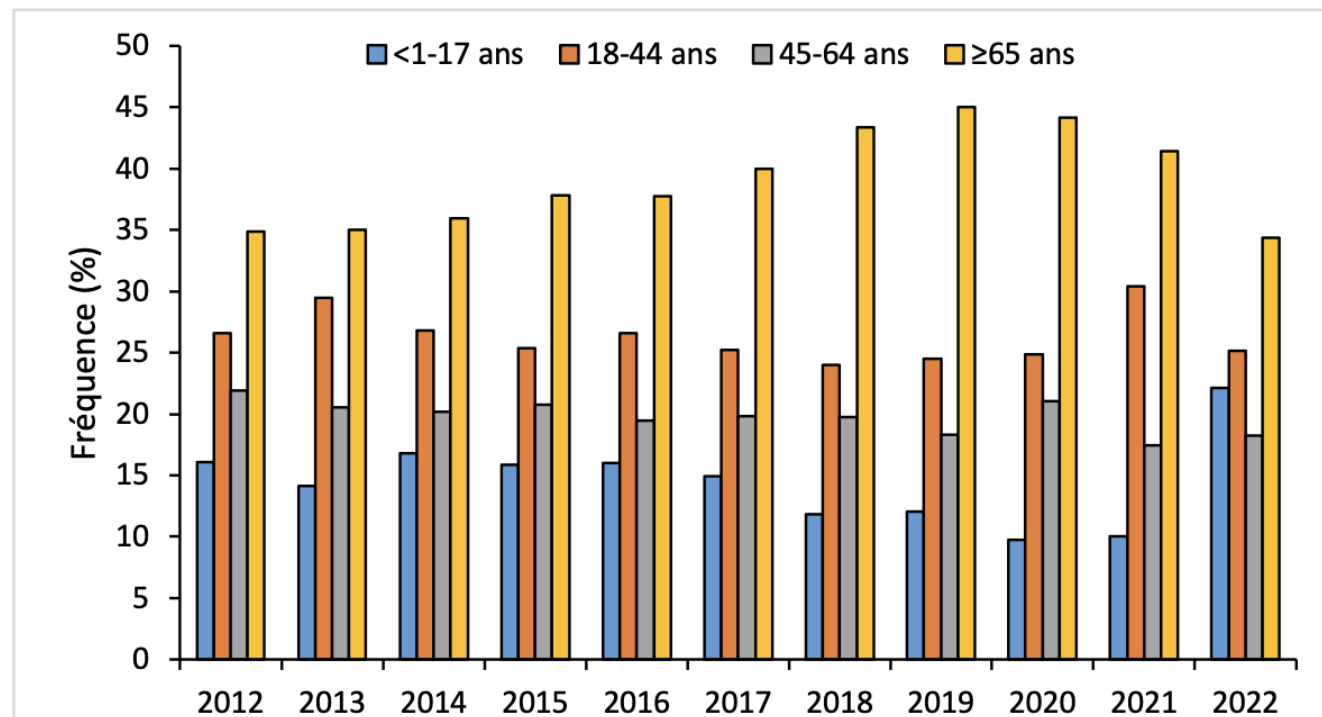


Figure 8. Répartition par tranches d'âge des cas d'infections invasives de SGA expertisés par le CNR-Strep (2012-2022).

Chez l'adulte

- Fréquence des principales manifestations cliniques stable
- Prédominance infections peau et tissus mous (41%)
- ↑ **Augmentation significative des infections pleuro-pulmonaires (12,3% vs 9,7%) + Contexte de surinfection virale**
- ↓ Baisse significative du taux de mortalité depuis 10 ans

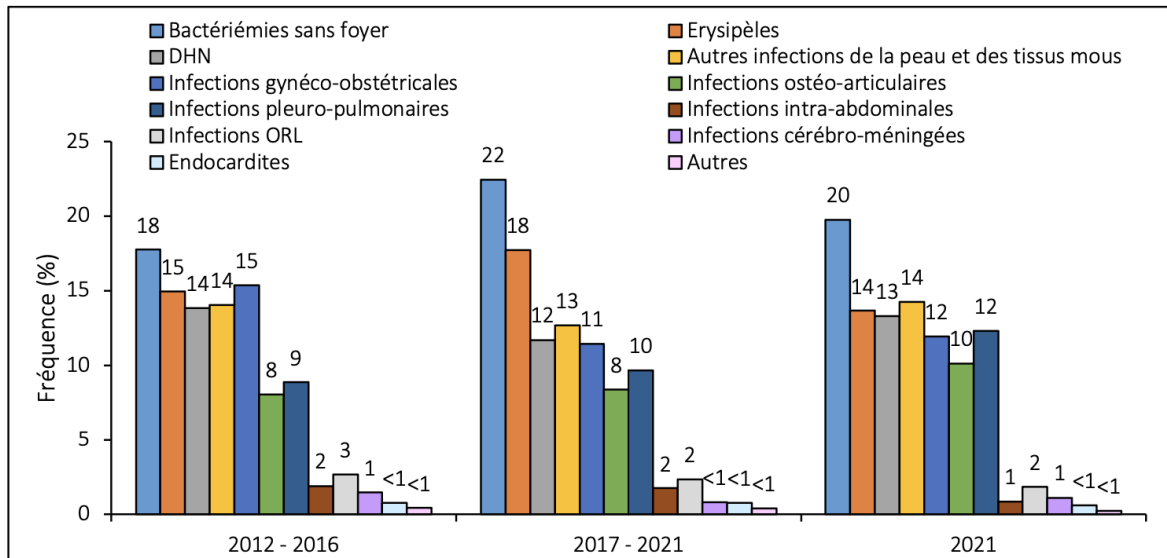


Figure 10. Fréquence des infections invasives à SGA chez l'adulte expertisées par le CNR-Strep (2012-2022).

Chez l'enfant

- ↑ **Augmentation significative de la fréquence des infections pleuro-pulmonaires (27%) et ORL (24,5%) + pleurésie (76%) + Contexte de surinfection virale.**
- ↓ Diminution des infections de la peau et tissus mous
- Stabilité de la mortalité globale
- Prédominance chez les enfants de 1-4 ans, de sexe masculin.

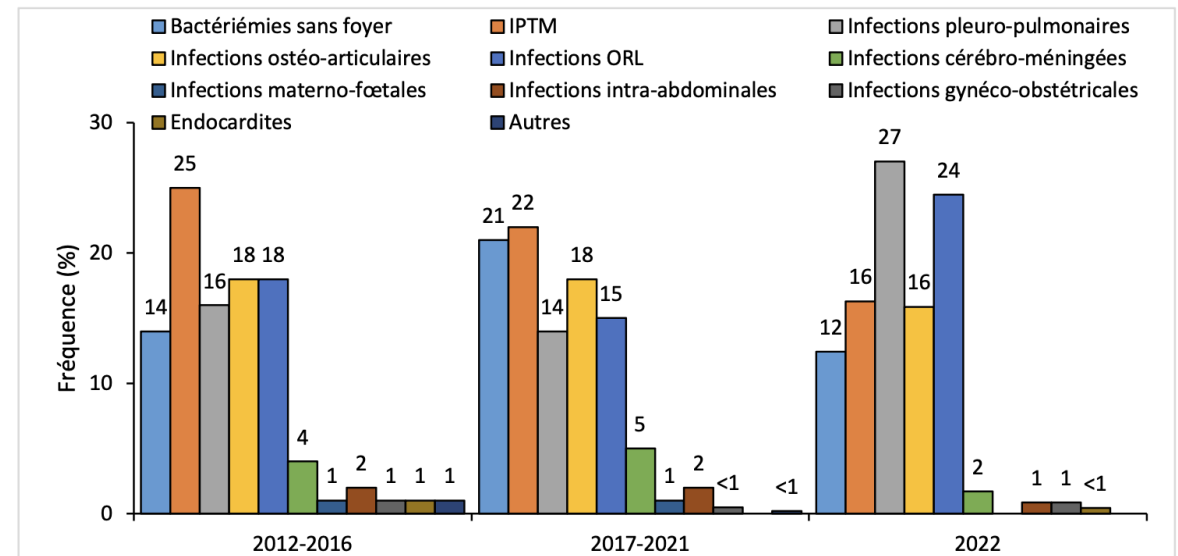


Figure 20. Fréquence des infections invasives pédiatriques à SGA expertisées par le CNR-Strep (2012-2022).

Chez l'adulte

- ↑ Augmentation significative des infections pleuro-pulmonaires (12,3% vs 9,7%) + Contexte de surinfection virale
- Résurgence *emm1* et *emm12*
- → Association *emm1* et infections pleuro-pulmonaires

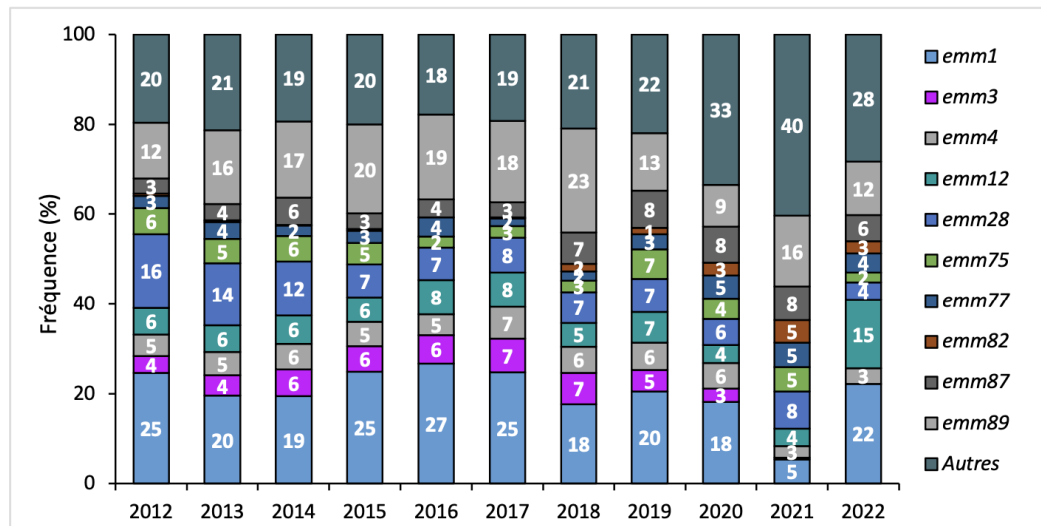


Figure 12. Fréquence des principaux génotypes emm responsables d'infections invasives à SGA chez l'adulte (2012-2022).

Chez l'enfant

- ↑ Augmentation significative de la fréquence des infections pleuro-pulmonaires (27%) et ORL (24,5%) + pleurésie (76%) + Contexte de surinfection virale.
- Nette augmentation *emm1* et *emm12*
- Mise en évidence d'un clone M1UK de génotype *emm1* (67%) avec surexpression de la toxine érythroène SpeA

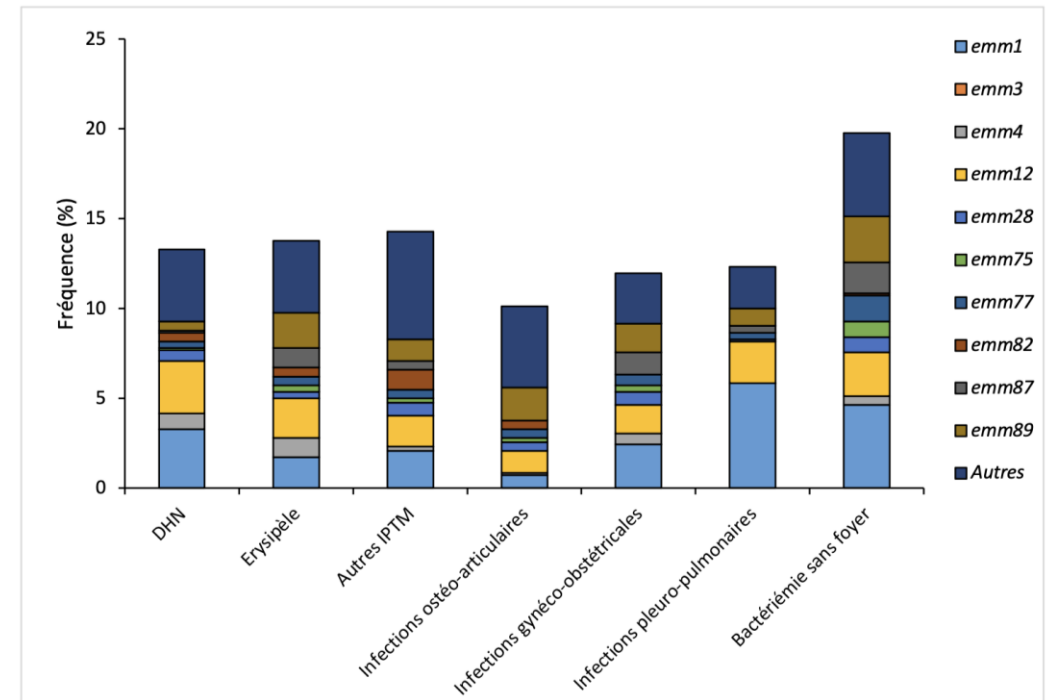


Figure 15. Fréquence des principaux génotypes emm parmi les différents types d'infections invasives à SGA chez l'adulte en 2022. DHN : dermohypodermite nécrosante ; IPTM : infections de la peau et des tissus mous.



Cas clinique n°3 (suite)

Quelles mesures prenez-vous pour éviter la transmission du streptocoque A?

Cas clinique n°3 (suite)

Quelles mesures prenez-vous pour éviter la transmission du streptocoque A?

Clinique	Précautions complémentaires	Durée	Commentaires
Infection nécrosante des tissus mous	Contact	Jusqu'au drainage complet ou recouvrement possible des plaies	Port d'un masque chirurgical par les soignants lors des soins des plaies
Pneumopathie	Gouttelettes	Jusqu'à 24h après la mise en route d'une antibioprophylaxie efficace	Précautions contact à ajouter en cas de lésions cutanées

Cas clinique n°3 (suite)

Homme de 26 ans, sans ATCD

13/03: sd grippal ,
PCR : grippe B

17/03
38°C, Erythème tronc
RAD, paracétamol

29/03: une **collection pleurale gauche enkystée** postérieur de 22 cm de hauteur.
Présence d'argument pour une **médiastinite** (rehaussement de feuillets péricardiques et médiastinaux et épanchement péricardique minime).
Présence d'une collection pleuro-médiastinale, para-trachéale, supérieure droite → nouveau drain

19/03 : AEG, Fc et fr ↑, sat : 88% → détresse respiratoire
Dysfonction VG → Intubé ventilé
Angio-TDM: nodules parenchymateux bilatéraux; pleurésie de grande abondance
1,8 l de liq séro-hématique
20/03: Drainage pleural
23 et 24/03 : pleurolyse (épanchement pleural avec logettes)

Cas clinique n°3 (suite)

Quels traitements anti-infectieux prescrivez-vous?

- A. Oseltamivir
- B. Amoxicilline
- C. Clindamycine
- D. Clindamycine + Amoxicilline
- E. Clindamycine + Linezolide
- F. Ig spécifiques
- G. Ig polyvalentes

Cas clinique n°3 (suite)

Quels traitements anti-infectieux prescrivez-vous?

- A. Oseltamivir
- B. Amoxicilline
- C. Clindamycine
- D. Clindamycine + Amoxicilline
- E. Clindamycine + Linezolide
- F. Ig spécifiques
- G. Ig polyvalentes

Intérêt de la clindamycine

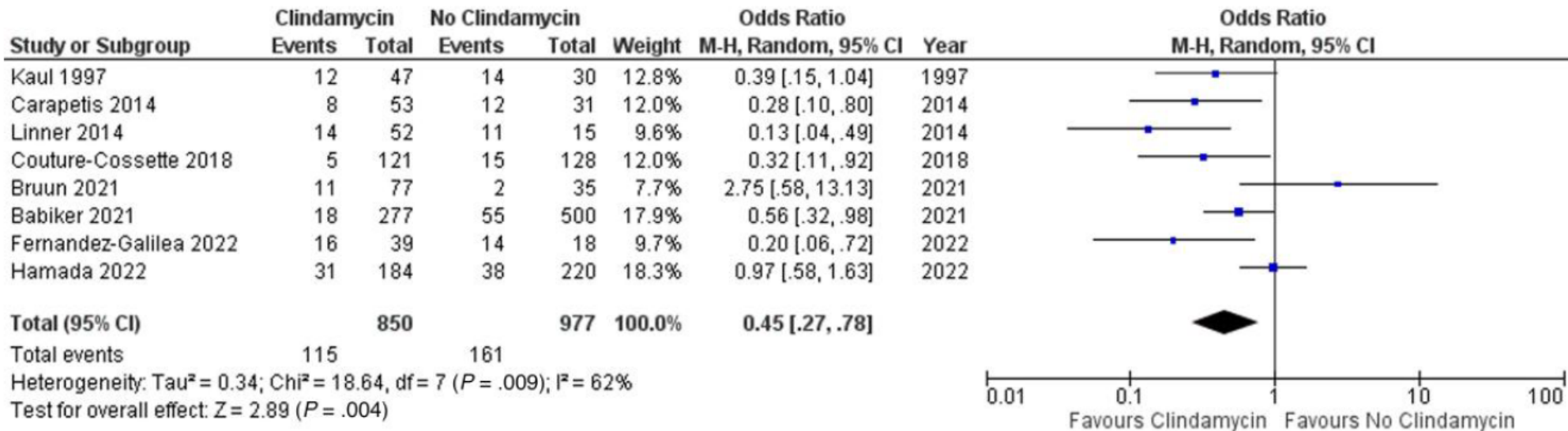


Figure 1. Meta-analysis of the effect of clindamycin treatment on mortality in invasive Group A streptococcal infections. Event rates from Linnér et al and Bruun et al are not directly reported in the text but could be back-calculated from the provided frequencies of clindamycin treatment and mortality in combination with the univariate odds ratios of their association. Abbreviation: CI, confidence interval.

Au total, les études expérimentales et les données cliniques suggèrent une efficacité supérieure du traitement des IISGA lorsque la clindamycine est associée à une bêta-lactamine. Ce bénéfice est probablement variable selon la forme clinique (STSS, infections nécrosantes des tissus mous...), la gravité et les traitements associés (chirurgie dans les fasciites nécrosantes, immunoglobulines intraveineuses par exemple).

Intérêt du Linézolide

	Resistance rate	Number of isolates
2011	8.9 %	1108
2012	11.2%	852
2013	12.5%	940
2014	13.1%	1259
2015	13.1%	1404
2016	14.7%	1737
2017	21.7%	2177
2018	24.2%	2281

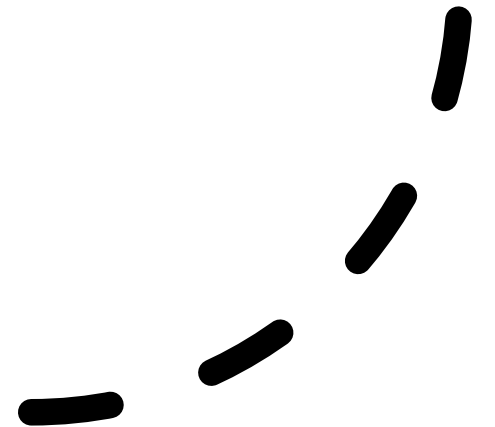
Table: Group A streptococcus non-susceptibility by calendar year from the US Centers for Disease Control and Prevention Active Bacterial Core surveillance programme

Au total, le linézolide ou le tédizolide pourrait être des alternatives à la clindamycine en association avec une bêta-lactamine, dans le traitement des infections nécrosantes graves des tissus mous et des chocs toxiques streptococciques. Toutefois on manque de données cliniques pour recommander en première intention l'association bêta-lactamine/linézolide (ou tédizolide).

Intérêt des Ig
Polyvalentes
dans les infections
invasives à SGA

→ pourrait être bénéfique en augmentant l'opsonisation et la phagocytose des bactéries, en neutralisant les toxines streptococciques et la protéine M et/ou en ayant un effet immunomodulateur

Linner, CID 2014



Cas clinique n°3 (suite)

Oseltamivir

Amoxicilline : augmenté à 12 g/j sur l'aspect de médiastinite
+ clindamycine

Ig polyvalentes le 20/03 à 1 g/kg à J1 puis 0,5 g/kg à J2 et J3.

Noradrénaline jusqu'à 5 mg/h

Drainage pleural, pas de geste chirurgical

5/04: Pré-tamponnade : drainage de 450 ml de liquide séro-hématique

Dénutrition sévère : - 17,5 kg, neuropathie de réanimation

Récidive de péricardite : aspirine + colchicine

Cas clinique n°3 (suite)

Ce patient de 26 ans vit avec sa femme et sa fille de 2 ans

Comment définissez-vous les sujets contacts? Les sujets à risque?

Comment les prenez-vous en charge?

Quel est le risque de cas secondaire dans l'entourage d'un cas?

24 clusters familiaux

Dans les 30 j suivant le 1^{er} cas, il était 4250/100 000 années-personnes

Intervalle médian entre cas index et secondaire : 2j

Le nombre de personnes à traiter pour éviter un cas secondaire était :

- 271 (IC95%: 194-454) dans la population générale
- 50 (IC95%: 27-393) pour les couples mères- nouveau-nés
- 82 (IC95%: 46-417) pour les plus de 75 ans
- 423 (IC95%: 194-454) pour la population restante à l'exclusion de ces 2 groupes

Définition des cas contacts et des sujets à risque

HCSP 2023

La prescription d'une antibioprophylaxie aux sujets contacts d'un cas d'IISGA tel que définis au 1.3.2 (c'est-à-dire les personnes ayant eu des contacts rapprochés prolongés ou répétés avec le cas index de 7 jours avant le début des signes jusqu'à 24 heures après le début de l'antibiothérapie), le plus tôt possible après le diagnostic chez le cas index (au mieux dans les premières 24 heures), et jusqu'à 10 jours après le diagnostic, pour les personnes suivantes:

- les femmes enceintes de plus de 37 semaines d'aménorrhée,
- les nouveau-nés (jusqu'à 28 jours de vie),
- les femmes ayant accouché dans les 28 jours précédents,
- les personnes âgées de plus de 65 ans,
- les personnes ayant une varicelle dans les 7 jours qui précèdent le début des signes chez le cas index et jusqu'à 24 heures après le début de l'antibiothérapie du cas index,
- les personnes vivant dans des conditions particulières de précarité (personnes sans domicile fixe par exemple),
- l'ensemble des sujets contacts vivant sous le même toit qu'un cas, lorsqu'un d'entre eux nécessite une antibioprophylaxie.

Antibiothérapie prophylactique dans l'entourage d'un ou plusieurs cas d'infection invasive à SGA

HCSP 2023

Les antibiotiques suivants peuvent être utilisés sous respect de leurs contre-indications et précautions d'emploi (l'ordre affiché n'indique pas une priorité de choix) :

- amoxicilline : 50 mg/kg/jour en deux prises/jour (max 1 g x 2/jour) pendant 6 jours
- macrolides et apparentés (si la souche de SGA du cas index y est sensible)
 - azithromycine pendant 3 jours (20 mg/kg/jour, soit une dose pour le poids x 1/jour, jusqu'à 25 kg ; au-delà de 25 kg : dose pour un poids de 25 kg ou 500 mg/jour en une seule prise)
 - ou clarithromycine pendant 10 jours (15 mg/kg/jour en 2 prises, soit une dose pour le poids x 2 / jour, jusqu'à 500 mg x 2/jour)
- céphalosporines orales de 1^{ère} génération pendant 10 jours
 - cefadroxil : 50 mg/kg/jour en deux prises (max 1 g x 2 / jour)
 - ou cefaclor : 20-40 mg/kg/jour en trois prises (max 250 mg x 3 / jour)

Les céphalosporines orales de 2^{ème} ou 3^{ème} génération ne sont pas adaptées à cette antibioprofylaxie.

Décision de traitement des cas contacts?

- Risque d'infection invasive à SGA pour les sujets contacts au sein d'un foyer est important
Surtout pour les sujets à risque > 65 ans, et NN lorsque leur mère est infectée....
 - Utilisation d'ATB:
Preuve de l'efficacité est faible
Risque de sélectionner des bactéries résistantes
- Recommandations reposant sur des avis d'experts qui varient d'un pays à l'autre

Messages à retenir

- Niche écologique : pharynx +++, peau
- Contamination respiratoire ou contact direct/indirect à partir lésions cutanées
- Augmentation de l'incidence en 2022
- Infections non invasives les plus fréquentes
infections invasives : létalité 10%
- Diagnostic : Pas de difficulté particulière, TDR !
- Pas de problème de résistance ATB, amoxicilline ± clindamycine
- Cas contact : prophylaxie des cas contacts à risque si infection invasive

Merci pour
votre
attention !

