

PNEUMOCOQUE (INFECTION À)

L'infection à pneumocoque est une **MADO** seulement lorsque le pneumocoque est trouvé dans un site normalement stérile.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le *Streptococcus pneumoniae*, ou pneumocoque, est une bactérie qui fait partie de la flore normale du nasopharynx, où il colonise de façon transitoire de nombreux individus. Plus de 90 sérotypes ont été identifiés, et chacun serait différent au regard de sa capacité à causer des infections (virulence) ou à entraîner l'état de porteur.

Le pneumocoque peut causer des infections chez les personnes de tout âge, telles que des infections locales (ex. : otite, sinusite, conjonctivite, pneumonie) ou invasives (ex. : bactériémie, septicémie, méningite, arthrite, ostéomyélite).

Épidémiologie

Environ 20 % des individus en santé sont porteurs du pneumocoque, ainsi que jusqu'à 90 % des enfants qui fréquentent un service de garde ou qui habitent certains pays en voie de développement. L'état de porteur devient moins fréquent au fur et à mesure que les enfants grandissent. Les adultes vivant avec de jeunes enfants sont 2 fois plus souvent colonisés que ceux qui ne côtoient pas de jeunes enfants. Depuis l'introduction des vaccins conjugués au début des années 2000, on observe une diminution de la circulation des sérotypes contenus dans ces vaccins.

La plupart des enfants vont faire une infection causée par le pneumocoque, surtout sous forme d'otite ou de pneumonie, principalement avant l'âge de 5 ans.

Au cours des années 1990, on a constaté au Québec une augmentation des souches de pneumocoque résistantes à la pénicilline, mais la situation semble être stable, avec environ 25 % des souches résistantes chez les enfants de moins de 5 ans. Dans les milieux de garde, un plus grand pourcentage d'enfants peut être colonisé par des souches résistantes à la pénicilline.

Les infections causées par le pneumocoque sont plus fréquentes en hiver et au début du printemps, soit lorsque la fréquence des infections virales des voies respiratoires (rhume, grippe) augmente. En fait, ces dernières infections prédisposent aux infections locales ou invasives par le pneumocoque. L'incidence de l'infection par le pneumocoque est plus élevée chez les jeunes enfants, les personnes âgées et les autochtones. L'incidence est aussi plus élevée chez certaines personnes immunodéficientes (entre autres, déficit humoral, VIH, asplénie) ou atteintes d'anémie falciforme.

Tableau clinique

Les symptômes de l'infection à pneumocoque varient selon l'organe atteint et la gravité de l'infection.

Le tableau clinique ne permet pas vraiment de distinguer les infections causées par le pneumocoque des infections causées par les autres bactéries possiblement en cause. Toutefois, la pneumonie causée par le pneumocoque se manifeste plus souvent par un début brutal avec fièvre élevée, frisson, dyspnée et toux.

Une bactériémie transitoire avec fièvre sans foyer d'infection est une présentation clinique fréquente de l'infection invasive chez les enfants de 2 ans et moins.

Dans le cas de la méningite et de la bactériémie, les symptômes sont les mêmes que ceux causés par d'autres agents.

Complications

Les infections à pneumocoque peuvent entraîner les complications liées à une infection bactérienne du site atteint (voir le chapitre 6, sections [Otite moyenne aiguë](#), [Pneumonie bactérienne ou virale](#) et [Méningite bactérienne ou virale](#)).

Il y a plus de risque de complications lors d'immunosuppression, d'anémie falciforme, d'insuffisance rénale, de syndrome néphrotique, de maladie pulmonaire chronique (ex. : fibrose kystique), de maladie cardiaque, de maladie hépatique, de diabète ou d'une condition médicale pouvant compromettre l'évacuation des sécrétions respiratoires et augmenter les risques d'aspiration (ex. : trouble cognitif). Les enfants avec un implant cochléaire ou un écoulement chronique du LCR sont plus à risque de méningite à pneumocoque.

Durée de la maladie

La durée de l'infection à pneumocoque varie selon le type d'atteinte et le moment où le traitement est amorcé.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires :

- Par projection de gouttelettes.
- Par contact direct.
- Par contact indirect.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation peut être de seulement 1 à 3 jours après la colonisation, mais peut aussi être de quelques semaines.

Période de contagiosité

La contagion persiste jusqu'à la disparition de la bactérie dans les sécrétions nasopharyngées et dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection à pneumocoque. Les personnes vaccinées sont moins à risque de colonisation et d'infection aux sérotypes contenus dans les vaccins.

Les personnes plus à risque de présenter une infection invasive à pneumocoque sont décrites à la [section 10.3](#) du PIQ.

Immunité

L'infection à pneumocoque confère une immunité contre le sérotype en cause. Cette immunité peut durer plusieurs années.

Un vaccin conjugué existe et est inclus dans le Programme québécois d'immunisation depuis 2004. Ce vaccin, administré dès l'âge de 2 mois, protège contre les sérotypes qui sont les plus fréquemment responsables des formes invasives de l'infection. Ce vaccin réduit la colonisation nasopharyngée par les sérotypes vaccinaux, ce qui permet une immunité collective.

Un vaccin polysaccharidique, qui confère une immunité contre plus de sérotypes, est offert aux personnes de 2 ans et plus qui présentent un ou des facteurs de risque.

Pour plus de détails, voir le PIQ, section *Vaccins*, [Pneumocoque](#).

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- imagerie médicale;
- laboratoires : analyse d'expectorations, de sang, de LCR et d'autres liquides biologiques.

Traitement

◆ Spécifique

L'antibiothérapie varie en fonction du site et de la gravité de l'infection à traiter.

◆ De soutien

- Analgésique pour la douleur.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Selon les symptômes : hydratation, aide respiratoire si nécessaire.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune.

En cas de maladie invasive chez un enfant de moins de 5 ans, puisqu'il s'agit d'une MADDO, une enquête sera faite par la DSP aux fins de surveillance épidémiologique.




Mesures de contrôle♦ **Sujet**

Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

♦ **Contacts**

Aucune.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .

Suivi

Aucun.