

SGA (INFECTIONS INVASIVES OU NON INVASIVES À)

Les infections invasives à SGA sont des **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le SGA est une bactérie. Il existe plus de 200 sérotypes de SGA.

Les infections à SGA comprennent des infections invasives et des infections non invasives.

Parmi les infections non invasives, on trouve les IVRS (pharyngo-amygdalite, scarlatine, sinusite et otite) de même que les infections de la peau et des tissus mous (ex. : impétigo, érysipèle, cellulite, incluant périarite).

Les infections invasives comprennent notamment la méningite, la septicémie, la bactériémie, l'arthrite septique, la myosite (infection du muscle) et la fasciite (infection du fascia du muscle). En général, on considère qu'il s'agit d'une infection invasive dès que le SGA est isolé d'un site normalement stérile comme le sang, le LCR et le liquide articulaire. Les infections invasives sont considérées comme graves dans les cas suivants : nécrose des tissus mous (fasciite ou myosite nécrosante ou gangrène), pneumonie, méningite, choc toxique (syndrome causé par des toxines libérées par la bactérie) ou décès. Cette précision est importante parce qu'elle influencera les mesures à prendre.

Épidémiologie

Les infections non invasives sont les plus fréquentes. Les infections invasives sont rares. À titre informatif, ces dernières ont eu un taux d'incidence moyen d'environ 4 cas sur 100 000 habitants pour la période de 2008 à 2015 au Québec. L'incidence est beaucoup plus élevée dans les régions du nord du Québec (Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James).

Dans les climats tempérés, la pharyngo-amygdalite à SGA est plus fréquente de la fin de l'automne jusqu'au printemps, alors que l'impétigo est plus fréquent en saison estivale.

Jusqu'à 20 % des enfants d'âge scolaire sont porteurs asymptomatiques du SGA au cours de l'hiver et au printemps dans les pays de climat tempéré. Le risque de transmission par ces porteurs asymptomatiques est faible.

Des cas d'infections non invasives à SGA (ex. : pharyngo-amygdalite, scarlatine, impétigo) peuvent se propager facilement dans les services de garde et les écoles, mais les éclosions d'infections invasives à SGA sont rares chez les enfants. L'atteinte à l'intégrité de la peau, par exemple blessure, brûlure, varicelle et autres, est un facteur de risque reconnu des infections invasives à SGA.

Au cours des dernières années, une résistance des souches invasives du SGA à la clindamycine et aux macrolides a été notée, mais il n'y a pas de résistance à la pénicilline.

Tableau clinique

Comme le SGA peut causer plusieurs types d'infections, sa présentation clinique peut varier.

◆ Pharyngo-amygdalite

Les signes et symptômes de la pharyngo-amygdalite sont fièvre, mal de gorge, perte d'appétit, nausées et vomissements, céphalées, hyperémie du pharynx ou des amygdales avec ou sans exsudat, pétéchies au palais et adénopathies cervicales sensibles à la palpation.

◆ Scarlatine

La scarlatine est caractérisée par une éruption cutanée et est associée à la pharyngo-amygdalite à SGA et, plus rarement, à une infection cutanée à SGA. Les principaux signes et symptômes de la scarlatine sont une langue framboisée et un érythème cutané donnant une sensation de papier sablé et atteignant le cou, la poitrine et l'abdomen. L'érythème est plus intense aux plis de flexion. L'éruption cutanée disparaît après environ 1 semaine, et l'on peut observer une desquamation de la peau, surtout aux extrémités.

◆ Impétigo

L'impétigo est une infection cutanée causant des lésions indolores purulentes, bien circonscrites et croûteuses. Les lésions sont rarement accompagnées de fièvre et de malaises généraux.

◆ Cellulite, incluant périonite

Cette infection cutanée se manifeste par de la rougeur, de la chaleur et de la douleur au site de l'infection. Elle est souvent précédée par un bris cutané (ex. : traumatisme, varicelle). Elle peut être accompagnée ou non de fièvre et de symptômes généraux.

◆ Infections invasives

Généralement, les infections invasives à SGA se manifestent par de la fièvre et d'autres symptômes liés au site atteint. Certaines de ces infections sont présentées au chapitre 6, dont la pneumonie et la méningite. Seules les présentations cliniques de la fasciite ou myosite nécrosante et du choc toxique sont décrites ici.

La fasciite ou myosite nécrosante est une infection profonde du muscle (myosite) ou de la gaine du muscle (fasciite) qui cause de la fièvre, une atteinte de l'état général et une douleur intense au site de l'infection. La peau de la région atteinte présente en général des signes de cellulite, mais ceux-ci peuvent être absents, et, fréquemment, la douleur est disproportionnée par rapport aux signes observables. L'infection peut évoluer très rapidement. En l'absence de traitement, la nécrose des tissus progresse et peut se manifester par des plaques bleutées et des lésions bulleuses.

Le choc toxique se manifeste par une hypotension avec au moins 2 des conditions cliniques suivantes : défaillance rénale, coagulopathie, atteinte hépatique, syndrome de détresse respiratoire de l'adulte, éruption érythémateuse, nécrose des tissus mous.

Complications

Les pharyngo-amygdalites à SGA non traitées peuvent entraîner le rhumatisme articulaire aigu (RAA), qui est une maladie multisystémique résultant d'une réaction auto-immune. Le RAA est très rare dans les pays industrialisés.

La glomérulonéphrite post-streptococcique est une atteinte limitée aux reins, provoquée par une pharyngo-amygdalite ou une infection de la peau à SGA (impétigo, cellulite et autres).

Les infections invasives à SGA peuvent 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.

Durée de la maladie

Les infections non invasives à SGA peuvent parfois guérir spontanément après une période de temps variable. Le traitement antibiotique des infections non invasives raccourcit la durée et la gravité de la maladie. Ainsi, lorsqu'ils sont traités, l'impétigo et la pharyngo-amygdalite à SGA durent rarement plus de 7 jours.

La durée de chaque infection invasive à SGA varie selon la réponse au traitement.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires ou des lésions cutanées infectées :

- Par contact direct.
- Par contact indirect.
- Par projection de gouttelettes.
- Par véhicule commun : des éclosions de pharyngo-amygdalite ont été décrites à la suite de contamination alimentaire.

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

Période d'incubation

Pour la pharyngo-amygdalite à SGA, la période d'incubation est de 2 à 5 jours.

Pour l'impétigo, elle est de 7 à 10 jours.

Pour les infections invasives, elle est moins bien connue, mais plusieurs cas de choc toxique sont survenus de 24 à 72 heures après un traumatisme mineur non pénétrant. Une durée plus courte est possible lors de traumatisme pénétrant.

Période de contagiosité

La contagiosité de la pharyngo-amygdalite à SGA est maximale durant la phase aiguë et dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique. Lorsque la pharyngo-amygdalite n'est pas traitée, la contagiosité diminue graduellement sur plusieurs semaines et est grandement diminuée après 2 à 3 semaines.

L'impétigo causé par le SGA est contagieux jusqu'à ce que les lésions soient guéries. Lorsque l'impétigo est traité par des antibiotiques, il est contagieux jusqu'à 24 heures après le début du traitement.

Aux fins d'intervention, les infections invasives à SGA sont considérées comme contagieuses 7 jours avant le début des symptômes et jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement antibiotique approprié.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection à SGA.

Immunité

Chaque infection à SGA confère une immunité seulement contre le sérotype en cause.

Il n'existe aucun vaccin contre le SGA.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- test de détection rapide de l'antigène streptococcique sur un prélèvement pharyngé;
- culture de gorge, culture de lésion ou de pus, hémoculture et culture d'autres liquides biologique selon le site atteint;
- dans le cas d'une infection invasive, plusieurs investigations spécialisées peuvent être nécessaires (ex. : tomographie par ordinateur, imagerie par résonance magnétique [IRM] et autres).

Traitement

◆ Spécifique

- Antibiotique.
- Une chirurgie peut être nécessaire dans le cas d'une infection invasive.

◆ De soutien

- Analgésique pour la douleur.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Des soins spécialisés d'urgence et intensifs peuvent être nécessaires dans certains cas.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour chaque cas d'infection invasive à SGA.

Une enquête peut être réalisée par la DSP en présence d'agrégats ou d'éclosion d'infection non invasive à SGA.

Aucune enquête n'est requise s'il s'agit d'un cas isolé d'infection non invasive à SGA.

En présence d'infection **non invasive** (ex. : pharyngo-amygdalite, impétigo, cellulite), s'assurer que la présence de SGA a été confirmée par un test de laboratoire (ex. : culture de gorge et autres). Si aucune analyse n'a révélé la présence de SGA, voir les sections correspondantes au chapitre 6 (ex. : pharyngo-amygdalite, infection cutanée...).

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes), elle peut, au besoin, communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Prévenir la transmission de l'infection aux contacts.
- Diriger vers un médecin les contacts symptomatiques.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.
- Identifier et éliminer une source commune de contamination par exemple :
 - service de garde;
 - aliments.

Mesures de contrôle

Pour les infections **invasives** à SGA, les mesures de contrôle seront communiquées par la DSP.

Les recommandations suivantes s'appliquent seulement aux infections **non invasives**.

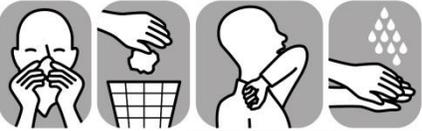
◆ Sujet

- S'assurer de l'administration d'un traitement au sujet.
- Exclure le sujet jusqu'à au moins 24 heures après le début du traitement antibiotique ou jusqu'à ce que son état lui permette de revenir au service de garde ou à l'école (pour les critères d'exclusion d'un enfant, voir le tableau 3 du [chapitre 3](#)).
- En présence de lésions cutanées, le sujet doit, si possible, couvrir ses lésions avec un pansement étanche et propre.
- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, il doit en tout temps couvrir ses lésions. Le retrait ou la réaffectation est recommandé en présence de lésions infectées sur les mains, les avant-bras ou des régions du corps exposées impossible à couvrir complètement avec un pansement propre et étanche (ex. : paupière, visage, cuir chevelu, cou). Pour plus de détails, voir <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>.

◆ Contacts

- En fonction de la période de contagiosité, considérer comme contacts les personnes habitant sous le même toit que le sujet et les contacts sexuels qui présentent des symptômes. Ces personnes devraient consulter pour être examinées et, au besoin, être traitées.
- En présence d'un seul cas, aucune autre intervention n'est nécessaire.
- En cas d'écllosion (voir ci-dessus), considérer aussi comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants fréquentant ce service et les personnes de la maison ayant des contacts avec les enfants;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au groupe du cas. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
 - Dans une école secondaire : les contacts ne sont habituellement pas des contacts significatifs.
- Remettre une lettre aux contacts identifiés.
- Les contacts d'infection prouvée à SGA qui sont symptomatiques doivent consulter pour être examinés, passer les tests (culture et autres) et être traités si une infection à SGA est confirmée.

Mesures d'hygiène et environnement

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

Suivi

Aucun, sauf en cas de maladie invasive grave selon les recommandations de la DSP.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Infection à streptocoque

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Actuellement, au service de garde ou à l'école, des personnes souffrent d'une infection à streptocoque. Le streptocoque est une bactérie et peut causer différentes infections, par exemple des infections de la peau (impétigo) ou de la gorge (pharyngo-amygdalite). Une pharyngo-amygdalite à streptocoque se manifeste souvent par de la fièvre, des maux de gorge, un gonflement des ganglions et, parfois, des nausées et des vomissements. S'il y a en plus une éruption cutanée, on parle alors de scarlatine.

Si une personne qui fréquente le milieu présente les symptômes de cette maladie, elle devrait consulter un médecin. Des tests de laboratoire seront faits et des antibiotiques seront prescrits au besoin.

Les personnes qui souffrent d'une infection à streptocoque sont exclues du service de garde ou de l'école jusqu'à au moins 24 heures après le début du traitement antibiotique ou jusqu'à ce que leur état leur permette de revenir au service de garde ou à l'école.

Apportez cette lettre avec vous lors de la consultation médicale.

Si l'infection est confirmée, nous vous encourageons à en aviser le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____