



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE

SECTION MALADIES TRANSMISSIBLES

relatif à la conduite à tenir autour d'un ou de plusieurs cas, d'origine communautaire, d'infections invasives à *Streptococcus pyogenes* (ou streptocoques du groupe A)

séance du 18 novembre 2005

Considérant d'une part,

- que *S. pyogenes* peut être responsable de formes invasives : septicémies, dermo-hypodermites nécrosantes (DHN) auparavant désignées sous les termes de cellulites extensives ou fasciites nécrosantes et syndrome de choc toxique streptococcique (SCTS) dont les plus sévères peuvent conduire au décès,¹
- que le taux de létalité est particulièrement important dans certaines catégories d'infections invasives comme le SCTS et les DHN,
- que la transmission de *S. pyogenes* est essentiellement directe par voie aérienne ou cutanée à partir d'une personne malade ou porteuse,
- que le risque d'acquisition d'une souche de streptocoque du groupe A (SGA) augmente avec la proximité et la durée des contacts avec un malade : membres d'une même famille, personnes ayant eu des contacts intimes²,
- que l'on observe une augmentation récente de l'incidence des infections invasives à SGA pour lesquelles une souche a été isolée dans le sang et le LCR qui est estimée en France à 1,7 pour 100 000 habitants en 2002 et à 2,2 pour 100 000 en 2003 et 2,7 pour 100 000 en 2004³,
- que les cas secondaires en nombre faible, sont observés dans l'entourage familial immédiat, avec un risque de 20 à 200 fois supérieur à celui observé dans la population générale⁴,

¹ Bouvet A. Infections sévères à *Streptococcus pyogenes*. *Revue Française des Laboratoires* 2004. 359 bis:30-33

² Gamba MA, Martinelli M, Schaad HJ, Streuli RA, DiPersio J, Matter L, *et al.* Familial transmission of a serious disease-producing group A streptococcus clone: case reports and review. *Clin Infect Dis* 1997. 24:1118-1121.

Schwartz B, Elliott JA, Butler JC, Simon PA, Jameson BL, Welch GE, *et al.* Clusters of invasive group A streptococcal infections in family, hospital and nursing home settings. *Clin Infect Dis* 1992. 15:277-284

³ INVS données de surveillance du réseau EPIBAC 2004. site http://www.invs.sante.fr/surveillance/infections_invasives_a_streptocoque_A

⁴ Robinson KA, Rothrock G, Phan Q, Sayler B, Stefonek K, Van Beneden C, *et al.* Risk for severe group A streptococcal disease among patients' household contacts. *Emerg Infect Dis* 2003. 9:443-447

- que l'existence de cas groupés suggère une importante contagiosité et / ou virulence de la souche et implique une surveillance des collectivités liées aux différents cas groupés.

Considérant d'autre part,

- que les facteurs de risques d'infection invasive à SGA⁵ sont :
 - âge supérieur à 65 ans ,
 - varicelle évolutive,
 - lésions cutanées étendues, dont les brûlures,
 - toxicomanie intra-veineuse,
 - pathologie évolutive (diabète, cancer, hémopathie, infection par le VIH, insuffisance cardiaque),
 - prise importante de corticoïdes par voie orale, définie par des doses équivalentes à plus de 5 mg/kg/jour de prednisone pendant plus de 5 jours (pour des traitements récents), ou par des doses équivalentes ou supérieures à 0,5 mg/kg/jour de prednisone pendant 30 jours ou plus (pour des traitements prolongés).
- que le traitement curatif des infections invasives à *S. pyogenes* repose sur une antibiothérapie systémique adaptée associée éventuellement à une prise en charge en unité de soins intensifs et à des interventions chirurgicales,
- qu'il n'existe pas de vaccin disponible actuellement,
- que la prévention primaire repose sur l'hygiène individuelle et collective.

Le Conseil supérieur d'Hygiène Publique de France recommande en cas d'infection invasive à *S. pyogenes*:

en présence d'un cas isolé

- que soient considérés comme sujets contact :
 - les personnes vivant au domicile du cas,
 - les contacts physiques intimes,
 - les personnes ayant vécu certaines situations reproduisant des contacts de type intra-familial (crèche, institutions de personnes âgées, sujets ayant pratiqué des sports impliquant des contacts physiques prolongés).
 Ces contacts ont lieu au cours des 7 jours précédant le début de la maladie et jusqu'à la fin des 24 premières heures du traitement spécifique du cas.

Les collègues de travail, voisins de palier, camarades de classe ou de jeux ne doivent pas être considérés comme des sujets contact.

- Que chez les sujets contact, avec facteur de risque d'infection invasive, d'un cas isolé certain, possible ou probable (cf. annexe 1), une antibioprophylaxie par voie générale (cf. annexe 2) soit prescrite.

Dans l'état actuel des données répertoriées, l'antibioprophylaxie n'est pas recommandée pour les sujets contact sans facteur de risque⁶.

- que si une antibioprophylaxie est prescrite à un sujet contact vivant sous le même toit que le cas, elle soit également prescrite à l'ensemble des sujets contact du foyer.

S'agissant d'une problématique différente du traitement curatif de l'angine aiguë à SGA, les schémas thérapeutiques ici recommandés diffèrent de ceux préconisés dans l'angine aiguë.

⁵ Factor SH, Levine OS, Schwartz B, Harrison LH, Farley MM, McGeer A, *et al.* Invasive Group A Streptococcal Disease: Risk Factors for Adults. *Emerg Infect Dis* 2003. 9:970-977.

⁶ Health Protection Agency GASWG, . Interim UK guidelines for management of close community contacts of invasive group A streptococcal disease. *Communicable Disease and Public Health* 2004. 7:354-361.

- que les sujets contact soient informés que l'apparition de tout signe pathologique (fièvre, angine, douleur localisée, ou altération de l'état général), dans les 30 jours qui suivent le dernier contact avec le malade, doit les amener à consulter un médecin.⁷
- que les sujets contact présentant des signes cliniques en faveur d'une infection à SGA soient traités selon un traitement curatif.
- que lorsque le malade vit en institution, la DDASS avertie par le clinicien, recherche les situations reproduisant des contacts de type familial, et identifie les sujets contact.

en outre, en présence de cas groupés

- que, en cas de survenue inhabituelle dans le temps (dans un délai de moins d'un mois) et dans l'espace de 2 ou plusieurs cas, certains, probables ou possibles d'infections invasives à SGA observés, avec ou sans contact direct entre les cas, dus à des souches identiques, ou pour lesquelles les informations biologiques disponibles ne permettent pas d'affirmer qu'elles sont différentes, le signalement soit réalisé par fax ou téléphone à la DDASS qui avertira l'InVS et la DGS.
- que l'enquête épidémiologique vise à définir la collectivité d'où sont issus les malades, recherche des contacts directs ou indirects et une source commune entre eux, identifie les sujets contact et la présence chez eux de facteurs de risque individuels.
- qu'il n'est pas nécessaire de désinfecter les locaux, ni d'y cesser les activités habituelles.
- qu'une cellule d'aide à la décision doit être mise en place afin d'envisager d'éventuelles mesures de contrôle, en particulier concernant l'antibioprophylaxie, adaptées à la situation particulière.

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité sans suppression ni ajout

⁷ Davies HD, McGeer A, Schwartz B, Green K, Cann D, Simor AE, *et al.* Invasive group A streptococcal infections in Ontario, Canada. Ontario Group A Streptococcal Study Group. *N Engl J Med* 1996. 335:547-554

Annexe 1

Définition d'un cas d'infection invasive à *Streptococcus pyogenes* (ou streptocoque du groupe A)

a) Cas certain

Isolement bactériologique de *S. pyogenes* à partir d'un liquide ou d'un site normalement stérile, à l'exception d'une phlyctène d'érysipèle simple, sans nécrose.

Cette situation s'associe parfois à un état de choc avec défaillance multiviscérale et constitue le syndrome de choc toxique streptococcique (SCTS)

b) Cas probable

1. Isolement bactériologique de *S. pyogenes*, à partir d'un site habituellement non stérile (par exemple : peau, voies respiratoires hautes, vagin) associé à une nécrose extensive des tissus mous
2. Isolement bactériologique de *S. pyogenes* d'un site ou d'un échantillon biologique habituellement non stérile (par exemple : peau, voies respiratoires hautes, vagin) associé à un syndrome de choc évocateur de SCTS et sans autre cause retrouvée.
3. Cas survenant dans l'entourage d'un cas certain ou probable d'infection invasive à *S. pyogenes* présentant des signes évocateurs d'une infection invasive ou d'un syndrome de choc streptococcique sans autre cause retrouvée même en l'absence d'isolement d'une bactérie

c) Cas possible

Signes cliniques en faveur d'une infection invasive à SGA sévère (choc évocateur de SCTS, dermo-hypodermite nécrosante (DHN)) sans isolement bactériologique et sans autre cause retrouvée.

Définition des cas

Cas	Isolement biologique Liquide ou site stériles normalement	Isolement biologique Site non stérile d'habitude	Manifestations cliniques	Dans l'entourage d'un cas
Certain	+		+	
Probable		+	+	
Probable		+ ou NON	Signes évocateurs SCTS, inf. inv	+
Possible	NON	NON	+	
			Signes évocateurs DHN, SCTS	

Annexe 2 : schémas d'antibioprophylaxie

Remarque : Ni la pénicilline V, ni l'amoxicilline ne peuvent être retenues pour la prophylaxie des cas contact.

-La pénicilline V n'obtient pas un pourcentage d'éradication suffisant en cas de portage de SGA.

-L'amoxicilline prescrite 6 jours a une activité comparable à celle de la pénicilline V prise pendant 10 jours dans le traitement de l'angine aiguë (non-infériorité prouvée mais absence de démonstration de supériorité d'éradication du SGA par rapport à la pénicilline V) ; aucune étude n'a été menée avec l'amoxicilline chez les porteurs de SGA.

Protocole et traitement prophylactique	Posologie	Durée
De préférence (absence de contre-indication aux céphalosporines)		
Céphalosporines orales de 2ème ou 3ème génération*		
- Céfotiam-hexétil	Adulte : 400 mg/jour en 2 prises	8-10 jours
- Cefpodoxime-proxétil	Adulte : 200 mg/jour en 2 prises Enfant : 8 mg/kg/jour en 2 prises	
- Céfuroxime-axétil	Adulte : 500 mg/jour en 2 prises Enfant : 30 mg/kg/jour en 2 prises (dose maximale 500 mg/jour)	
En cas de contre-indication aux céphalosporines		
Macrolides et apparentés aux macrolides (après confirmation de la sensibilité de la souche aux macrolides et lincosamides) **		
- Azithromycine per os	Adulte : 500 mg/jour	3 jours
	Enfant : 20 mg/kg/jour en 1 prise (dose maximale 500 mg/jour)	3 jours
- Clindamycine per os * **	Adulte et enfant : 20 mg/kg/jour en 3 prises (dose maximale 900 mg/jour)	10 jours
Autre choix, en cas de souche résistante aux macrolides et apparentés		
Pénicilline V per os	Adulte : 2 à 4 Millions UI/jour en 2 à 3 prises Enfant : 50 000 à 100 000 UI/kg/jour en 2 à 3 prises	10 jours
et		4
Rifampicine per os	Adulte et enfant : 20 mg/kg/jour en 2 prises (dose maximale 600 mg/jour) de J7 à J10	derniers jours

* Seules les molécules pour lesquelles une supériorité d'éradication du SGA par rapport à la pénicilline V (traitement historique de référence des angines) a été prouvée, ont été retenues.

Les traitements courts par les céphalosporines n'ont pas démontré une supériorité dans l'éradication du SGA par rapport à la pénicilline V. Aussi, seuls les traitements longs sont recommandés.

** ; Taux de 16 à 31% de résistance de *S. pyogenes* aux macrolides et lincosamides.

*** Le taux de résistance de *S. pyogenes* à la clindamycine est comparable à celui qui est observé avec les macrolides; aussi, la clindamycine ne peut être envisagée qu'en cas de contre-indications aux céphalosporines, avec les mêmes précautions d'emploi que celles mises en avant pour les macrolides.

NB : Bien que toutes les souches soient aujourd'hui sensibles à la pristinaamycine, des données cliniques supplémentaires sont attendues.

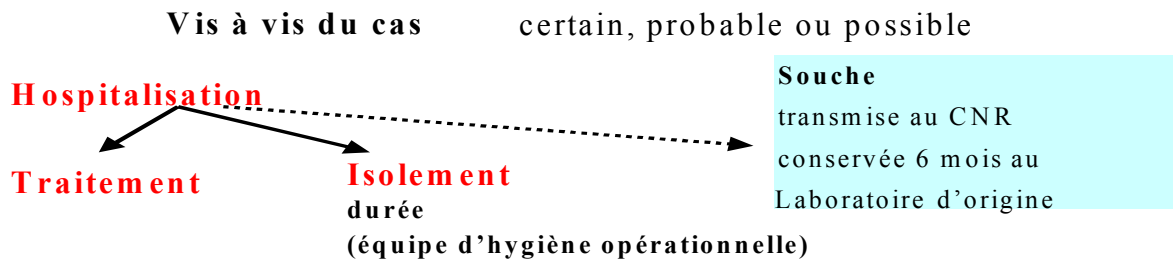
Conduite à tenir autour d'un cas isolé

(infection invasive communautaire à

S. pyogenes)

Prévention primaire

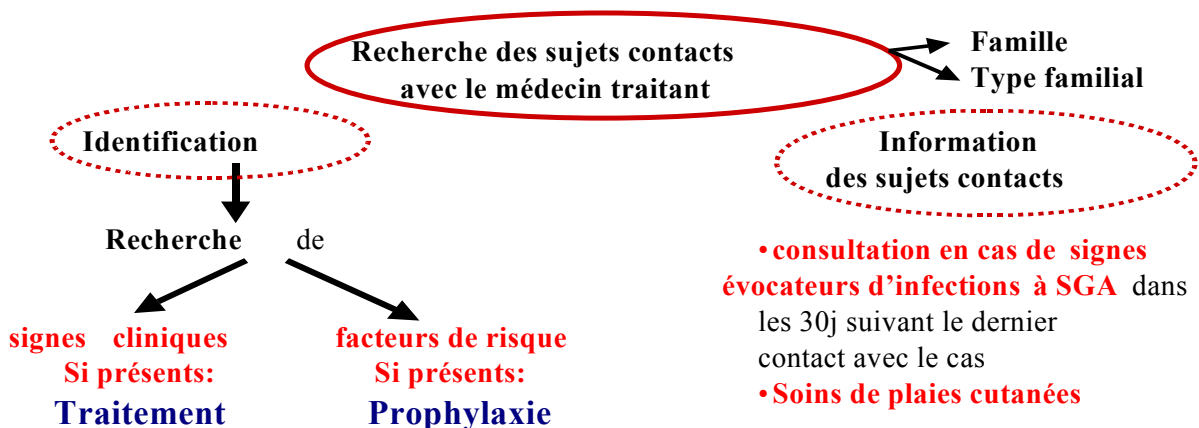
- hygiène individuelle et collective
- pas de vaccin



Conduite à tenir autour d'un cas isolé

(infection invasive communautaire à *S. Pyogenes*)

Autour du cas certain, probable ou possible



Autour de cas groupés d'infections invasives à *S. pyogenes*

Mesures à prendre

Signalement DDASS
(tel, fax)

InVS, DGSS, CNR

Mise en place de cellule d'aide à la décision
DGSS, InVS, CNR
DDASS+ CIRE concernées
Expert clinicien local
Représentant du CSHPF... .

Enquête épidémiologique

Pour

- Définition de la collectivité en cause
- Recherche par interrogatoire, entre les cas
 - des contacts directs et indirects
 - de source commune
- Recherche de FDR individuels
Par DDASS + CIRE / InVS