

Infections invasives à strepto A : un cas qui décolle

Marine GIARD et Clément THEIS

Pourquoi on en parle ?

Streptocoque A : pourquoi parents et médecins sont appelés à la vigilance après trois morts liées à des infections

Les professionnels de santé signalent une recrudescence de "formes graves et de décès", notamment d'enfants, liés à ces bactéries dont les conséquences sont en général bénignes.

franceinfo
France Télévisions

Publié le 07/12/2022 12:25

Temps de lecture : 3 min.



Le service de pédiatrie d'un hôpital à Briançon (Hautes-Alpes), le 15 novembre 2022. (THIBAUT DURAND / HANS LUCAS / AFP)



Alertes Sanitaires

Infections invasives à Streptocoque du Groupe A (cas pédiatriques)

Date de publication sur le site SFMU : 07 décembre 2022

Plusieurs cas pédiatriques d'infections invasives à Streptocoque du Groupe A (IISGA), en nombre plus important qu'habituellement, ont été signalés dans différentes régions (Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine) au cours des 15 derniers jours. Ces cas ont entraîné l'hospitalisation en réanimation d'au moins 8 enfants sans facteurs de risque identifiés, parmi lesquels 2 sont décédés. Trois cas adultes ont été signalés dont 1 est décédé.



DGS-URGENT

DATE : 06/12/2022

RÉFÉRENCE : DGS-URGENT N°2022_83

OBJET : RECRUDESCENCE D'INFECTIONS INVASIVES A STREPTOCOQUE A

- Signaler sans délai à votre ARS tout cas d'infection invasive à streptocoque A grave (c'est-à-dire nécessitant l'hospitalisation) ;

Sources des données

- Pédiatrie

- SpF GFRUP 11/2022
surveillance des IISA communautaires sévères hospitalisés en réanimation pédiatrique
- GPIP-SFP 01/2023
observatoire national des IISGA chez l'enfant = étude ISAI
- Etude PARI (pédiatres libéraux)
- SOS médecin
- Réseau OSCOUR

- Hospitalier

- Epibac (réseau de laboratoires de microbiologie hospitaliers volontaires)
infections invasives bactériennes
→ CNR-Strep : souches reçues
- ARS : déclaration des cas d'IISGA hospitalisés
- Esin : signalement des cas nosocomiaux d'IISA

Données épidémiologiques

- SpF-GFRUP *du 01/09/2022 au 26/03/2023*

- 170 cas en réa pédiatrique dont **13 décès** (+ 6 décès extra-hospitaliers)
- 2/3 avec infection respiratoire +/- STSS
- **> 50% avec infection virale** (grippe, bronchiolite à VRS) dans les 15j précédents



GFRUP

- GPIIP *du 01/09/2022 au 08/06/2023*

- 34 CH pédiatriques, 215 enfants <18 ans avec une IISGA
- **1/3 avec infection virale** dans les 15j précédents
- 12% avec comorbidité
- **1/3 hospitalisés en USC ou réa**
- 45% opérés
- 8 décédés



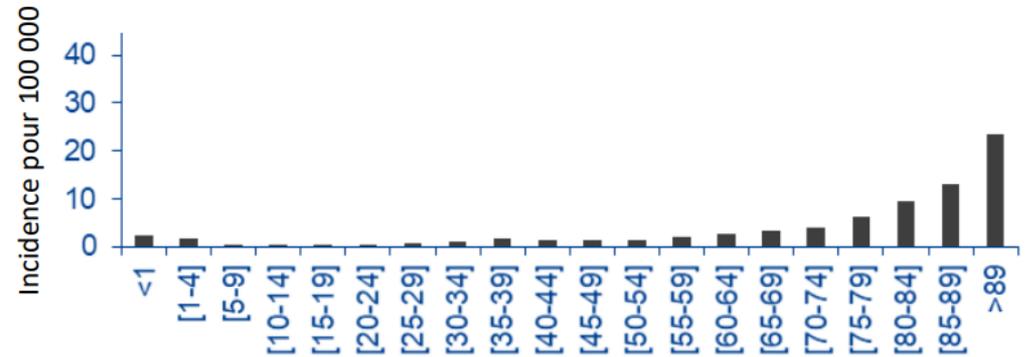
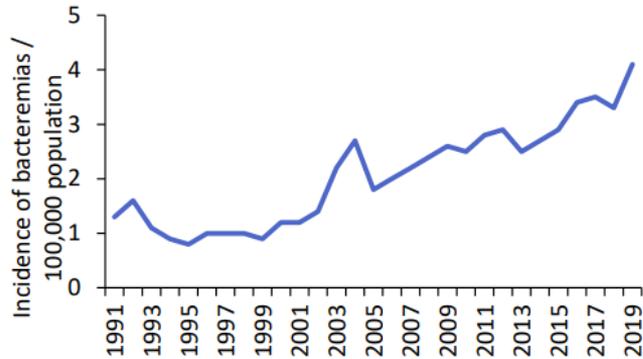
GPIIP

- Etude PARI *à partir de mars 2022*

- ↗ des cas d'infections non invasives à SGA

Peut résulter, au moins en partie, d'un rebond post-mesures barrières chez des enfants dont le système immunitaire n'a pas été au contact avec les souches de SGA qui circulent habituellement

Bactériémies, France

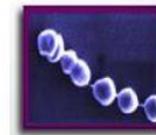


Incidence des infections invasives
en augmentation

Europe, Amérique du Nord,
Australie, etc.

Pics d'incidence
< 5 ans
≥ 60 ans

Données épidémiologiques



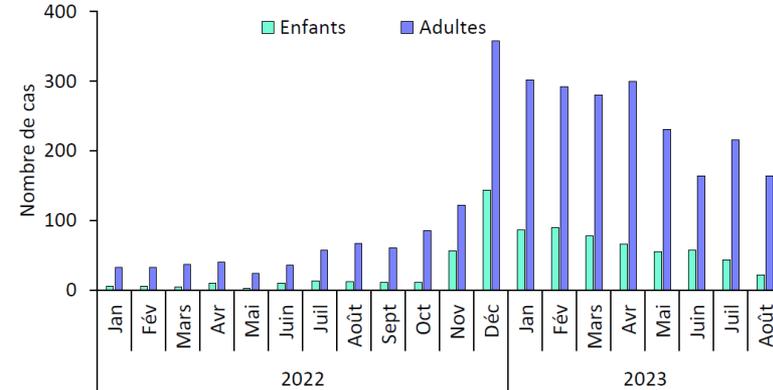
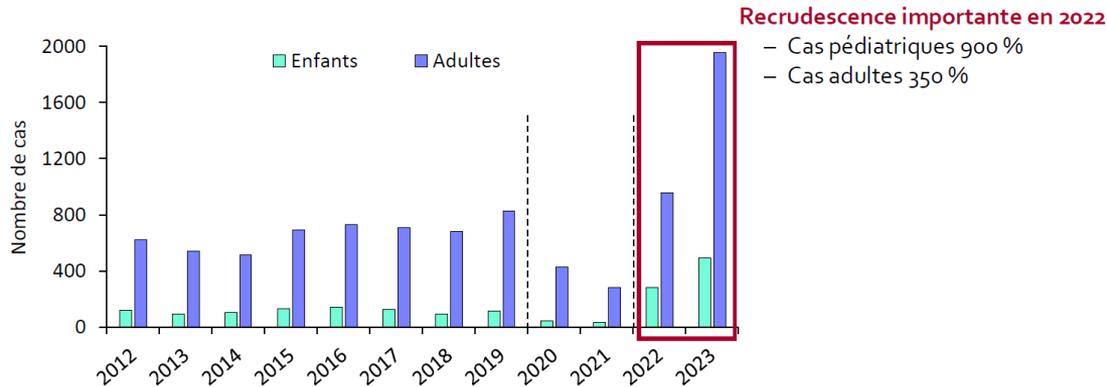
CNR-Strep.fr

Centre National de Référence des Streptocoques

- **CNR** données : Céline Plainvert

2022-2023

- Surreprésentation des cas pédiatriques (0-9 ans)
- Infections ORL prédominantes
- Expansion des génotypes emm1, clone M1UK et emm12



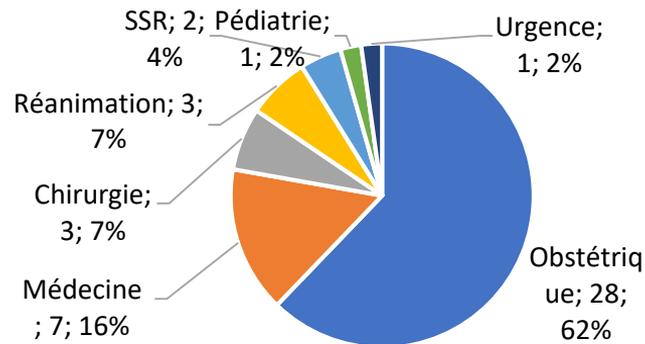
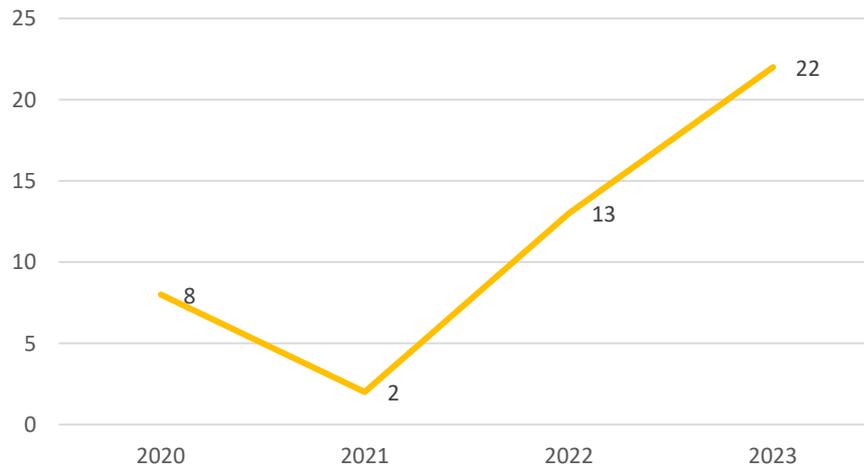
Données épidémiologiques



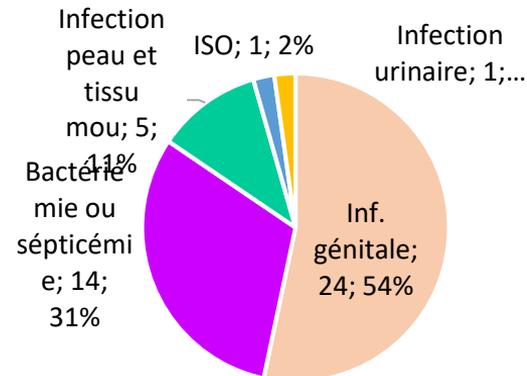
• eSIN de 2020 à 2023

- 26 établissements ont signalé entre 1 et 6 épisodes
- sur 45 signalements
 - 5 avec des cas secondaires
 - 6 avec 1 cas importé
 - 1 décès

Nombre de signalements STRPYO



Répartition par service et par site anatomique



Textes de référence

Date du 15/12/2022



Conduite à tenir autour d'un cas d'infection invasive à Streptocoque du
Groupe A



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

Relatif à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas d'infection invasive ainsi que de cas groupés d'infection non invasive à *Streptococcus pyogenes* (ou streptocoque du groupe A)

7 juillet 2023

Info-antibio N°99: Septembre 2023

Lettre d'information sur les antibiotiques. Tous les numéros sur infectiologie.com. Abonnement gratuit à [partir de ce lien](#)
Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

Conduite à tenir autour d'un cas d'infection invasive à *Streptococcus pyogenes* (IISGA)
[Recommandations HCSP 2023](#)

Cet avis actualise et dépeussière les recommandations précédentes de 2005 concernant la prise en charge des patients et contacts.



MINSANTE / CORRUSS

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DATE : 05/12/2023

REFERENCE : MINSANTE N°2023_36

OBJET : CONDUITE A TENIR AUTOUR D'UN OU PLUSIEURS CAS D'ORIGINE COMMUNAUTAIRE D'INFECTION INVASIVE AINSI QUE DE CAS GROUPES D'INFECTION NON INVASIVE A *STREPTOCOCCUS PYOGENES* (OU STREPTOCOQUE DU GROUPE A)



CAT

Gestion autour d'un cas d'infection invasive à streptocoque du groupe A (IISGA)

Mise à jour le 5/12/2023

Textes de référence

Toujours d'actualité



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

COMITE TECHNIQUE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES INFECTIONS LIEES AUX SOINS

CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE PUBLIQUE DE FRANCE

Guide pour la prévention et l'investigation
des infections hospitalières à *Streptococcus pyogenes*

Novembre 2006

				Streptocoque A en Maternité			
Version : 2		Date de diffusion : 06/10/2021		Mise à jour : 06/10/2026		Page 1 sur 11	
Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne FEMA							
Rédacteur principal : J. Duclos Médard			Relecture : Comité scientifique du RSPA			Validation : Dr Vendittelli F pour le comité scientifique du RSPA	
Autre(s) rédacteur(s) : J. Thomazet et E. Perret.							
Le : 17/08/2020			Le : 23/09/ 2021			Le : 06/10/2021	

STREPTOCOQUE A : CONDUITE A TENIR EN CAS D'INFECTION

Le kit de dépistage rapide de Streptocoque du groupe A au niveau de la gorge doit être disponible dans toutes les maternités / centres de périnatalité

1. Introduction :

Le streptocoque β H est le streptocoque du groupe A est responsable d'infections nosocomiales potentiellement graves en Maternité et Gynécologie. Ce streptocoque est un germe rhino-pharyngé qui est présent dans le rhino-pharynx de l'accoucheur ou de la sage-femme en période d'accouchement.

Réseau périnatal AUREO Validation 19/11/2019

C.CLIN Sud-Est – mars 2010

Conduite à tenir
en cas de suspicion d'infection invasive à *Streptococcus pyogenes*
(streptocoque bêta-hémolytique du groupe A)
en service de gynécologie obstétrique et maternité

Guide pour la prévention et l'investigation des infections hospitalières à *Streptococcus pyogenes* – CTINILS, CSHPF – Novembre 2006
SFHH, Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité, version 2 – Juin 2003.
Group A streptococcal disease workshop participants. Prevention of invasive Group A streptococcal disease among household contacts of case patients and among postpartum and postsurgical patients : recommendations from the Centres for Disease Control and Prevention, 2002. Clinical infectious diseases, 2002, 35: 950-959.

Pour le cas clinique qui suit, vous êtes omnipotent. Vous êtes infectiologue, hygiéniste, bactériologue, pédiatre, directeur, médecin du travail, chef du service d'obstétrique...

Vous êtes appelé par l'interne de garde d'obstétrique pour M^{me} Angélique S., G2P2, ayant accouché il y a 48h d'une petite Maélis en urgence (anomalie du rythme cardiaque fœtal), pour un état septique associant fièvre élevée à 40°C, frissons, myalgies et douleurs pelvienne intense.

On note un rash scarlatiniforme.

L'examen gynécologique mets en évidence des lochies purulente. La palpation pelvienne très sensible.

L'hémodynamique est altérée (hypotension, tachycardie, trouble de la vigilance).

Pas d'antécédent en dehors d'une vaginose bactérienne banale.

Elle est en chambre double.

Quel est votre diagnostic syndromique ?

Endométrite du post-partum

Choc toxinique compliquant une endométrite du post-partum

Définition des cas d'infections post-opératoire et du post-partum

- Infection post-opératoire à *S. pyogenes*

Isolement pendant la durée du séjour hospitalier ou **dans les 7j*** suivant la sortie du patient du *S. pyogenes* d'un site stérile ou du site opératoire chez un patient opéré à l'exclusion des patients opérés pour une infection à *S. pyogenes*

- Infection du post-partum à *S. pyogenes*

Isolement de *S. pyogenes*, pendant le post-partum ou **dans les 7j*** suivant la sortie, associé à une infection clinique du post-partum (ex : endométrite, septicémie, infection urinaire) ou isolement d'un site stérile ou d'une plaie opératoire

*Un délai de survenue de l'infection > 7 jours est possible mais plus souvent lié à une infection d'origine communautaire

On confirme un diagnostic d'endométrite du post-partum.

Les hémocultures et le prélèvement endométriale sont positifs à *Streptococcus pyogenes*.

Une imagerie confirme l'absence de complication type thrombophlébite septique.

S'agit-il d'une infection invasive ?

OUI

NON

*Quelles sont les autres infections invasives à *S. pyogenes* ?*

Dermo hypodermite non nécrosante

Dermo hypodermite nécrosante

Choc toxinique streptococcique

Fasciite nécrosante

Otite/angine non compliquées

Myosite

Impétigo

Pleuro-pneumopathie

Abcès péri-pharyngés



Invasives ou non invasive

Infections invasives à strepto A	Infections non invasive
<p data-bbox="189 380 749 423">Sites habituellement stériles</p> <ul data-bbox="189 461 977 874" style="list-style-type: none">- choc toxique streptococcique (STSS)- infection nécrosante des tissus mous- infection puerpérale- pleuro-pneumopathie- autres : infection ostéoarticulaire, infection du SNC, bactériémie, abcès péri-pharyngé, péricardite, myocardite, endocardite, péritonite, endophtalmie	<p data-bbox="1020 380 1595 423">Tissus pouvant être colonisés</p> <ul data-bbox="1020 461 1769 760" style="list-style-type: none">- ORL : angine, otite- cutané : dermo-hypodermite non nécrosante, impétigo, surinfection de lésions existantes- scarlatine : due à des souches de SGA productrices d'une toxine érythroène
<p data-bbox="189 907 436 951">Létalité 10%</p>	

IISGA : définition

- Cas confirmé

détection de *S. pyogenes* par culture, TROD ou technique moléculaire dans un tissu **normalement stérile** comme le sang, le liquide cérébro-spinal (LCS), un épanchement artériel, pleural, ou péricardique, l'os, l'endomètre ou les tissus profonds lors d'une intervention chirurgicale

- Cas probable

- tableau clinique **grave** (comme choc, fasciite nécrosante, pneumonie ou pleurésie, arthrite septique, méningite, péritonite, ostéomyélite, myosite, infection puerpérale)
- ET
 - **détection** de *S. pyogenes* par culture, TROD ou technique moléculaire dans un tissu **normalement non stérile** comme la gorge, les crachats, le placenta, les voies génitales, les plaies, les abcès cutanés ou sous-cutanés
 - OU **lien épidémiologique** avec un cas confirmé
- ET **absence d'autre étiologie** retrouvée

*Quelle technique microbiologie a pu être réalisée ?
(plusieurs réponses possibles)*

La culture

La sérologie

Un test antigénique rapide

Un test d'amplification génique

Analyses microbiologiques

- Culture

- méthode de référence
- permet le génotypage de la souche et la détermination de sa sensibilité aux antibiotiques
- nécessite 24 h de croissance

- Tests antigéniques rapides ou tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

- basés sur des méthodes immunochromatographiques
- résultat en moins de 10 minutes
- peuvent contribuer à un diagnostic et à un traitement précoce des IISGA

TROD	Sensibilité	Spécificité
infections non invasives à SGA autres que les angines	88-98%	73-99%
IISGA	88-97%	98-100%

- PCR

- résultats en 30 à 60 min voire < 15 min
- très performants
- peuvent contribuer à un diagnostic et à un traitement précoce des IISGA
- peu diffusés aujourd'hui

- Sérologie

- ni sensible ni spécifique
- ne doit plus être pratiquée

Carte d'identité



Nom : *Streptococcus*

Genre : bactérie

Forme : cocci GRAM+ en chaînes

Prénom : *pyogenes*

Classification : groupe A de Lancefield

Fonction : Béta hémolytique

Découverte : Theodor Billroth en 1874

Habitat

- principalement humain : micro-organisme présent au niveau du rhinopharynx, plus rarement sur la peau ou les muqueuses génitales (vagin) ou digestive (surtout au niveau de l'anus)
- présence dans l'environnement de personnes porteuses ou infectées

On ne dit plus strepto A mais *Streptococcus pyogenes* !

Une culture a été réalisée.

Le laboratoire doit-il envoyer la souche au CNR ?

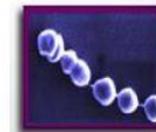
OUI

NON

Rôle du CNR

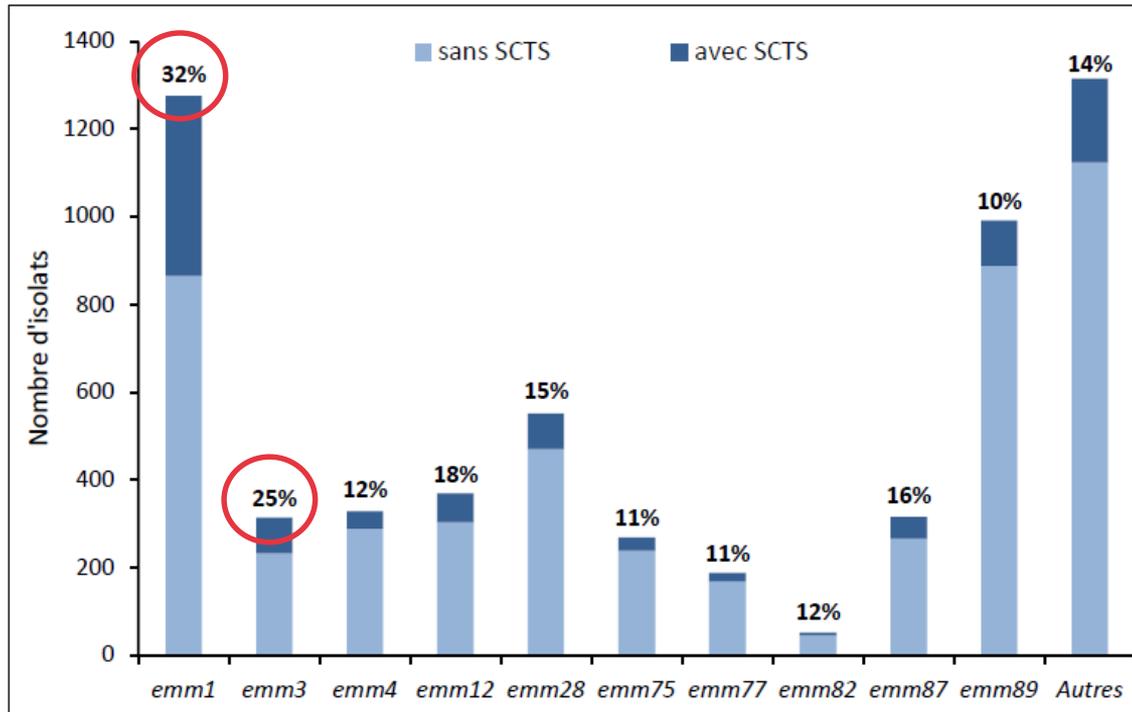
- Envoi au CNR
 - souches invasives pédiatriques et adultes
 - souches isolées de cas groupés, quelle que soit l'origine du prélèvement
- Missions
 - surveillance épidémiologique
 - surveillance de la résistance
 - génotype, recherche de facteur de virulence

Virulence



CNR-Strep.fr

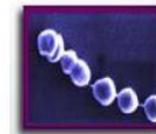
Centre National de Référence des Streptocoques



Souches porteuses de gènes codant pour des toxines et/ou super antigènes

Figure 17. Fréquence de survenue d'un SCTS parmi les principaux génotypes emm responsables d'infections invasives (2012-2021).

Evolution de la résistance



CNR-Strep.fr

Centre National de Référence des Streptocoques

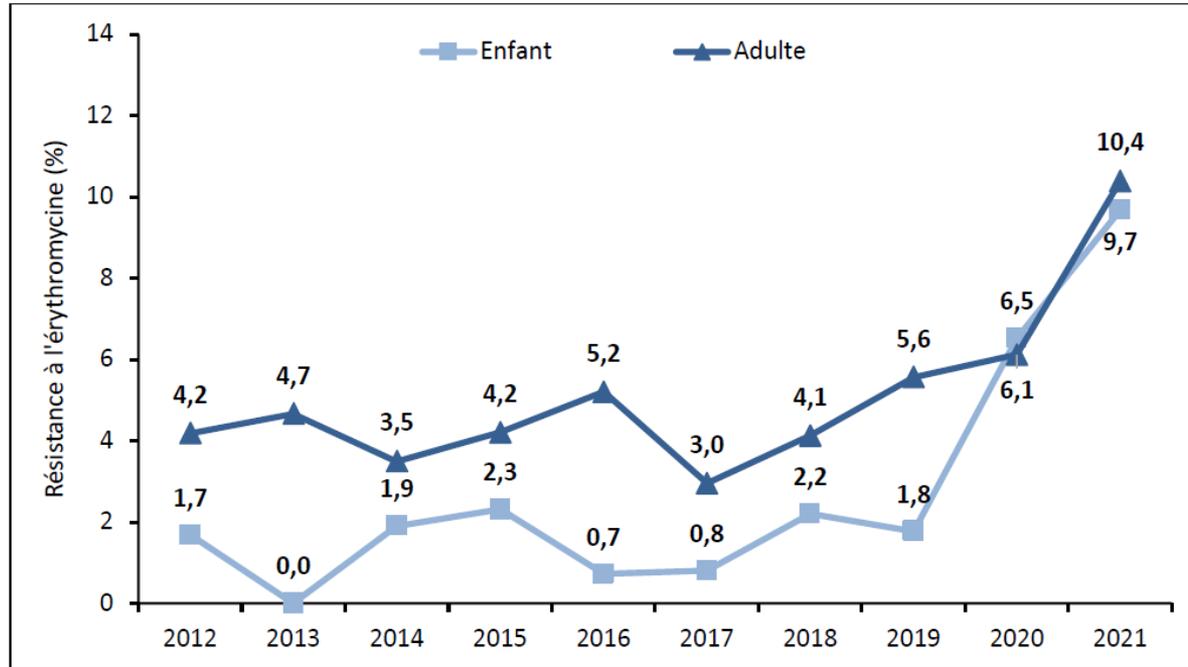


Figure 29. Évolution de la résistance aux macrolides, lincosamides et streptogramines (MLS) des souches invasives de SGA (2012-2021).

La survenue d'une IISGA en maternité constitue-t-elle une urgence ?

OUI

NON

La présence de streptocoque bêta hémolytique du groupe A dans un prélèvement bactériologique en Maternité constitue une situation d'extrême urgence.

1. Le Biologiste du laboratoire de bactériologie alerte **immédiatement**
- un médecin ou un cadre de la maternité, ou l'équipe de garde
 - et un médecin ou un cadre de l'unité d'hygiène, à défaut le président du CLIN.
- et en assure la traçabilité par mail ou par fax

Les samedis, dimanches et jours fériés, l'accoucheur de garde prend en charge l'ensemble du problème.

2. Déterminer si l'origine de l'infection est nosocomiale



Prévenir immédiatement la personne désignée par le **CLIN** de l'établissement (médecin, ou pharmacien, ou cadre de l'unité d'hygiène) qui :

- **se déplace** dans tous les cas à la maternité et y contacte cadres et médecins ;
- **étudie le dossier de la patiente** pour déterminer s'il s'agit d'une infection nosocomiale ou non (hyperthermie, dysphagie chez la patiente, dysphagie ou angine chez le conjoint ou l'enfant, infection à Streptocoque du groupe A chez un enfant : scarlatine, varicelle surinfectée... ou sujets contacts...);
- **et recherche de plaies cutanées chroniques** (eczéma...) chez les participants (Cf. page suivante)

**Si l'origine nosocomiale est fortement suspectée :
Démarrer l'enquête épidémiologique sans délai**

Informez aussi
le pédiatre !

La patiente est prise en charge en réanimation.

Une antibiothérapie probabiliste est débutée par pipéracilline-tazobactam 4g/8h + gentamicine 8 mg/kg 1 dose + clindamycine à visée antitoxinique.

La patiente est bien stabilisée par la prise en charge initiale. Elle sort de réanimation à J3 sous pipéracilline-tazobactam + clindamycine.

Les prélèvements bactériologiques ne montrent rien de plus que le *S. pyogenes* (PV et hémocultures). L'antibiogramme est le suivant :

Antibiogramme

L'antibiogramme est uniquement valable pour des antibiotiques administrés par voie générale (orale ou parentérale), il n'existe pas de recommandations d'interprétation pour les molécules utilisées localement (topique ou aérosol).

Prélèvement vaginal

CPETI

Streptococcus pyogenes

Antibiogramme par technique en milieu gélosé

CMI (mg/l)

Pénicilline G	Sensible
Gentamicine HC	Sensible
Erythromycine	Résistant
Clindamycine	Résistant
Pristinamycine	Sensible
Lévofloxacine	Sensible
Vancomycine	Sensible
Téicoplanine	Sensible
Chloramphénicol	Sensible
Linézolide	Sensible
Triméthoprime + Sulfamides	Sensible
Rifampicine	Sensible

Quel traitement de relai proposez-vous ?

Poursuite Pipéracilline - Tazobactam

Relai Amoxicilline IV/PO

Arrêt de la clindamycine

Poursuite de la clindamycine

Poursuite des aminosides

Recommandations thérapeutiques

II strepto A	Infection nécrosante	Choc toxique associé
Amoxicilline	Bétalactamine de large spectre avec activité anti-anaérobies Pipéracilline-Tazobactam	Clindamycine Linezolid
Constante sensibilité des SGA à l'amoxicilline Efficacité diminuée en cas de fort inoculum		Réduction de la production de facteurs de virulence (que la souche de SGA soit sensible ou résistante à la clindamycine) Linézolide : 100% de souche sensibles Clindamycine : <ul style="list-style-type: none">- survenue de colites à <i>Clostridioides difficile</i>- résistance croissante (5%) Souche clinda S : clindamycine > linézolide Souche clinda R : péni-clindamycine > peni-linézolide

*Comment avez-vous pris en charge l'enfant
asymptomatique à réception des résultats de la maman ?*

Examen clinique

Bilan biologique

Prélèvements microbiologiques

Traitement antibioprophylactique systématique

Prise en charge du nouveau-né



Le pédiatre doit être prévenu immédiatement de la survenue de l'infection à strepto A chez la mère.

Le nouveau-né doit bénéficier d'un examen pédiatrique à la recherche de signes cliniques d'infection.

Un bilan biologique avec recherche de syndrome inflammatoire doit être réalisé (NFP, CRP, +/- PCT si > J8 de vie, +/- Hémoculture)

L'hospitalisation du nouveau-né doit être envisagée si une surveillance clinique fiable ne peut pas être assurée par l'entourage à domicile, ou au moindre signe clinique ou biologique d'infection.

Quelles précautions complémentaires doivent être prescrites en sortie de réa ?

Contact

Gouttelettes

Air

Contact et gouttelettes

Aucune

Transmission

Principalement interhumaine directe... mais pas seulement

- Respiratoire par **gouttelettes**...
mais pourrait aussi être aéroportée
- **Contact** direct ou indirect à partir de lésions cutanées
 - bactérie strictement humaine mais...
 - contamination médiée par la nourriture ou du matériel inerte décrite
(Decker et al., JAMA 1985, Kemble et al., Clin Infect Dis. 2013, Mahida et al., J Hosp Infect. 2014, Wagenvoort et al., Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2005)
 - survie dans l'environnement jusqu'à 120 jours
(Marks et al., Infect Immun. 2014 ; Wißmann et al., Microorganisms. 2021)



Précautions complémentaires

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 antibiothérapie efficace	Précautions contact à ajouter en cas de lésions cutanées
Endométrite			Port d'un masque chirurgical par les soignants lors des examens gynécologiques
Choc toxique (STSS)	Gouttelettes	Jusqu'à 24h après la mise en route d'une antibiothérapie efficace	
Autres infections invasives	Gouttelettes	Jusqu'à 24h après la mise en route d'une antibiothérapie efficace	Précautions contact à ajouter en cas de lésions cutanées

Autres mesures d'hygiène

- Chambre individuelle
- Marche en avant
- **Limitation des visites** jusqu'à 24h après le début de l'antibiothérapie (en pédiatrie, on maintient le lien avec les parents)
- **Selon les circonstances**
 - Port d'un masque par le patient
 - Couverture des plaies cutanées infectées
- **Environnement**
 - Bionettoyage régulier de la chambre, en insistant sur les points de contact
 - Aération régulière des locaux

Comment complétez-vous l'investigation ?

Vous réalisez un strepto-test chez la maman

Vous listez les contacts de la malade dans son entourage

Vous recherchez une personne symptomatique parmi l'entourage proche de la patiente

Vous recherchez d'autres cas de façon rétrospective à partir du laboratoire de biologie, chez les patientes ayant accouché le même jour et chez celles hospitalisées en même temps

Vous listez les professionnels ayant participé à l'accouchement

Vous obligez tous ces professionnels à réaliser un strepto-test

Vous listez les personnes ayant examiné la patiente dans les 7 jours précédant l'accouchement



Streptocoque A en Maternité

Version : 2

Date de diffusion : 06/10/2021

Mise à jour : 06/10/2026

Page 1 sur 11

Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne
FEMA

Un dépistage systématique par TDR parmi les proches sans aucun signe clinique d'infection, à la recherche d'un porteur, n'est pas recommandé

L'interrogatoire de la patiente révèle que son fils aîné de 2 ans a été traité pour une angine la semaine dernière et elle-même avait mal à la gorge depuis 2 jours.

A la maison vit actuellement sa belle-maman de 72 ans, venue de l'étranger pour l'aider après la naissance du second.

A qui prescrivez-vous une antibioprophylaxie ?

à personne

au nouveau-né

à belle-maman

à toute la maisonnée

aux professionnels ayant pris en charge la patiente

à la voisine de chambre

Définition des sujets contacts

- Personnes ayant rencontré le cas index dans les **7j précédant** le début des signes cliniques et jusqu'à **24h après le début de l'antibiothérapie** dans les contextes suivants :
 - partage du même **domicile**, de la même chambre ou du même endroit de nuitée
 - contacts **intimes** avec face à face, y compris lors d'activités sportives particulières impliquant des corps à corps (sport de combat, rugby ...)
 - contacts **rapprochés de façon prolongée ou répétée** avec possibilité de face à face (lors de voyage de plus de 8 heures sur un siège contigu, d'activité partagée entre enfants ou étudiants...)
- En particulier
 - Milieu scolaire et établissements pour enfants : enfants du même groupe ou classe (avant l'école élémentaire), ou ayant des activités partagées fréquentes ou prolongées (quel que soit le niveau)
Ex à partir du niveau de l'école élémentaire : voisins de classe ou du réfectoire...
 - Chez une assistante maternelle : l'ensemble des personnes vivant au domicile et tous les enfants fréquentant le domicile
 - Personnes ayant partagé durablement les mêmes locaux communs (ex : en cité universitaire)
 - **En milieu de soins : personnes ayant partagé la même chambre**
- Non contacts
 - collègues de travail
 - voisins de palier
 - camarades de classe à partir de l'école élémentaire (hors les voisins de classe immédiats)

Antibioprophylaxie

- Qui ? Sujets suivants **contacts d'un cas d'IISGA**
 - femmes enceintes > 37 SA
 - nouveau-nés (jusqu'à 28 jours de vie)
 - femmes ayant accouché dans les 28j précédents
 - personnes âgées > 65 ans
 - personnes ayant une varicelle dans les 7j qui précèdent le début des signes chez le cas index et jusqu'à 24h après le début de l'antibiothérapie du cas index
 - personnes vivant dans des conditions particulières de précarité (ex : SDF)
 - l'ensemble des sujets contacts vivant sous le même toit qu'un cas, lorsqu'un d'entre eux nécessite une antibioprophylaxie
- Quand ?
 - le plus tôt possible après le diagnostic du cas index (au mieux dans les 24 premières heures)
 - et jusqu'à 10j après le diagnostic
- Par qui ?

La prise en charge des personnes **contacts à risque du foyer** est réalisée par les professionnels de santé prenant en charge les cas, comme précédemment, et non plus par les ARS ;

Antibioprophylaxie chez l'adulte

- amoxicilline 6j
- macrolides et apparentés (si la souche de SGA du cas index y est sensible)
 - azithromycine 3j ou clarithromycine 10j
- C1G orales 10j
 - cefadroxil ou cefaclor
- les C2G ou C3G orales ne sont pas adaptées à cette antibioprophylaxie

Antibioprophylaxie pédiatrique



15 décembre 2022

- azithromycine 20 mg/kg 1 fois/jour 3j
 - si la souche est sensible aux macrolides
 - dose maximale : 500 mg/j en 1 prise (= 1 dose 25 kg de la forme pédiatrique)
- clarithromycine 7,5 mg/kg ; 2/j ; 10j
 - si la souche est sensible aux macrolides
 - dose maximale : 500 mg/j en 2 prises
- céfalexine 25 mg/kg ; 2 fois/j 10j
 - dose maximale : 2 g/j en 2 prises
- céfixime ; cefpodoxime ; amox-clav ; céfuroxime axétil

Autres mesures pour les contacts

Information des sujets contacts sur la nécessité de surveiller pendant 1 mois et consulter rapidement en cas de **symptômes évocateurs** d'infection à SGA (invasive ou non), afin d'établir un diagnostic et de traiter précocement toute infection confirmée



Vous signalez cet évènement :

à personne

à l'ARS sur la boîte mail alerte

à l'ARS et au CPias via eSIN

sur le portail de signalement des évènements indésirables

Un signalement à l'ARS n'est effectué qu'en cas de personnes **contacts à risque en collectivité** ou de **situation de cas groupés** ;

12 jours plus tard, madame B. se présente aux urgences de l'établissement pour fièvre, douleurs abdominales...

72h avant, elle a subi un curetage utérin en ambulatoire dans les suites d'une fausse-couche. Le diagnostic d'infection du site opératoire est posé.

L'interrogatoire ne retrouve pas d'odynophagie, aucun signe clinique non plus dans son entourage. D'ailleurs elle n'a pas d'enfant.

S'agit-il de cas groupés ?

OUI

NON

Définition des cas groupés



7 juillet 2023

Ministère de la Santé
et des Solidarités

CTINILS – CSHPF
Novembre 2006

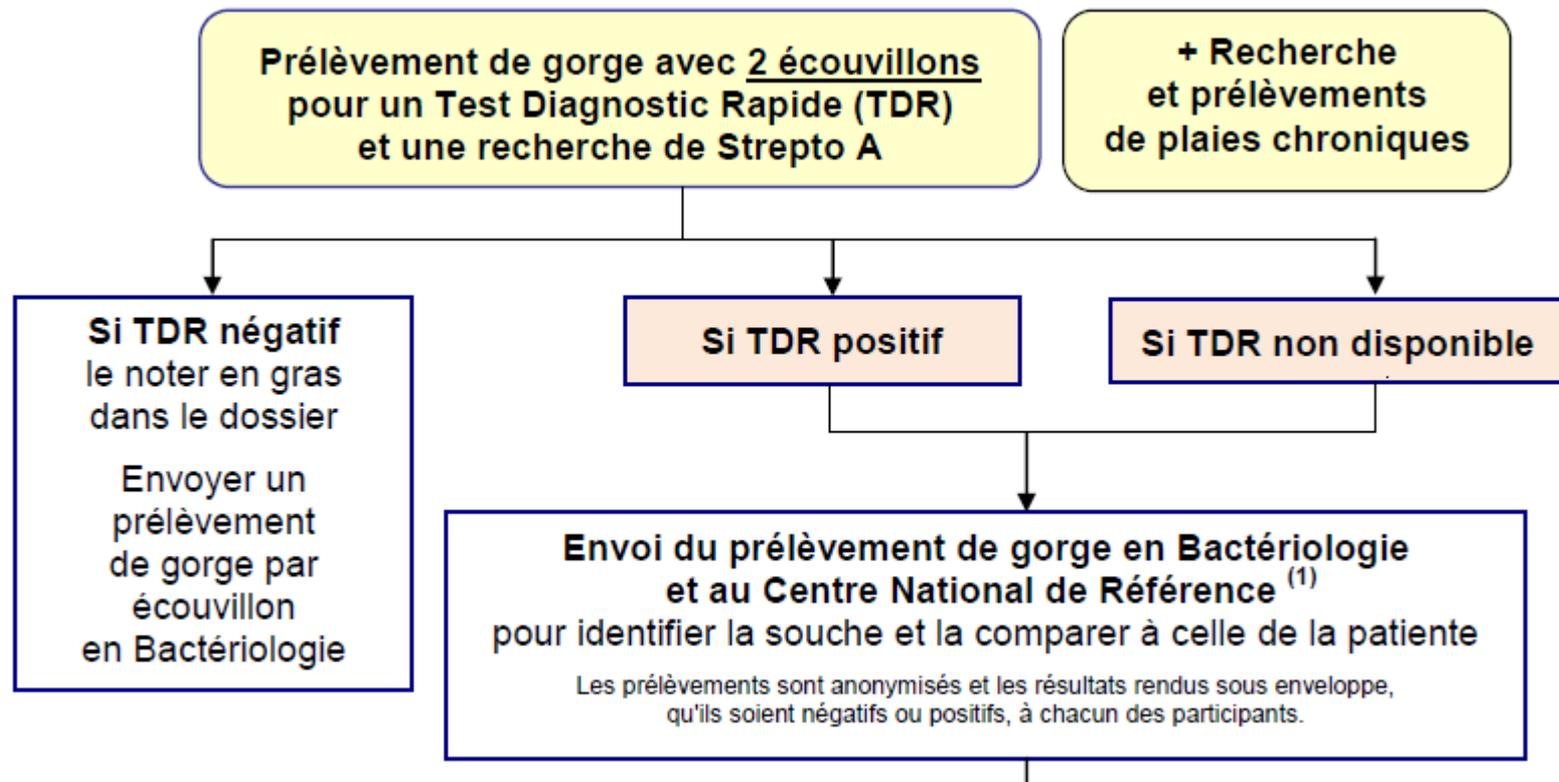
Cas communautaires	IISGA	Infections non invasives
Survenue d'au moins 2 cas... dans la même collectivité (domicile familial, établissements de soins ou d'accueil d'enfants, collectivités fermées comme camps militaires, prisons...) à moins de 10 jours d'intervalle	... d'IISGA confirmés ou probables	...d'infections non invasives symptomatiques confirmés biologiquement (TROD, culture, technique moléculaire) ou non
ET contacts rapprochés prolongés ou répétés entre les cas	mis en évidence OU jugés possibles	mis en évidence
Cas nosocomiaux	Infection post-opératoire ou du post-partum	
Survenue de 2 cas dans un délai de 6 mois ou moins dans un même établissement Considérés comme groupés en l'attente de la comparaison des souches		

Vous établissez la liste des professionnels ayant pris en charge la patiente lors de son HDJ pour curetage et la comparez à celle des professionnels ayant pris en charge madame A.

Trois d'entre eux sont communs.

Parmi les investigations suivantes, lesquelles réalisez-vous ?

- vous réalisez un prélèvement à son mari
- **vous interrogez les 3 professionnels sur l'existence de plaies**
- **vous demandez aux 3 professionnels d'effectuer des prélèvements pharyngés**



Un professionnel refuse les prélèvements, que faites-vous ?

Vous le licenciez

Ce n'est pas grave, c'était facultatif

Vous n'êtes pas informé, la médecine du travail s'en charge

Vous le notez dans le dossier de la patiente

Vous le notez dans le dossier d'investigation

Cas particuliers :

Si refus de TDR ou de prélèvement, le professionnel engage sa responsabilité. Le refus doit être noté dans le dossier d'enquête.

Si refus d'antibiothérapie, et après avis du médecin du personnel, le professionnel ne doit plus participer à un geste obstétrical, jusqu'à négativité des TDR.

Le strepto-test d'un des 3 professionnels est positif

Vous lui prescrivez un traitement antibiotique

Vous lui demandez de ne pas travailler auprès des patientes ou des nouveau-nés jusqu'à 48h après le début du traitement

Vous établissez la liste des patientes pour lesquelles il a réalisé l'accouchement ou l'intervention dans les 14 jours précédents

Vous informez ces patientes de consulter en cas de signe clinique

Vous envoyez une ordonnance d'antibiotiques à ces patientes

En un mot, que faites-vous d'autre ? (nuage de mots)

Vous complétez le signalement sur eSIN

Vous demandez au CNR de comparer les souches de madame A, madame B et du professionnel positif

Vous effectuez un audit de pratiques



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE



Merci !

