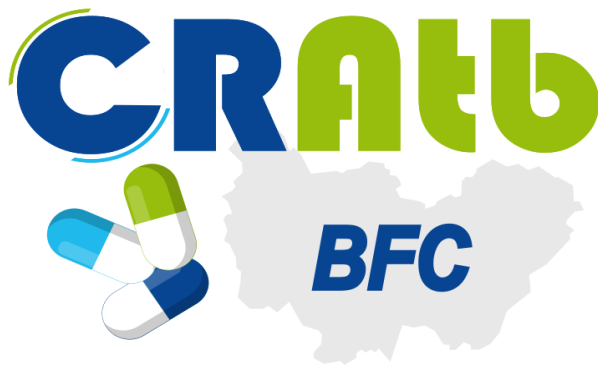




ILS SONT
PRÉCIEUX,
UTILISONS-LES
MIEUX.



Centre Régional en Antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté



Journée des EOH et Présidents de CLIN de Bourgogne-Franche-Comté

Actualités épidémiologiques

Dr Beatrice Rosolen/ Dr Thibault Sixt
CRAtb Bourgogne-Franche Comté

Cas clinique

Vous voyez en consultation en ce 11 Janvier, Mme G. âgée de 30 ans, pour une fièvre et une toux, apparues il y a 48 heures.

Dans ses antécédents:

- Tabac actif (10PA)
- Cholécystectomie en 2010
- Salpingite en Janvier 2023

Mode de vie:

- 2 enfants en bas âge
- Travail comme assistante médicale
- Pas d'animaux domestique
- Pas de voyage récent
- Vaccination à jour

Cas clinique

- A l'interrogatoire:
 - Douleur pharyngée et écoulement nasal il depuis 3 jours
 - Actuellement toux sèche invalidante
- A l'examen:
 - Température à 38,5°C
 - Saturation en oxygène à 95% en air ambiant
 - Fréquence respiratoire = 15/min
 - Pression artérielle à 125/70 mmHg
 - Fréquence cardiaque à 80 bpm
 - Etat général conservé
 - Etat de conscience normal
 - Sibilants à l'auscultation

Cas clinique

- Le test antigénique grippe/COVID est négatif.
- Bien au fait de l'actualité, vous suspectez une pneumopathie atypique à *Mycoplasma pneumoniae*

Quels éléments peuvent vous orienter vers ce diagnostic?

- A. Présence d'une cytolyse hépatique à la biologie
- B. Présence d'une éruption cutanée
- C. Présence de myalgie
- D. Présence d'une anémie à la biologie
- E. Présence d'une méningo-encéphalite associée

Cas clinique

- Le test antigénique grippe/COVID est négatif.
- Bien au fait de l'actualité, vous suspectez une pneumopathie atypique à *Mycoplasma pneumoniae*

Quels éléments peuvent vous orienter vers ce diagnostic?

- A. Présence d'une cytolyse hépatique à la biologie
- B. Présence d'une éruption cutanée
- C. Présence de myalgie
- D. Présence d'une anémie à la biologie
- E. Présence d'une méningo-encéphalite associée

Cas clinique

- Bien au fait de l'actualité, vous suspectez une pneumopathie atypique à *Mycoplasma pneumoniae*
- La patiente va réaliser une radiographie en ville rapidement.

Quelle est votre conduite à tenir thérapeutique?

- A. Augmentin
- B. Azythromycine
- C. Levofloxacine
- D. Amoxicilline
- E. Clindamycine

Cas clinique

- Bien au fait de l'actualité, vous suspectez une pneumopathie atypique à *Mycoplasma pneumoniae*
- La patiente va réaliser une radiographie en ville rapidement.

Quelle est votre conduite à tenir thérapeutique?

- A. Augmentin
- B. Azythromycine
- C. Levofloxacine
- D. Amoxicilline
- E. Clindamycine

Mycoplasma pneumoniae: Une problématique actuelle

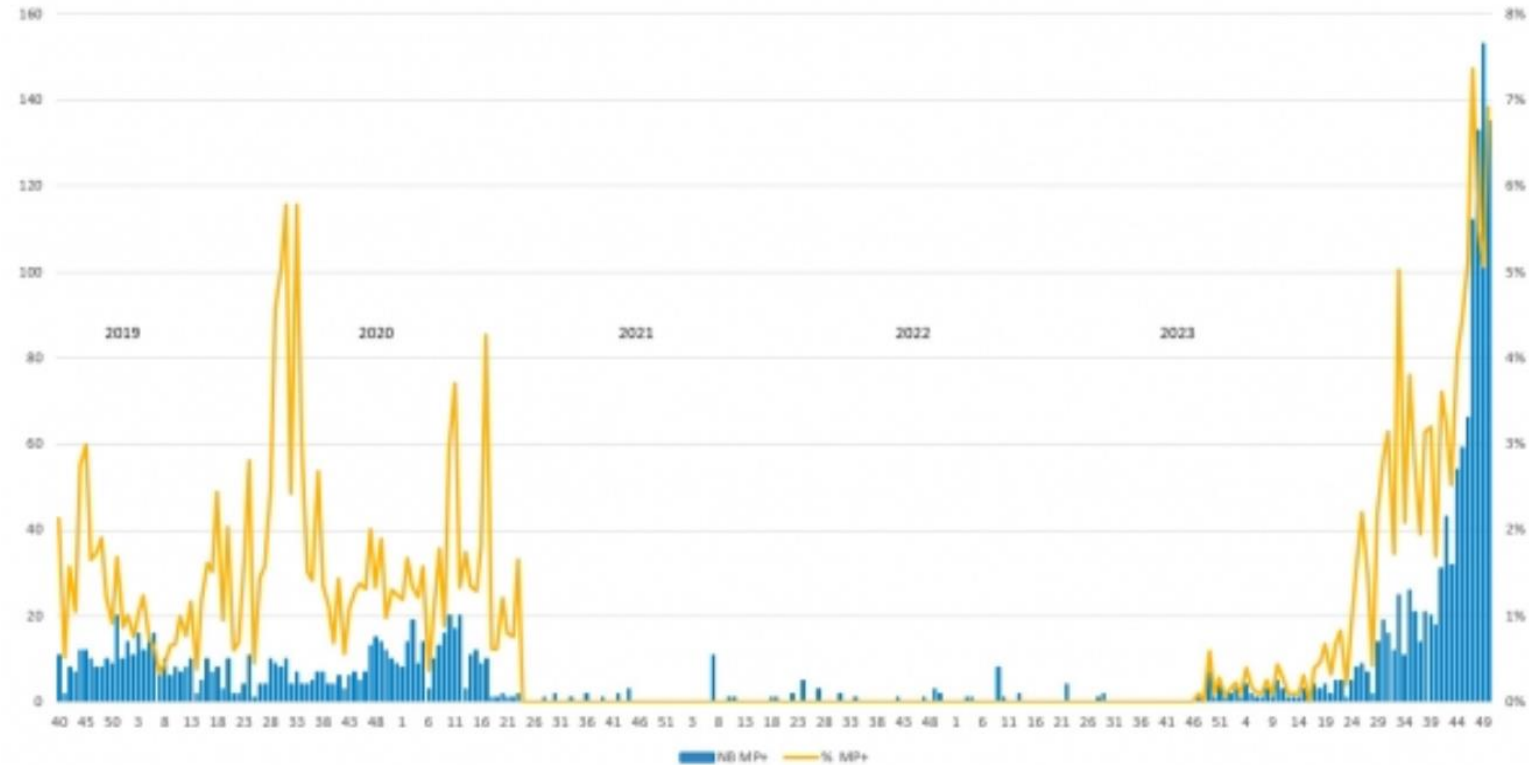
A l'hôpital:

- Augmentation depuis fin juillet
- Plus marquée courant octobre 2023,
 - Taux de positivité entre le début et la fin du mois d'octobre, 1,7% à 4,0%
- Taux de positivité près de 4 fois supérieur à la même période en 2019 (soit 7,4% vs 1,7%)

En ville:

Données sérologiques :

- Nette augmentation à partir de début octobre, jusqu'à atteindre fin novembre
- Niveau très supérieur à celui de 2019 à la même période.
- Particulièrement chez les enfants âgés entre 5 et 14 ans



LES TABLEAUX CLINIQUES, adultes et enfants

Pic de fréquence entre 5 et 15 ans ; infection rare avant 4 ans et après 60 ans ;
2^{ème} cause de pneumonie aigue communautaire (PAC)

Incubation : 1 à 4 semaines

❖ **Symptômes fréquents et évocateurs, non réducteurs :**

- Etat général souvent conservé, malaise
- Début progressif, fièvre < 39°C
- Toux sèche puis productive pendant 3 à 4 semaines ; Sibilants, râles fins d'alvéolite localisée
- Myalgies, céphalées, éruption cutanée (10% des enfants)

❖ **Atteintes respiratoires hautes et basses**

- rhino-pharyngite, trachéo-bronchite et bronchite aiguës
- pneumonie, épanchement pleural

❖ **Atteintes extra-respiratoires (25% des cas), avant ou après l'atteinte respiratoire, parfois exclusive, sans atteinte respiratoire**

- **Cutanée (fréquente)** : exanthème maculo-papuleux +++, érythème polymorphe, érythème noueux, urticaire, stomatites bulleuse, purpura, syndrome de Steven Johnson
- **Neurologique (rare, grave)** : encéphalite et méningo-encéphalite +++, paralysie des nerfs crâniens, encéphalomyélite disséminée aiguë, ataxie cérébelleuse, myélite transverse et neuropathie périphérique, syndrome de Guillain-Barré
- **Cardiaque** : péricardites +++, myocardites
- **Rhumatologique** : myalgies +++, arthralgies, arthrites (chez les immunodéprimés),
- **Hématologique** : AHAI, purpura thrombopénique, syndrome d'activation macrophagique
- **Autres** : otite, pancréatite

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES pour les PAC chez les patients hospitalisés

Anomalies biologiques fréquentes

- CRP et PCT, souvent peu élevées
- Cytolyse hépatique
- Insuffisance rénale

Anomalies radiologiques

Anomalies variables :

- infiltrats diffus bilatéraux (pneumonie atypique)
- pneumonies d'allure franche lobaire aigue

TDM TAP low dose dans les formes hospitalisées avec critères de gravité et si possible dans les formes sans critères de gravité

Examens complémentaires diagnostiques

▪ Amplification génique par PCR

- prélèvements naso-pharyngés ou pharyngés (écouvillonnage) à privilégier chez l'enfant et adulte jeune
- LBA chez l'adulte en réanimation
- recherche de la résistance aux macrolides systématique en cas **d'échec thérapeutique ou formes graves**

▪ Sérologie :

- IgM positifs : après J7, attention faux positifs possibles
- IgG positifs : analyse de deux sérums à 14 jours

Diagnostic positif possible uniquement si séroconversion

- Culture difficile

ANTIBIOTHERAPIE : molécule, posologie

CHEZ L'ENFANT

❖ Pneumonie communautaire aigue

- Azithromycine PO 20mg/kg (1 dose poids)/24h, max 500mg/24h
- Spiramycine IV 1,5 MUI/10kg/jour
- Doxycycline PO 2mg/kg/12h

❖ Formes neurologiques : avis spécialisé

- Lévofoxacine (hors AMM) : 10mg/kg/12h
- Doxycycline : 2mg/kg/12h

CHEZ L'ADULTE

❖ Pneumonie aigue communautaire

○ Macrolides :

- Azithromycine PO : 500mg/24h pendant 3 jours, **en 1^{ère} intention**
- Clarithromycine PO : 500mg/12h pendant 5 jours
- Spiramycine IV : 3 MUI/8h IV pendant 5 jours

A noter : 5 à 10% des souches de MP **résistantes** aux macrolides

- **Doxycycline** PO : 100mg/12h pendant 7 jours

- **Lévofoxacine** PO : 500 à 750mg/24h pendant 7 jours (à privilégier chez les patients immunodéprimés)

❖ Atteintes neurologiques : avis spécialisé

- **Lévofoxacine** : 500mg/12h
- **Doxycycline** : 100mg/12h à 200mg/12h

LES MESURES COMPLEMENTAIRES D'HYGIENE en établissement de santé :

Précautions complémentaires Gouttelettes (PC G)

En établissement de santé uniquement

- ❖ À l'admission de tout patient présentant une symptomatologie évocatrice d'une pathologie infectieuse respiratoire : PC G
- ❖ En cas de diagnostic d'infection symptomatique à *Mycoplasma pneumoniae* : maintenir les PC G
- ❖ Durée des mesures de précaution
 - ❖ Sans antibiothérapie : jusqu'à guérison clinique
 - ❖ Avec antibiothérapie : 24 h après le début du traitement antibiotique adapté
- ❖ Remarque : un portage **a**symptomatique de *Mycoplasma pneumoniae* ne nécessite pas la mise en place de PC G

**Pas d'éviction scolaire
recommandée**

Cas clinique

- Malgré l'antibiothérapie par Azythromycine, l'évolution n'est pas favorable à 72h avec:
 - Une fièvre à 39°
 - Une toux productive
 - Un foyer de crépitant en base gauche
 - La radiographie était sans particularité.
- Suspectant une pneumopathie bactérienne typique, décidez vous?
 - A. Modification de l'antibiothérapie pour Cefixime (OROKEN)
 - B. Modification de l'antibiothérapie pour Pristinamycine
 - C. Modification de l'antibiothérapie pour Clindamycine
 - D. Modification de l'antibiothérapie pour Ciprofloxacine
 - E. Modification de l'antibiothérapie pour Amoxicilline

Cas clinique

- Malgré l'antibiothérapie par Azythromycine, l'évolution n'est pas favorable à 72h avec:
 - Une fièvre à 39°
 - Une toux productive
 - Un foyer de crépitant en base gauche
 - La radiographie était sans particularité.
- Suspectant une pneumopathie bactérienne typique, décidez vous?
 - A. Modification de l'antibiothérapie pour Cefixime (OROKEN)
 - B. Modification de l'antibiothérapie pour Pristinamycine
 - C. Modification de l'antibiothérapie pour Clindamycine
 - D. Modification de l'antibiothérapie pour Ciprofloxacine
 - E. Modification de l'antibiothérapie pour Amoxicilline

Recommandations: PAC ambulatoire

Sujet jeune sans comorbidités

1^{ère} intention => Pneumocoque!!

Echec à 48-72h

Amoxicilline+++

Macrolide

Si suspicion de bactérie « atypique »:

Macrolide*

Amoxicilline

Ou pristinamycine

* Pneumocoque résistant aux Macrolides dans ≈ 20 % des cas

Sujet âgé ou avec comorbidités

Augmentin

Ou Ceftriaxone

Hospitalisation



Cas clinique

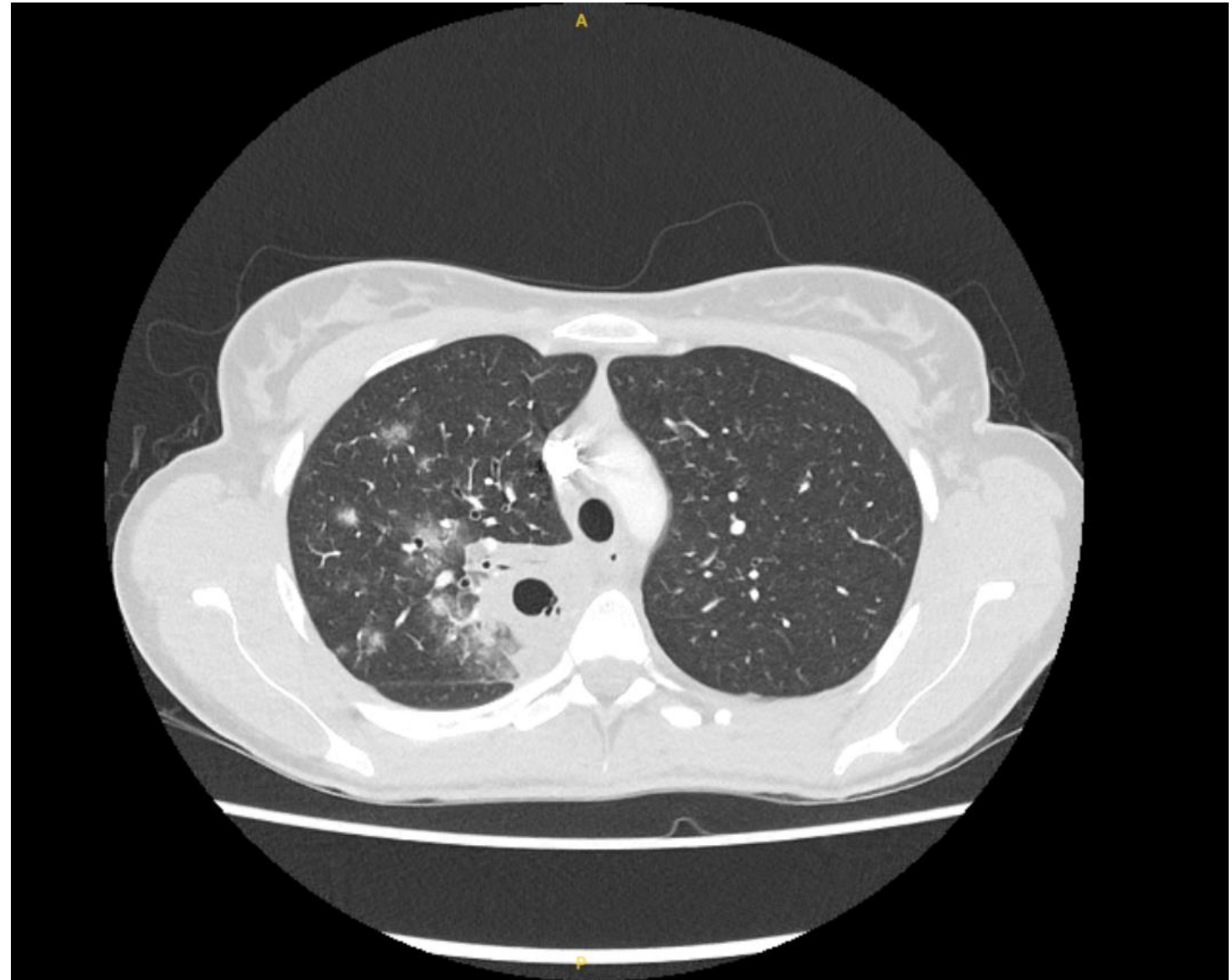
Malgré une antibiothérapie par Pristinamycine, l'évolution n'est toujours pas satisfaisante lors de la réévaluation à 72h

La patiente est donc hospitalisée en service de médecine

Les hémocultures sont négatives pour l'instant, l'antigénurie légionnelle et les PCR virus respiratoire sont négatifs

Un scanner thoracique est réalisé et retrouvant l'aspect suivant:

Vous décidez de faire un lavage broncho alvéolaire.



Cas clinique

Le lavage broncho-alvéolaire retrouve le résultat suivant:

Quel(s) diagnostic(s) suspectez vous?

- A. Cas probable d'infection invasive à streptocoque A
- B. Cas possible d'infection invasive à streptocoque A
- C. Cas certains d'infection invasive à streptocoque A
- D. Infection superficielle à streptocoque A
- E. Séquelle d'infection à streptocoque A

Culture		positive
Germe(s) / Antibiogramme(s)		Cf Commentaire
1. Streptococcus pyogenes (streptocoque bêta-hémolytique du groupe A)		
sup. à 100.10E4 germes/ml		
flore oro-pharyngée		
40.10E4 germes/ml		
BIO-BAC-12.06.23		
Identification Antibiogramme		
	1	.
	-	.
PENICILLINE G	. S <0,25	.
AMPICILLINE	. S	.

CEFOTAXIME et C3G injec.	. S	.

GENTAMICINE 500	. S <250	.

NORFLOXACINE	. S <16	.
LEVOFLOXACINE	. S 2	.

DOXYCYCLINE	. S	.
TETRACYCLINE	. S 0,5	.

ERYTHROMYCINE	. S 0,125	.
CLINDAMYCINE	. S <0,5	.
PRISTINAMYCINE	. S 0,25	.

TRIMETHOPRIME+SULFAMIDES	. S 0,25	.
RIFAMPICINE	. S <0,06	.

VANCOMYCINE	. S <2	.
TEICOPLANINE	. S <2	.

Cas clinique

Le lavage broncho-alvéolaire retrouve le résultat suivant:

Quel(s) diagnostic(s) suspectez vous?

- A. Cas probable d'infection invasive à streptocoque A
- B. Cas possible d'infection invasive à streptocoque A
- C. Cas certains d'infection invasive à streptocoque A
- D. Infection superficielle à streptocoque A
- E. Séquelle d'infection à streptocoque A

Culture		positive
Germe(s) / Antibiogramme(s)		Cf Commentaire
1. Streptococcus pyogenes (streptocoque bêta-hémolytique du groupe A)		
sup. à 100.10E4 germes/ml		
flore oro-pharyngée		
40.10E4 germes/ml		
BIO-BAC-12.06.23		
Identification Antibiogramme		
	1	.
	-	.
PENICILLINE G	. S <0,25	.
AMPICILLINE	. S	.

CEFOTAXIME et C3G injec.	. S	.

GENTAMICINE 500	. S <250	.

NORFLOXACINE	. S <16	.
LEVOFLOXACINE	. S 2	.

DOXYCYCLINE	. S	.
TETRACYCLINE	. S 0,5	.

ERYTHROMYCINE	. S 0,125	.
CLINDAMYCINE	. S <0,5	.
PRISTINAMYCINE	. S 0,25	.

TRIMETHOPRIME+SULFAMIDES	. S 0,25	.
RIFAMPICINE	. S <0,06	.

VANCOMYCINE	. S <2	.
TEICOPLANINE	. S <2	.

Streptocoque A: Epidémiologie

- Impact important sur la mortalité mondiale du streptocoque A

En 2002:

- 18,1 millions de cas
- 1,78 million de nouveaux cas
- 517 000 décès

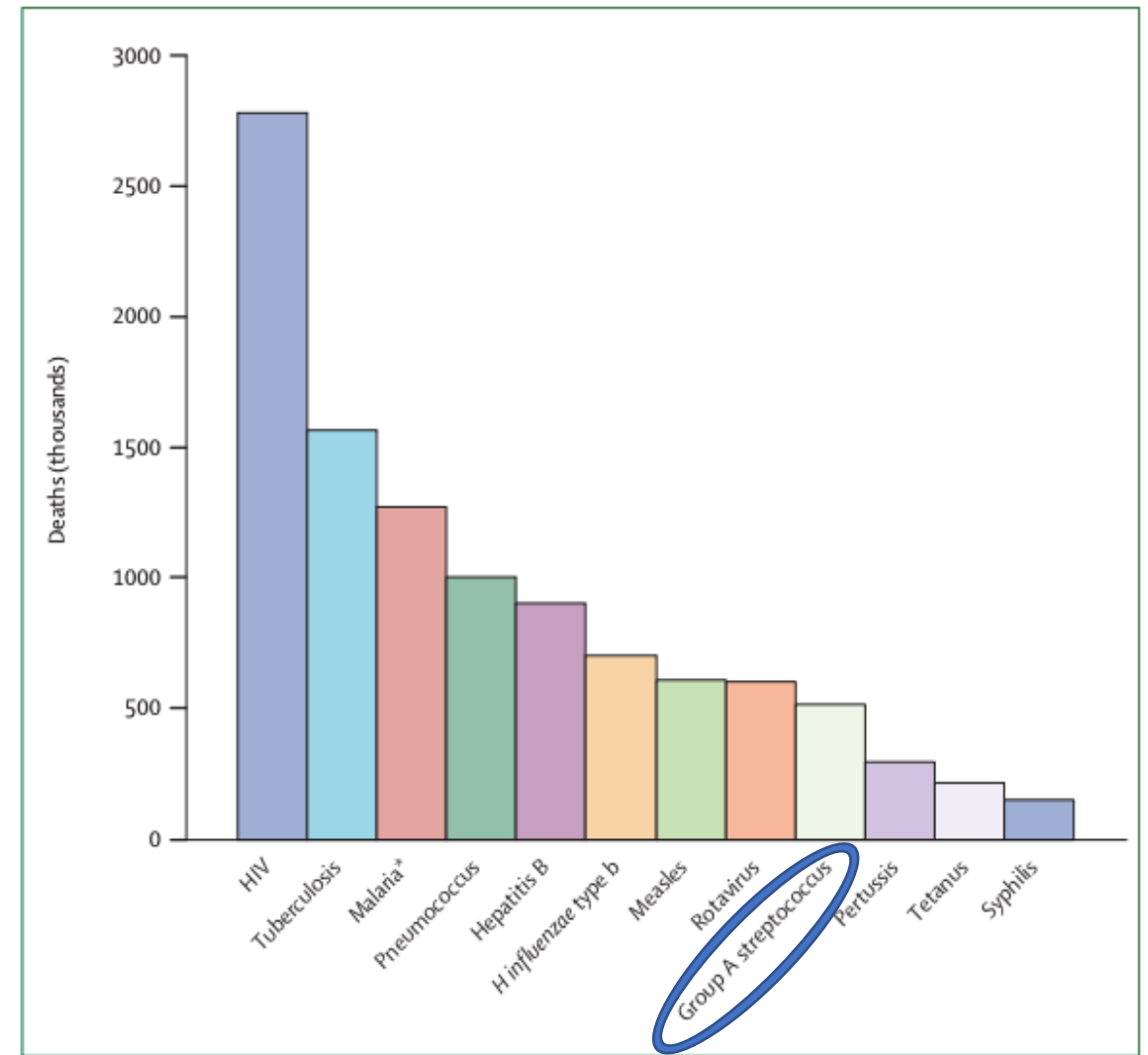


Figure 3: Estimated global mortality from individual pathogens in 2002

Data from the 2004 World Health Report⁶⁰ and various estimates found in fact sheets on the WHO website (<http://www.who.int>). Estimates are vague, often based on inadequate data, and should be considered a general guide only. *Almost all malaria mortality is due to *Plasmodium falciparum*.

Jonathan R Carapetis *et al*, Lancet infectious diseases, 2005

Epidémiologie récente

- Forte circulation des virus respiratoires notamment chez les enfants (triple épidémie grippe, covid-19 et bronchiolite)
- Rebond des infections à streptocoque A après levée des mesures barrières
 - système immunitaire n'a pas été au contact avec les souches qui circulent habituellement.

--> « Dette immunitaire »

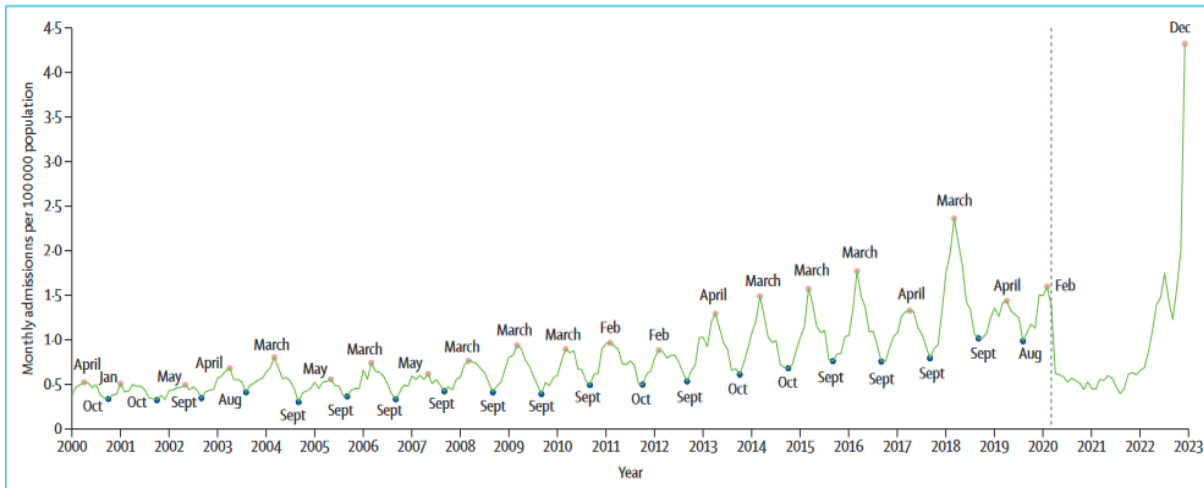


Figure: Monthly admissions per 100 000 population for Streptococcus A in England
 Data includes all ages and ranges from January, 2000, to December, 2022. Monthly rates calculated using mid-year population denominators obtained from the Office for National Statistics, age-sex standardised across time using the European Standard Population 2013 as the standard population. Vertical dotted line indicates the start of the first national lockdown in the UK following the onset of the COVID-19 pandemic.

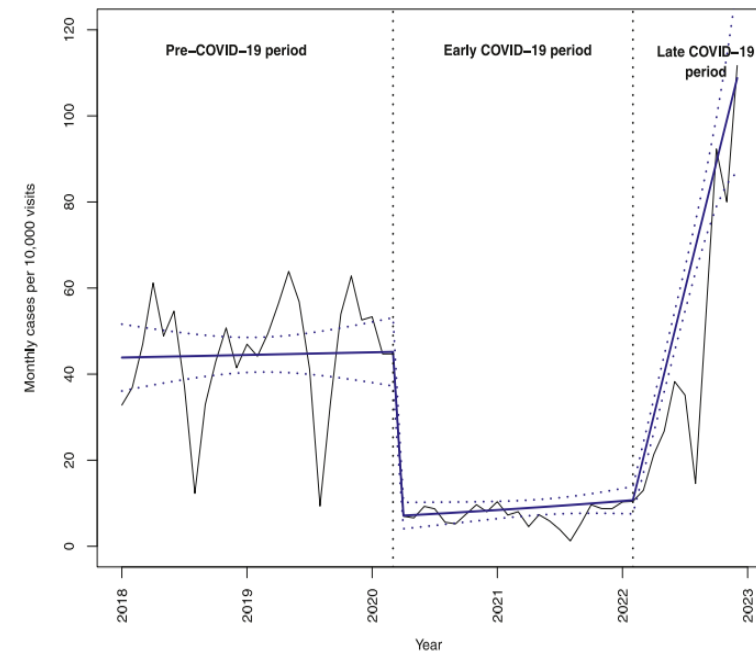


Figure 2. Monthly incidence per 10,000 visits for GAS infection over time. Abbreviation: GAS, group A Streptococcus
 Note: The "pre-COVID-19 period" was from January 2018-March 2020, the "early COVID-19 period" from April 2020 to February 2022, and the "late COVID-19 period" from March 2022 to December 2022. The black line shows the observed data. The blue slope lines were estimated with a quasi-Poisson regression model. The blue dotted lines show the 95% confidence interval estimated with the quasi-Poisson regression modeling.

Jérémie F Cohen *et al*, International Journal of Infectious Diseases, 2023

Mildred A Iro *et al*, Lancet, 2023

Epidémiologie des manifestations

- Augmentation des syndromes de choc toxique streptococcique (SCTS)
 - 21% en décembre 2022
 - contre 16,5% sur la période 2017-2021,
- En décembre 2022
 - Augmentation des infections pulmonaires
- Chez l'enfant,
 - Augmentation des infections pulmonaires supérieure en 2022.
 - Depuis janvier 2023, fréquence stabilisée autour de 16%.

Figure 6A. Fréquence des manifestations sévères associées aux infections invasives à SGA chez l'adulte rapportées au CNR-Strep, par mois, France, janvier 2022- mars 2023.

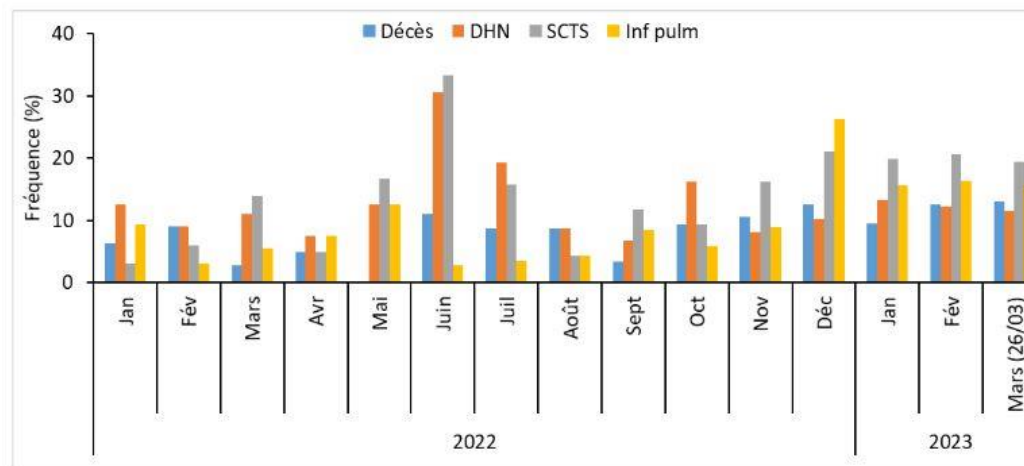
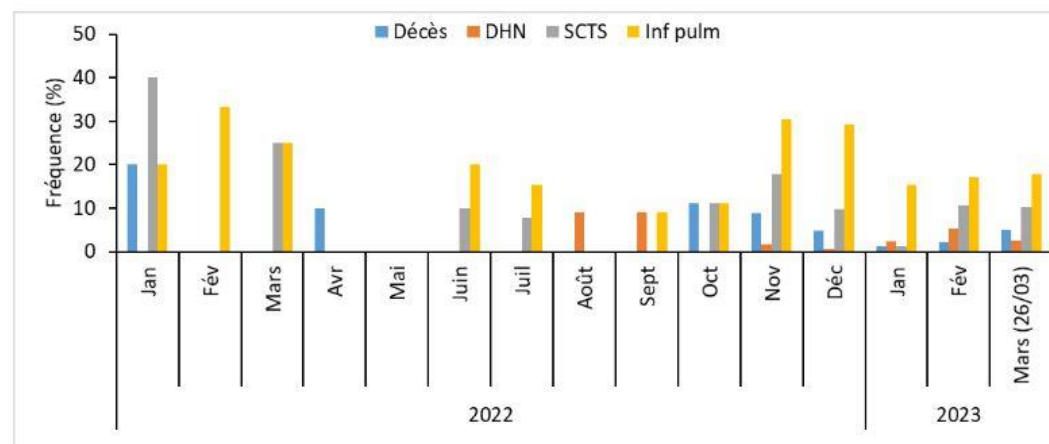


Figure 6B. Fréquence des manifestations sévères associées aux infections invasives à SGA chez l'enfant (<18 ans) rapportées au CNR- Strep, par mois, France, janvier 2022- mars 2023.



Santé publique France / Situation des infections invasives à streptocoque A en France au 26 mars 2023

Infection invasive à streptocoque A



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



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	

Encadré 1. Dans les recommandations canadiennes les infections invasives

graves à SGA sont définies par les manifestations cliniques suivantes :

- Fasciite nécrosante
- pneumonie et pleuro-pneumopathie
- méningite
- choc toxique streptococcique
- décès

Cas clinique

Le lavage broncho-alvéolaire retrouve le résultat suivant:

Quel(s) traitement proposez vous?

- A. Augmentin
- B. Pyostacine
- C. Levofloxacin
- D. Amoxicilline
- E. Clindamycine

Culture		positive
Germe(s) / Antibiogramme(s)		Cf Commentaire
1. Streptococcus pyogenes (streptocoque bêta-hémolytique du groupe A)		
sup.à 100.10E4 germes/ml		
flore oro-pharyngée		
40.10E4 germes/ml		
BIO-BAC-12.06.23		
Identification Antibiogramme		
	1	.
	-	.
PENICILLINE G	. S <0,25	.
AMPICILLINE	. S	.

CEFOTAXIME et C3G injec.	. S	.

GENTAMICINE 500	. S <250	.

NORFLOXACINE	. S <16	.
LEVOFLOXACINE	. S 2	.

DOXYCYCLINE	. S	.
TETRACYCLINE	. S 0,5	.

ERYTHROMYCINE	. S 0,125	.
CLINDAMYCINE	. S <0,5	.
PRISTINAMYCINE	. S 0,25	.

TRIMETHOPRIME+SULFAMIDES	. S 0,25	.
RIFAMPICINE	. S <0,06	.

VANCOMYCINE	. S <2	.
TEICoplanine	. S <2	.

Cas clinique

Le lavage broncho-alvéolaire retrouve le résultat suivant:

Quel(s) traitement proposez vous?

- A. Augmentin
- B. Pyostacine
- C. Levofloxacin
- D. Amoxicilline
- E. Clindamycine

Culture		positive
Germe(s) / Antibiogramme(s)		Cf Commentaire
1. Streptococcus pyogenes (streptocoque bêta-hémolytique du groupe A)		
sup.à 100.10E4 germes/ml		
flore oro-pharyngée		
40.10E4 germes/ml		
BIO-BAC-12.06.23		
Identification Antibiogramme		
	1	.
	-	.
PENICILLINE G	. S <0,25	.
AMPICILLINE	. S	.

CEFOTAXIME et C3G injec.	. S	.

GENTAMICINE 500	. S <250	.

NORFLOXACINE	. S <16	.
LEVOFLOXACINE	. S 2	.

DOXYCYCLINE	. S	.
TETRACYCLINE	. S 0,5	.

ERYTHROMYCINE	. S 0,125	.
CLINDAMYCINE	. S <0,5	.
PRISTINAMYCINE	. S 0,25	.

TRIMETHOPRIME+SULFAMIDES	. S 0,25	.
RIFAMPICINE	. S <0,06	.

VANCOMYCINE	. S <2	.
TEICoplanine	. S <2	.

Intérêt d'une bithérapie?

- Etude rétrospective multicentrique
- 1956 infections invasives à streptocoque A
 - 23% ayant reçu de la clindamycine
- Score de proposition:
 - Diminution de la mortalité intra hospitalière en cas d'utilisation de clindamycine: aOR 0.44 [95% CI 0.23–0.81])
 - Effet conservé en cas de choc toxinique ou de fasciite nécrosante

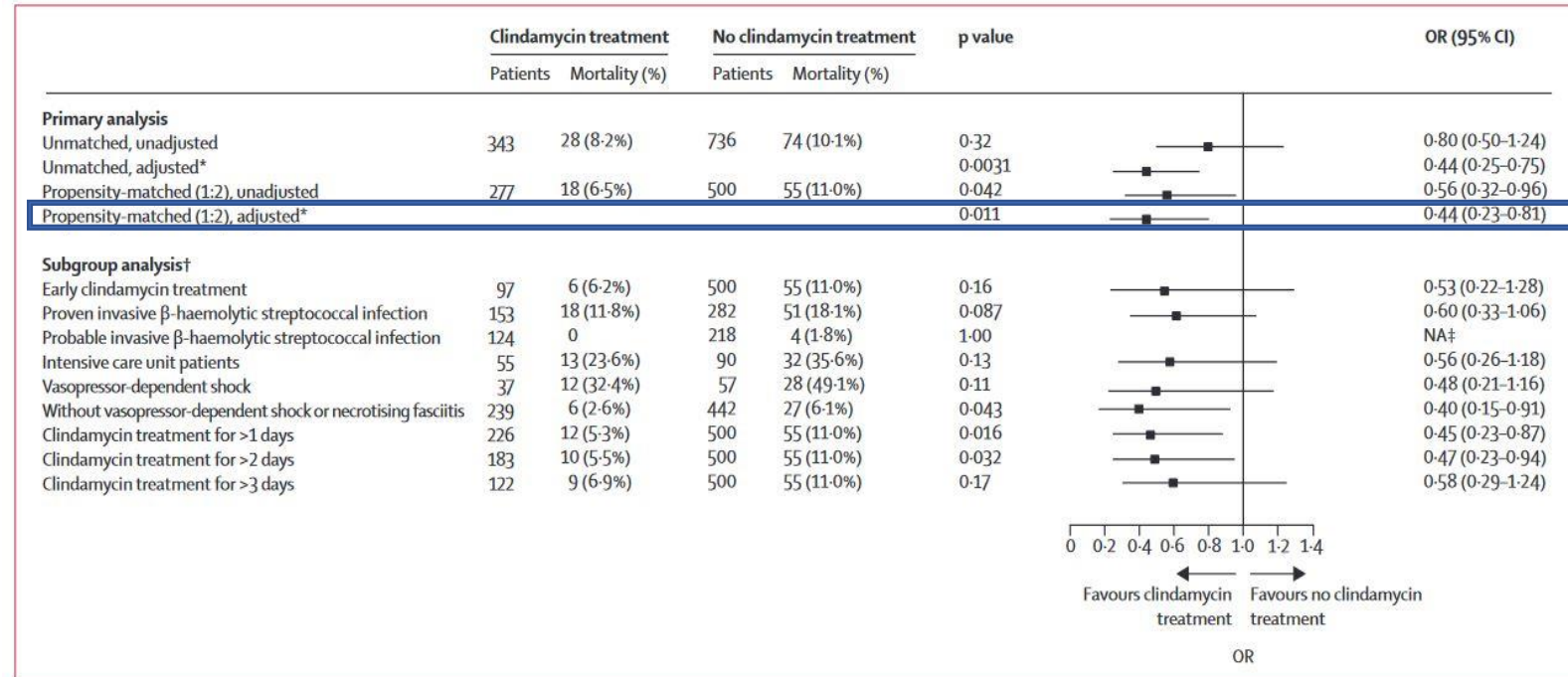


Figure 4: OR of in-hospital mortality in patients with invasive group A β-haemolytic streptococcal infection treated with versus without adjunctive clindamycin. The ORs (95% CIs) of in-hospital mortality in the primary analysis, by propensity matching and adjustment status, and in subgroup analyses of propensity-matched patients in the invasive group A β-haemolytic streptococcal infection cohort. OR=odds ratio. NA=not applicable. *Adjusted for proven invasive β-haemolytic streptococcal infection, vasopressor-dependent shock, and intensive care unit status. †All subgroup analyses were propensity-matched. ‡Too few deaths in patients with probable invasive β-haemolytic streptococcal infection alone precluded reliable assessment of the effect of clindamycin on mortality.

Ahmed Babiker *et al*, lancet infectious diseases, 2020

Cas clinique

Vous décidez de mettre en route une bi antibiothérapie par Amoxicilline et clindamycine.

Quelles mesures de préventions mettez vous en place pour cette hospitalisation?

- A. Isolement contact gouttelette pendant toute la durée d'hospitalisation
- B. Isolement gouttelette pendant les 24h premières heures d'antibiothérapie
- C. Isolement contact gouttelette pendant les 7 premiers jours d'antibiothérapie
- D. Isolement contact gouttelette pendant les 24h premières heures d'antibiothérapie
- E. Isolement air pendant les 24h premières heures d'antibiothérapie

Cas clinique

Quelles mesures de préventions mettez vous en place pour cette hospitalisation?

- A. Isolement contact gouttelette pendant toute la durée d'hospitalisation
- B. Isolement gouttelette pendant les 24h premières heures d'antibiothérapie
- C. Isolement contact gouttelette pendant les 7 premiers jours d'antibiothérapie
- D. Isolement contact gouttelette pendant les 24h premières heures d'antibiothérapie
- E. Isolement air pendant les 24h premières heures d'antibiothérapie

Cas clinique

Parmi les personnes suivantes, lesquels allez vous considérer comme cas contact?

- A. Son mari
- B. Ses enfants
- C. Sa collègue de travail
- D. Ses parents chez qui elle a logée le weekend dernier
- E. Ses voisins d'immeubles

Cas clinique

Parmi les personnes suivantes, lesquels allez vous considérer comme cas contact?

- A. Son mari
- B. Ses enfants
- C. Sa collègue de travail
- D. Ses parents chez qui elle a logée le weekend dernier
- E. Ses voisins d'immeubles

Définition des cas contact

Au cours des 7 jours précédant le début de la maladie et jusqu'à la fin des 24 premières heures du traitement :

- 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).

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

Cas clinique

Parmi ces cas contacts, auxquels allez vous prescrire une antibioprophylaxie?

- A. Chez son fils présentant une varicelle
- B. Chez son mari, ayant comme antécédents une hernie discale opérée
- C. Chez sa collègue de travail qui est suivie pour une polyarthrite rhumatoïde sous corticoïde
- D. Chez ses parents, âgés de 66 et 69 ans, chez qui elle a résidé le weekend dernier
- E. Chez sa fille de deux ans

Cas clinique

- Parmi ces cas contacts, auxquels allez vous prescrire une antibioprophylaxie?
 - A. Chez son fils présentant une varicelle
 - B. Chez son mari, ayant comme antécédents une hernie discale opérée
 - C. Chez sa collègue de travail qui est suivie pour une polyarthrite rhumatoïde sous corticoïde
 - D. Chez ses parents, âgés de 66 et 69 ans, chez qui elle a résidé le weekend dernier
 - E. Chez sa fille de deux ans

Indication d'antibioprophylaxie

- Cas contacts
- Ayant des facteurs de risque d'infection invasive:
 - âge supérieur à 65 ans,
 - varicelle en cours,
 - lésions cutanées étendues, dont les brûlures,
 - toxicomanie intra-veineuse,
 - pathologie évolutive (diabète, cancer, hémopathie, infection par le VIH, insuffisance cardiaque),
 - corticoïdes 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)

Cas clinique

Vous décidez de mettre en place une antibioprophylaxie pour sa fille et ses parents.

Quelle(s) molécule(s) allez vous privilégier?

- A. Amoxicilline
- B. Cefixime
- C. Cefpodoxime
- D. Cefuroxime
- E. Azithromycine

Cas clinique

Vous décidez de mettre en place une antibioprophylaxie pour sa fille et ses parents.

Quelle(s) molécule(s) allez vous privilégier?

- A. Amoxicilline
- B. Cefixime
- C. Cefpodoxime
- D. Cefuroxime
- E. Azithromycine

Molécules recommandées en prophylaxie

- Moindre efficacité de l'amoxicilline sur le portage
- Macrolide: résistance varie dans le temps, environ de 5% actuellement.



Tableau 1. Posologie des antibiotiques proposés pour le traitement prophylactique dans l'entourage d'un ou plusieurs cas infection d'infection invasive à SGA.

Antibiotiques	Posologie/dose	Nombre de prises/J	Durée en jours	Commentaire
Amox-clav	25 mg/kg (d'amoxicilline)	2	10	Forme pédiatrique : une dose Poids /Kg 2 fois par jour Sachet 1000 mg Dose maximale : 2 g/j en 2 prises
Azithromycine	20 mg/kg	1	3	Si la souche est sensible aux macrolides Forme pédiatrique : une dose poids/Kg/j Cp 250 mg Dose maximale : 500 mg/j en 1 prise (= 1 dose 25 kg de la forme pédiatrique)
Céfalexine	25 mg/kg	2	10	Forme pédiatrique 250 mg/5 ml Cp 500 mg et 1000 mg Dose maximale : 2 g/j en 2 prises
Céfixime	4 mg/kg	2	10	Forme pédiatrique : une dose Poids/Kg 2 fois par jour Cp 200 mg Dose maximale : 400 mg/j en 2 prises
Cefpodoxime	4 mg/kg	2	10	Forme pédiatrique : une dose Poids/Kg 2 fois par jour Cp 100 mg Dose maximale : 200 mg/j en 2 prises
Céfuroxime axétil	15 mg/kg	2	10	Forme pédiatrique : une dose Poids/Kg 2 fois par jour Cp 100 mg Dose maximale : 500 mg/j en 2 prises
Clarithromycine	7,5 mg/kg	2	10	Si la souche est sensible aux macrolides Dose maximale : 500 mg/j en 2 prises

Cas clinique

- En reprenant l'interrogatoire, la patiente vous rapporte que sa fille a présenté une otite quelques jours avant le début de ses symptômes, compliquée d'une perforation tympanique.
- Quelles stratégies auraient du être adopter pour sa maman, Mme G lors de sa prise en charge initiale au regard de ces éléments?
 - A. Surveillance de sa température à domicile
 - B. Préconisation d'une consultation rapide en cas de fièvre
 - C. Réalisation d'un TROD angine en cas de fièvre
 - D. Traitement par Amoxicilline en cas de TROD angine positif
 - E. Traitement par Azithromycine en cas de TROD angine positif

Cas clinique

- En reprenant l'interrogatoire, la patiente vous rapporte que sa fille a présenté une otite quelques jours avant le début de ses symptômes, compliquée d'une perforation tympanique.
- Quelles stratégies auraient du être adopter pour sa maman, Mme G., lors de sa prise en charge initiale au regard de ces éléments?
 - A. Surveillance de sa température à domicile
 - B. Préconisation d'une consultation rapide en cas de fièvre
 - C. Réalisation d'un TROD angine en cas de fièvre
 - D. Traitement par Amoxicilline en cas de TROD angine positif
 - E. Traitement par Azithromycine en cas de TROD angine positif

Conduite à tenir autour d'un cas isolé d'infection invasive à *S. Pyogenes*

Le traitement prophylactique de l'entourage

Le dépistage des porteurs dans l'entourage de SGA

Le diagnostic précoce des patients symptomatiques





Centre Régional en Antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté

Merci à tous pour votre
attention