

Info-antibio N°99_{v2}: 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.

Microbiologie :

Les souches concernées sont celles de *Streptococcus pyogenes* (d'autres espèces peuvent grouper en A, le terme SGA ne gardant un intérêt que pour la communication vis-à-vis du grand public. *Streptococcus dysgalactiae* en partage certains facteurs de virulence mais son risque épidémique est moins clair).

Le réservoir de SGA est pharyngé, avec un portage asymptomatique estimé à 10%

Définition de cas :

Confirmé : détection de SGA par culture, TROD ou test moléculaire dans un tissu normalement stérile.

Probable : Tableau clinique grave ET

Détection de SGA (toutes techniques) d'un tissu normalement non stérile ou lien épidémiologique avec un cas confirmé
ET pas d'autre étiologie retrouvée

Sujets contacts :

Personnes qui ont rencontré le cas index dans les **7 j avant** le début des signes cliniques et jusqu'à **24 h après** le début de l'ATB ET

- partage du même domicile, de la même chambre ou du même endroit de nuitée,
- contacts intimes avec face à face, dont activités sportives impliquant des corps à corps (sport de combat, rugby ...),
- contacts rapprochés de façon prolongée ou répétée avec possibilité de face à face (voyage de plus de 8 heures sur un siège contigu, activité partagée entre enfants ou étudiants...)

Cas groupés

IISGA (choc toxique streptococcique, infection nécrosante des tissus mous, pleuro-pneumonie, infection puerpérale...)

au moins 2 cas d'IISGA, confirmés ou probables, dans la même collectivité, à moins de 10 jours d'intervalle ET

Soit mise en évidence de contacts rapprochés, prolongés ou répétés entre les cas

Soit situation où des contacts rapprochés prolongés ou répétés entre les cas sont jugés possibles.

Infection non invasive à SGA : au moins 2 cas, documentés ou non, dans la même collectivité, dans une période de 10 jours

ET mise en évidence de contacts proches ou répétés entre les cas.

Un signalement à l'ARS des cas groupés d'infections à SGA, invasives ou non, est recommandé bien que la maladie ne soit pas à DO.

Traitement curatif (voir le document pour les détails et l'argumentaire)

- Amoxicilline en choix prioritaire devant une forme non nécrosante
- Un tableau d'infection nécrosante des tissus mous est souvent polymicrobien, pouvant justifier un plus large spectre en probabiliste : pipéracilline tazobactam +/- une molécule inhibant la synthèse des toxines (clindamycine voire oxazolidinone) ainsi qu'une chirurgie urgente de drainage et débridement et une prise en charge en réanimation. Certains pays associent des immunoglobulines polyvalentes dans les fasciites nécrosantes ou les chocs toxiques streptococciques.
- Précautions complémentaires contact pour les fasciites et précautions complémentaires gouttelettes pour les pneumonies, choc toxique, et autres infections invasives, jusqu'à 24h du début de l'ATB.

Prise en charge des sujets contacts en cas d'IISGA

Information des sujets contact sur leur risque de développer une infection et l'urgence en cas de signes d'infection

Antibioprophylaxie limitée aux personnes les plus à risque de forme grave

Si contacts rapprochés prolongés ou répétés avec le cas index

De 7 j avant le début des signes à 24h après le début de l'antibiothérapie du sujet index

Le plus tôt possible, idéalement dans les 24h, et jusqu'à 10j après le diagnostic

ET uniquement pour les personnes et situations suivantes

- Femmes enceintes de plus de 37 semaines d'aménorrhée,
- Nouveau-nés (jusqu'à 28 jours de vie),
- Femmes ayant accouché dans les 28 jours précédents,
- Personnes âgées de plus de 65 ans,
- Personnes ayant une varicelle,
- Personnes vivant dans des conditions particulières de précarité (personnes sans domicile fixe par exemple),
- Tous les sujets contacts vivant sous le même toit qu'un cas, lorsqu'un d'entre eux nécessite une antibioprofylaxie.

Antibioprophylaxie

Amoxicilline 6 jours: 50 mg/kg/J en deux prises (max 1 g 2x/J)

Macrolides (si SGA sensible) : **Azithromycine 3 jours** 20 mg/kg/J en une seule prise, max 500 mg 1x/J

Ou **clarithromycine 10 jours** 15 mg/kg/J en 2 prises, max 500 mg 2x/J)

C1G 10 jours: **Cefadroxil**: 50 mg/kg/J en deux prises (max 1 g 2x/J) ou **Cefaclor**: 20-40 mg/kg/J en trois prises (max 250 mg 3x/J)

Un service du journal [Infectious Diseases Now](#) & de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Rédigé par le Dr S. Alfandari.

Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques : Recommandations: infectiologie.com - ANSM - HAS - Ministère de la Santé. CRATB (Centre Régionaux en Antibiothérapie) : [Auvergne Rhône Alpes](#) – [Bretagne](#) - [Grand Est](#) - [Hauts de France](#) - [Ile de France](#) - [Normandie](#) - [Pays de la Loire](#) - [Provence Alpes Côte d'Azur](#)

