



L'INSTITUT
MUTUALISTE
MONTSOURIS

Henri COHEN
Brigitte NEVEU

Gizeh

6-11 mars 2008

Streptocoque A en maternité un germe rare et très pathogène



Mme M...

- 32 ans, médecin généraliste, lui pneumologue, un garçon 3550g né à l'IMM en 2003, par voie basse, à 39 SA
- Méningite bactérienne (virale ?), décapitée par antibiothérapie, en 2006,
- allergie à la Rocéphine
- Pas d'autres antécédents notables
- Suivi de grossesse sans particularité, désir de déclenchement
- Déclenchement à 39SA + 4j, sur conditions locales favorables

Travail J0 et J1

- Travail : APD, Synto, 5 heures, LA clair, apyrexie, RCF normal
- Naissance à 20h13 : garçon 3250g, Apgar 10/10
- Post-partum :
 - J1 : RAS, θ matin $36^{\circ}6$, soir $37^{\circ}7$
 - J2 : dans la nuit de J1 à J2, diarrhée, vomissements, θ : $38^{\circ}6$, bilan infectieux fait, à 9h30, noté : utérus douloureux, disparition de diarrhée et vomissement, CRP : 171 mg/l

J2 sur le dossier médical

- Avis dans la matinée du médecin de garde qui note:
 - abdomen sensible, pas de rétention en écho,
 - Spasfon, Ercéfuryl, Smecta, puis prescription d'une 2^o hémoculture et mise sous Augmentin
- Le dossier infirmier note : très douloureuse, ASP normal, Augmentin 1g IV à 13h20, selles liquides ensuite, PA basses : 88/34, 82/38
- Dans la soirée, passage de l'anesthésiste et de l'obstétricien, appel au réa de garde : « sepsis sévère à J2 d'un accouchement normal -septicémie à cocci G+ »
- Passage en réa

J2₁ sur le courrier du conjoint

- 2h : 1^o vomissement, suppo de glycérine
- 2h à 5h : succession de diarrhées-vomissements
- 5h30 : appel pour vertiges et douleurs abdominales brutales et violentes PAs < 100, pouls : 130, température : 38°6
- 6h : SF, NFS, CRP, HC, PV
- 6h à 7h30 : douleur abdominale intense
EVA 10/10

J2₂ sur le courrier du conjoint

- 7h30-8h : retour de la SF pour le bilan sanguin qui sera réalisé à 8h
- 10h : arrivée du conjoint en raison de la douleur empêchant toute mobilisation
- 10h-11h : appels multiples en raison de la douleur
- 11h : GO de garde passe, examen abdominal impossible en raison de la douleur, bilan bio considéré comme normal : CRP 160, pas d'hyperleucocytose, « gastro-entérite aiguë »

J2₃ sur le courrier du conjoint

- 11h30 : écho pelvienne « élimine une endométrite » (utérus vide, pas de manœuvres endo-utérines), ASP(pas fait ?)
- 12h-13h : malaises, frissons, vertiges
- 13h : demande de reprise des constantes, T° 39°9, PA basse, FC élevée, 2° HC
- 13h30 : retour du GO à leur demande, proposition de diagnostic de sepsis sur endométrite, GO dubitatif prescrit Augmentin, et remplissage 2l/j avec Spasfon et Perfalgan

J2₄ sur le courrier du conjoint

- 14 à 20h : AEG progressive, chute de la TA, marbrures aux genoux, frissons, passage à nouveau du GO, remplissage accéléré
- 20h : troubles de la conscience, dyspnée, marbrures, malaises, douleurs abdominales intenses, PA 70/35, nouvel appel à GO et anesthésiste, origine gynécologique des troubles réfutée, poursuite du remplissage
- 21h : dyspnée et oppression thoracique, demande très insistante pour une prise en charge en Réa

J2₅ sur le courrier du conjoint

- Le conjoint appelle le réa de Cochin, et prévient qu'il demande un transfert par le SAMU.
- Le réa médical IMM arrive : état de choc septique d'origine gynécologique : PV + à cocci G+, HC positives
- En réa : choc septique sur endométrite à streptocoque A compliqué de myocardite et d'œdème pulmonaire

En réanimation

- Séjour de 4 jours
- Endométrite traitée par Augmentin, Gentamicine, Tibéral,
- myocardite septique avec dilatation importante du VG et apparition d'une insuffisance mitrale d'origine septique, d'évolution favorable sous traitement médical (ABT, diurétiques, 48h de Levophed SE)

Avis cardiologue

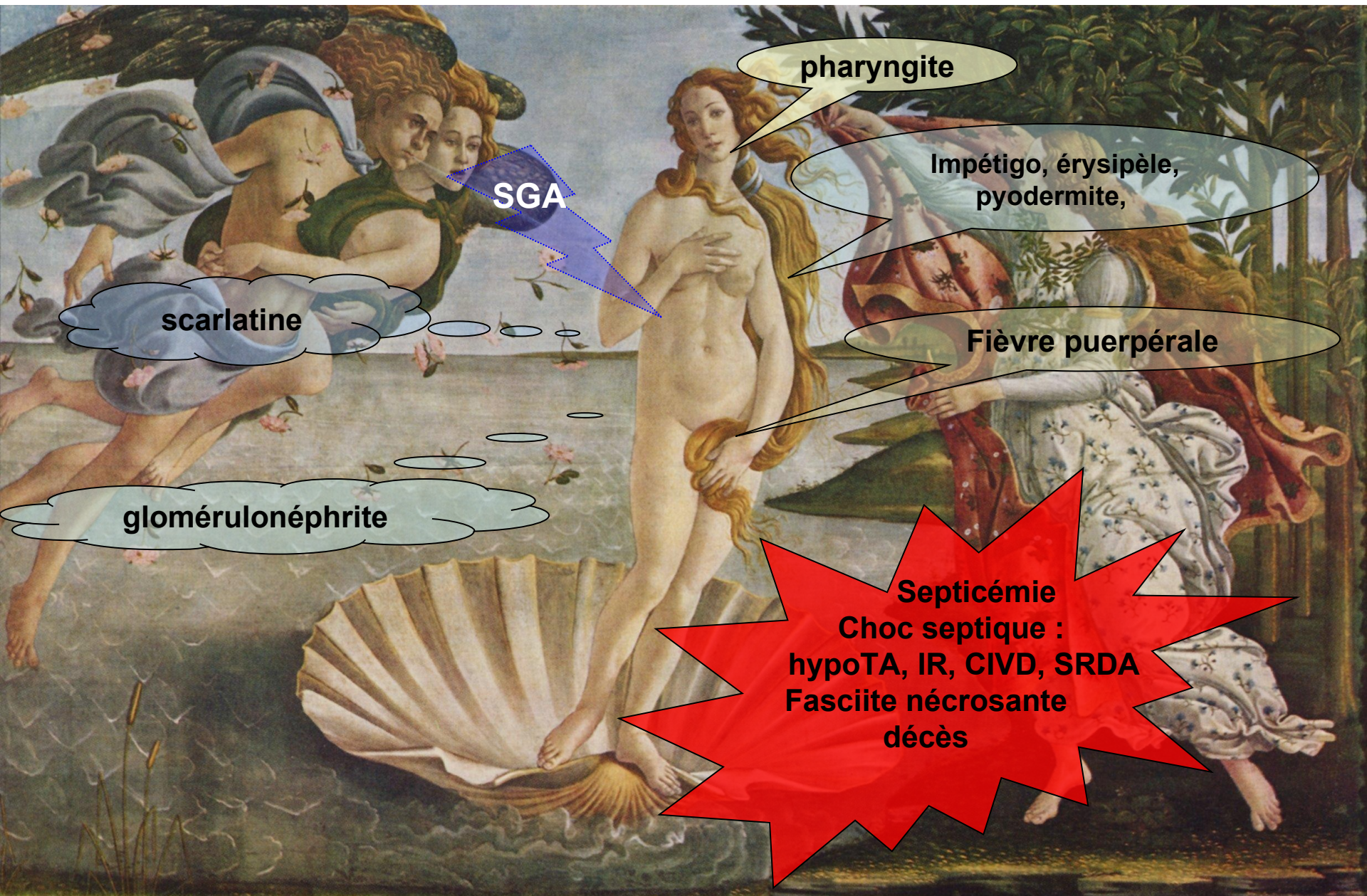
- Insuffisance mitrale volumineuse secondaire à un trouble de cinétique segmentaire de la paroi inférieure, responsable d'un dysfonctionnement du pilier
- Trouble de la contractilité myocardique attribué au sepsis
- À 6 semaines persiste une insuffisance mitrale modérée
- À deux mois, scintigraphie myocardique normale

Alerte à l'IMM

- Déclaration au C-CLIN Nord et à la DDASS
- Enquête du CLIN négative:
 - Recherche de portage : soignants, conjoint, patiente, ... ici négative (n'a pas eu de soin de périnée à J1)
 - Origine du SGA :
 - **la patiente elle-même possible**
 - **Une toilette vulvaire avant de quitter la salle de naissance (faite sans masque)**

Streptocoque groupe A

- **Cocci Gram positif**
 - en paires ou en chaînettes, non sporulés, parfois capsulés, immobiles, anaérobies facultatifs
 - 80 sérotypes, souches présentant :
 - Protéine M1,M3,M6 ou non typable
 - Productrice de protéases (fasciites)
 - Exotoxines responsables de la pathogénicité
 - Pénicilline, macrolides (S 30 à 70 %), clindamycine (S 80 %)
- Réservoir : peau et muqueuses.
- Viabilité :
 - Sensible à de nombreux désinfectants
 - Inactivé par plusieurs moyens physiques dont la stérilisation par chaleur humide
 - Bonne **survie à l'extérieur de l'hôte** (poussière : 6 mois)
- Incubation : **1 à 3 jours**



pharyngite

Impétigo, érysipèle,
pyodermite,

Fièvre puerpérale

SGA

scarlatine

glomérulonéphrite

Septicémie
Choc septique :
hypoTA, IR, CIVD, SRDA
Fasciite nécrosante
décès

transmission

- **Grosses gouttelettes (voies respiratoires)**
- **Contact direct ou intime avec un malade ou un porteur (fosses nasales)**
- **rarement contact indirect objets ou mains**
- **apparaît dans la gorge plus tard au cours de l'évolution de l'infection cutanée**
- **épidémies d'infections des plaies en lien avec la contamination par les porteurs du germe (anus, vagin, peau et pharynx)**
- **Ingestion d'aliments contaminés (produits laitiers, œufs) peut provoquer des épidémies brutales.**

En maternité

- **transmission par un membre du personnel**
- **transmission croisée entre patientes**
- **contamination endogène**
- **défauts d'application des mesures d'hygiène**
 - **port de masque, hygiène des mains**
 - **peuvent favoriser ces transmissions**

Infections à streptocoque A

- 5 à 14% d'origine nosocomiales
- Infections massives à SGA en post-partum : 6 pour 100 000 naissances
 - Mortalité 3.5% (Chuang, 2002)
- France (01/08/01-31/12/03) en post-op ou postpartum:
 - 21 signalements pour 29 patients, 17% de DC
 - En post-partum, 12 pour 18 patientes (endométrite 9, pyélonéphrite et pyélo avec choc septique 2, infection périnée 1)
- A l'IMM de 2000 à 2007 (# 12000 naissances) :
 - 2 endométrites (J10-diagnostic à S4, et S5), sans complications
 - 1 angine (Prélèvement de gorge)
 - 1 choc septique sur endométrite

Rappels du danger réguliers

- Bilan des signalements :
 - C.CLIN Sud-Est 2004
 - C.CLIN Paris-Nord 2004, 2005
 - InVS 2004
- Cas rapportés :
 - Publications :
 - *J Reprod Med* 2005;50:621-3
 - *Acta Obstet Gyencol Scand* 2005;84:1212-3
 - *Am J Perinat* 2005;22:109-13
 - *Am Surg* 2004;70:730-2
 - *Int J Gynaecol Obstet* 1993;40:245-8
 - T Harvey : Gyngolf 2006, Colmar 2007

Les fréquences

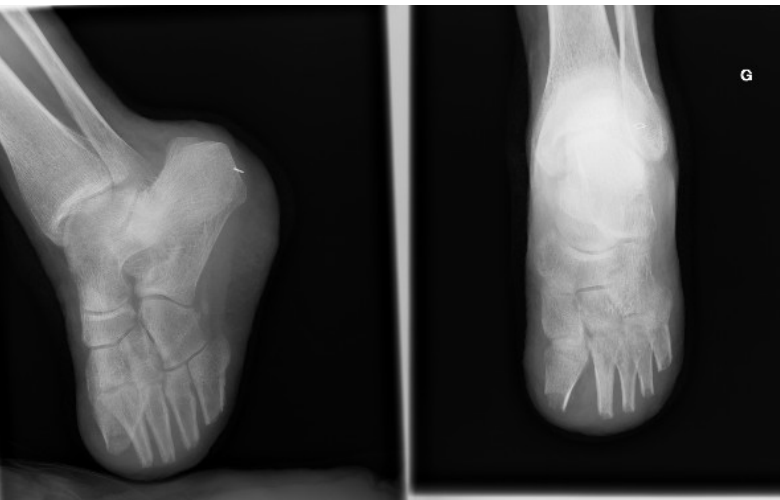
- Portage vaginal :
 - Streptocoque B : 1/10
 - Streptocoque A : 3/1000 à 3/10 000
- Portage pharynx :
 - Streptocoque A : 1/30
- Différentes formes :
 - Commune : 1/1000
 - Invasive : 1/10 000
 - Mortelle : 1/100 000 à 1/1 000 000

Nécrose ischémique des deux pieds et face externe de la cuisse gauche



Diapositives :
Thierry Harvey
Diaconesses

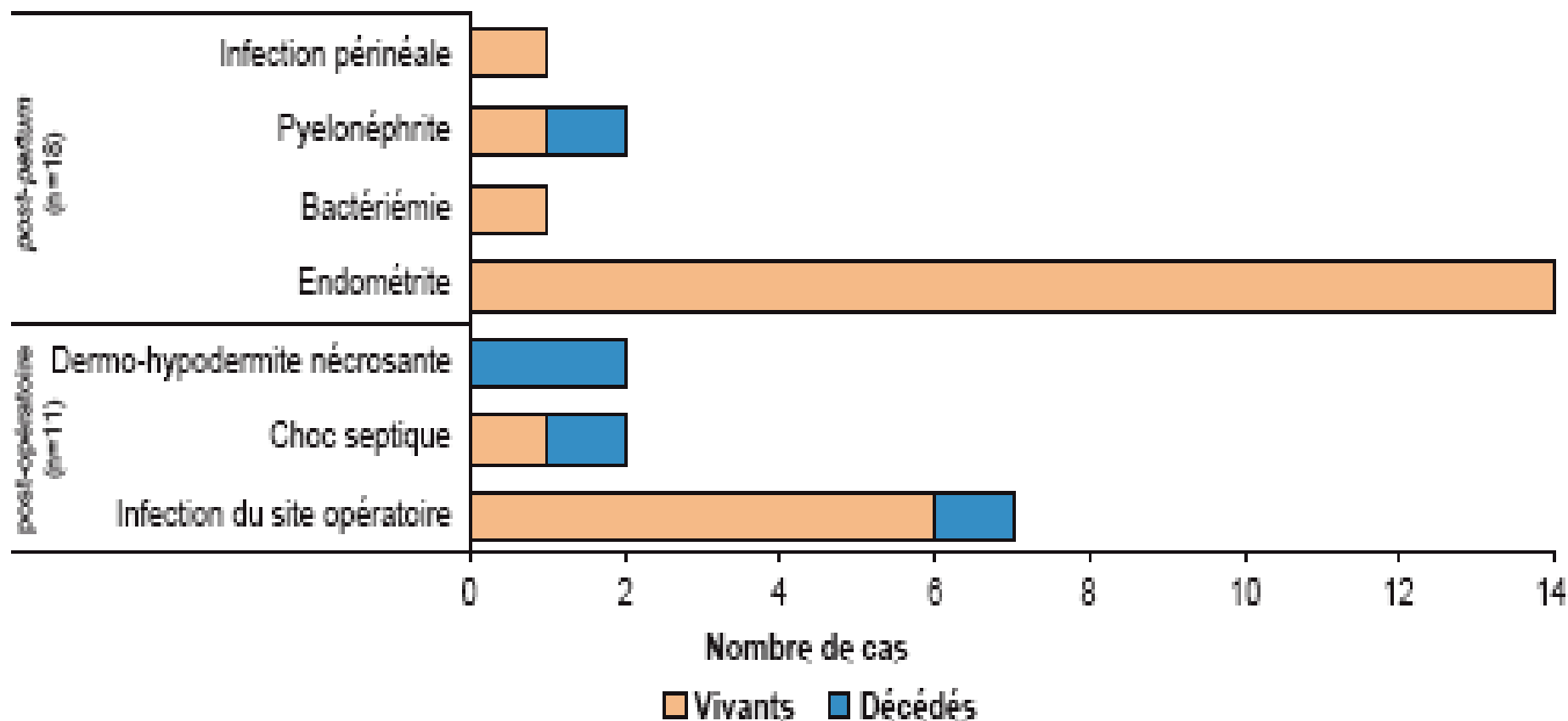




- Amputation J 18
 - du tiers inférieur de jambe droite
 - Trans-métatarsienne du pied gauche
 - Excision des zones nécrotiques de la cuisse G
 - Prélèvements per opératoires:
 - Pyocyanique
 - Staphylocoque coagulase négative
 - Reprise de l'excision du moignon d'amputation de la trans-métatarsienne gauche (J 43)

Signalements Août 2001 septembre 2003 rapport de l'InVS

Figure 1 - Type d'infections en post-opératoire et en *post-partum*,
décès associés



InVS

Tableau 2 – Caractéristiques des épisodes signalés en *post-partum*

N°	Cas	Décès	Délai ¹	Type d'infection
10	2	0	2	Endométrite
			3	Endométrite
11	1	0	3	Bactériémie
12	3	0	NP ²	Endométrite
			NP	Endométrite
			NP	Endométrite
13	1	0	NP	Endométrite
14	1	0	2	Pyélonéphrite
15	2	0	4	Endométrite
			5	Endométrite
16	1	0	1	Endométrite
17	1	0	20	Infection périnéale
18	1	0	4	Endométrite
19	3	0	NP	Endométrite
			1	Endométrite
20	1	1	12	Pyélonéphrite avec choc septique
8 ³	1	0	11	Endométrite avec bactériémie
Total	18	1		

¹ Délai de survenue de l'infection, en jours

² NP : non précisé

³ Signalement de 2 cas en post-opératoire et 1 cas en *post-partum*

Port du masque et infection à streptocoque du groupe A en maternité

La survenue d'un **nouveau décès**, en relation avec une infection à streptocoque *du groupe A*, **chez une accouchée**, conduit la Société Française d'Hygiène Hospitalière à rappeler que :

- le pharynx est le réservoir principal de *Streptococcus pyogenes* ou streptocoque du groupe A
- **Le port d'un masque chirurgical * est indispensable :**
 - Dès la rupture des membranes
 - Pour toute personne (sage femme ou accoucheur) réalisant un accouchement par voie basse
 - Dans toute maternité d'établissement public ou privé *

* Voir guide SFHH 2003 "prévention et surveillance des infections nosocomiales en maternité" (téléchargeable sur le site SFHH)

* cet avis de la SFHH inclut également les accouchements à domicile

Avis du 11 mars 2005

Tout cas d'infection invasive nosocomiale à Streptocoque du groupe A doit faire l'objet d'un signalement

- ***dans le cadre du décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 selon les critères suivants :***

infection nosocomiale ayant un caractère rare et particulier du fait : de l'agent pathogène en cause (nature, caractéristique, ou profil de résistance)

- ***Souches à adresser au CNR des streptocoques :***

Service de Microbiologie, Hôtel Dieu, 1 Place du parvis de Notre-Dame, 75181 Paris cedex 04 Tél: 33 (0)1 42 34 82 73 (Secrétariat) 82 72 (Bureau) Fax: 33 (0)1 42 34 87 19

à conserver dans le laboratoire d'origine pendant 6 mois.

GUIDE DE LA SFHH

JUIN 2003

Conduite à tenir

Streptocoque bétahémolytique du groupe A

Infections nosocomiales	Origine de l'infection	Conduite à tenir dès les premiers cas
<p>Autrefois, fièvre puerpérale</p> <p>Actuellement, infections nosocomiales graves (endométrites, septicémies...)</p>	<p>Porteur parmi le personnel (portage rhinopharyngé le plus souvent)</p>	<ul style="list-style-type: none">— Avertir le Président du CLIN, le service d'Hygiène.— Confirmer l'origine nosocomiale.— Mettre l'accouchée et son nouveau-né en chambre seule (rappel des règles élémentaires d'hygiène).— Faire un dépistage rhino-pharyngé à tous les participants à l'accouchement :<ul style="list-style-type: none">- médecins accoucheurs et sages-femmes,- médecins et infirmières,- anesthésistes,- stagiaires...— Mettre en place le protocole retenu dans l'établissement : par exemple à Lyon, flash antibiotique à toutes les nouvelles accouchées subissant DA, RU, péridurale, forceps, césarienne :<ul style="list-style-type: none">- 2 gr Clamoxyl à l'expulsion,- 2 gr 4 heures après,- 2 gr 4 heures après,Durée de ce protocole : 4 jours à partir de la découverte du Strepto. A ou moins si découverte du porteur parmi le personnel.

Un prélèvement bactériologique positif à Streptocoque. A dans les suites de naissance doit être un signe d'alerte

N.B. - Il faut insister ici sur l'importance médicolégale des prélèvements bactériologiques à l'admission de la mère en fonction des signes cliniques (ex : prélèvement de gorge si dysphagie...). (Chapitre 6 - Fiche 7).

Conclusions (journées du CLIN 2004)

- Les cas signalés sont graves
 - Patients sans facteurs de risque
- Importance
 - d'une alerte précoce : signalement ++
 - D'une investigation
 - Épidémiologique : locale+/-soutien C.CLIN/DDASS
 - Microbiologique ; locale+expertise CNR
- Origine des cas variable
 - Transmission par personnel porteur
 - Transmission croisée
 - Infection endogène
- Prévention : importance du port du masque



Club de périfoetologie mars 2008