

# Anite streptococcique et utilisation du TDR :

## I Anite streptococcique :

J'ai choisi de vous parler de l'anite streptococcique car c'est un diagnostic souvent méconnu et responsable d'un retard diagnostic.

L'anite streptococcique est une infection bactérienne superficielle liée à un streptocoque bêta hémolytique du groupe A.

C'est une entité bien définie cliniquement qui a été décrite par Amren et son équipe en 1966 comme un **érythème péréal douloureux, rouge vif, à limite nette**, parfois associé à un œdème cutané, à un suintement séreux ou séro-hématique ou à des pustules. Chez la petite fille il existe fréquemment une extension vulvaire.

Dans les formes anciennes ont été observées des excoriations, des fissures et une hyperpigmentation.

De manière inconstante et variable on retrouve un **prurit localisé, une douleur à la défécation, une constipation secondaire ou la présence de sang dans les selles.**

L'interrogatoire et l'examen peut retrouver une **pharyngite et/ou un impétigo** préexistant ou en cours.

On observe un pic aux alentours de 5 ans (7 mois-12 ans) avec une nette prépondérance masculine.

Le tableau est souvent confondu avec une candidose, un psoriasis du pli inter fessier, une anite sur oxyurose, une maladie inflammatoire du tube digestif voir des sévices sexuels.

## II Transmission :

C'est une infection qui n'est pas réputée contagieuse même si des cas familiaux ont été rapportés.

Le mode de transmission reste discuté :

→ **Résistance potentielle du SGA au suc digestif** lui permettant ensuite de coloniser le périnée.

(Les positivités simultanées des cultures anales et pharyngées varient selon les séries de 15 à 64%).

→ **La transmission manuportée** à partir d'un gîte infectieux primitif pharyngé ou cutané.

→ On évoque aussi la **détersion répétée** qui joue un rôle de facteur favorisant locaux fragilisant la couche cornée.

### **III Diagnostic :**

Le diagnostic d'anite streptococcique est clinique.

Le TDR ne doit pas être conçue pour éliminer ou affirmer un diagnostic, mais pour corroborer ou rendre moins probable une hypothèse diagnostic.

#### 1°) TDR :

(Toute pathologie présumée à SGA et accessible au prélèvement peut en bénéficier)  
OMA, adénite isolée de l'enfant, vulvo-ganinite, panaris péri-unguéal.

Technique immunologique mettant en évidence, grâce à des Ac polyclonaux, la présence d'antigène polysaccharides des constituants de la paroi bactérienne.

Spécificité : 95% et leur Sensibilité : 80 à 95%.

**Le streptocoque bêta hémolytique du groupe A n'est pas un germe saprophyte de la région péri- anal.**

L'anus n'est donc pas un site de portage chronique communautaire pour le SGA :

Note :

Portage communautaire de SGA :

- Portage pharyngé : 5% des adultes et 20% des enfant d'âge scolaire
- Colonisation cutanée ne dépasse pas 1% des adultes sains
- Colonisation vaginale < 1%
- Portage intestinal : S. Pyogène isolé de moins de 2% des selles de sujet sain pouvant atteindre 20% en cas de pharyngite.

Portage par le personnel soignant :

Le portage de S.Pyogènes par le personnel soignant est fréquent dans l'entourage des infections invasives. Outre le portage pharyngé et cutané on retrouve le portage nasal, périnéal, vaginal et anal.

→ La VPP devant une clinique stéréotypée est donc plutôt bonne.

#### 2°) Culture :

Ensemencement sur gélose d'Agar enrichie.

Certains auteurs préconisent de réaliser un prélèvement bactériologique au niveau de l'anus pour mise en culture et réalisation d'un antibiogramme, même en cas de positivité du TDR.

→ Recherche de résistance au macrolide

→ S'assurer de l'absence d'infection par E.Coli ou staphylocoque concomitante.

## **IV Traitement :**

Le traitement de l'anite streptococcique relève d'une antibiothérapie générale efficace suffisamment prolongée.

La plupart des auteurs préconisent :

→ PENICILLINE V à la dose de 50 000 UI/kg pendant 15 jours à 3 semaines.

→ AMOXICILLINE 50 000 mg/kg/ ours en 3 fois pendant 15 jours à 3 semaines

Allergie connue au Béta lactamines

→ Erythromycine.

Un traitement antibiotique local seul reste insuffisant. De plus, un traitement trop court (moins de 10 jours) favoriseraient les rechutes.

Certains auteurs parlent de 3 à 4 semaines de traitement antibiotique avec prélèvement bactériologique de contrôle en fin de traitement.

Les lésions disparaissent en 24 à 48 heures après avoir instaurer le traitement.

## **V Message à faire passer :**

Devant tout érythème péréal rouge vif, bien circonscrit de l'enfant ou de l'adulte le diagnostic d'anite streptococcique doit être évoqué.

Le TDR, test réalisable au cabinet, peu onéreux et donnant une réponse en 5 mn, permet de conforter le diagnostic clinique. Ce qui est toujours appréciable lorsque l'on instaure un traitement antibiotique prolongé.

Le traitement prolongé permet d'éviter les rechutes ou les complications à distance.

## **VI Bibliographie**

M Ledoux, V. Chazerain, P.Saiag, E. Mahé. Anite streptococcique et psoriasis en goutte.

A.L.Souillet, F.Truchot, D.Jullien, V.Dumas, M.Faure, D.Floret., A.Claudy. Anite péréal streptococcique.

R.Cohen, A. Wollner. Utilisation des tests de dépistage rapide du streptocoque A dans les infections inhabituelles à streptocoque du groupe A.

M. Chalumeau, D. Gendrel, F. Moulin, F de la Rocque et R. Cohen. Les tests de diagnostics rapides aux urgences pédiatriques : intérêts et limites.

Guide pour la prévention et l'investigation des infections hospitalières à Streptococcus pyogène. Novembre 2006.