

SYNDROME DU CHOC TOXIQUE STAPHYLOCOCCIQUE

▪ Aspects cliniques et commentaires

- Conséquence potentielle de toute colonisation ou infection primaire staphylococcique [brûlures, plaies (y compris les plaies chirurgicales propres), muqueuse pulmonaire (associée à la grippe), cathéters de dialyse, ...]. Choc toxique menstruel a été décrit endéans les 2 jours après le début ou la fin des règles (associé à la présence de tampons fort absorbants).
- Pathologie aiguë, multisystémique: expression la plus fulminante des pathologies causées par des toxines bactériennes [dommages tissulaires, dysfonctionnement et défaillance d'organes (plusieurs organes peuvent être affectés)].
Hypotension (tension systolique ≤ 90 mm Hg chez l'adulte), insuffisance rénale (BUN et créatininémie à 2 fois la limite normale supérieure), coagulopathie (< 100.000 thrombocytes/mm³, coagulation intravasculaire disséminée), atteinte hépatique (AST et ALT élevés, bilirubinémie à 2 fois la limite normale supérieure), syndrome de détresse respiratoire aiguë, rash généralisé [érythémateux, maculaire, desquamation après 7 à 14 jours (surtout paumes des mains et plantes des pieds)], diarrhée et vomissement au début, myalgie, hyperémie des muqueuses (vagin, oropharynx, conjonctives, ...), désorientation, diminution du niveau de conscience sans signes neurologiques focaux, fièvre élevée, souvent hypocalcémie (mécanisme inconnu),
- Traitement.
 - Antibiothérapie (voir en-dessous).
 - Flucloxacilline, oxacilline, vancomycine: pas d'impact sur le syndrome initial mais moins de rechutes (qui surviennent dans un tiers des cas traités sans ces antibiotiques).
 - La clindamycine est adjointe aux régimes en raison de sa capacité d'inhiber la production de toxines.
 - Traitement duc choc septique, contrôle chirurgical de la source.
 - L'administration d'immunoglobulines polyclonales (1 g/kg iv au jour 1 et 0.5 g/kg aux jours 2 et 3) est raisonnable, mais pas recommandé (en Belgique, pas remboursé par l'INAMI dans cette indication).

▪ Pathogènes impliqués

- *Staphylococcus aureus*.

• Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
 - Patients sans facteurs de risque d'infections à MRSA (ou avec infection documentée à MSSA).
 - Flucloxacilline + clindamycine.
 - Oxacilline + clindamycine.
 - Patients avec facteurs de risque d'infections à MRSA (ou avec infection documentée à MRSA): vancomycine+ clindamycine.
- Posologies standard.
 - Clindamycine: 600 mg iv q6h ou 900 mg iv q8h.
 - Flucloxacilline: 2 g iv q6h.
 - Oxacilline: 2 g iv q6h.
 - Vancomycine: dose de charge de 25 à 30 mg/kg iv, immédiatement suivie soit par une perfusion continue titrée pour atteindre des concentrations sériques de 20 à 30 $\mu\text{g/ml}$ soit par des perfusions intermittentes q12h titrées pour atteindre des concentrations sériques de vallée de 15 à 20 $\mu\text{g/ml}$
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté): 7 à 10 jours (si hémocultures négatives).