

Définition d'un contact à risque : Sujet vacciné ou non ayant été en contact dans les 7 jours précédents avec un cas d'angine diphtérique ou avec la plaie d'un cas de diphtérie cutanée (tox+) ou avec une source animale suspectée en l'absence de précautions.

Gestion des contacts à risque :

Surveillance clinique : pendant 7 jours à partir du dernier contact avec le cas.

Dépistage par écouvillonnage nasal et pharyngé (culture) ou cutanée (si lésions).

Recherche dans l'entourage du cas de personnes ayant des lésions cutanées chroniques ayant pu être à l'origine de l'infection des voies aériennes supérieures.

Antibioprophylaxie :

Amoxicilline : adulte (3g/j PO en 3 prises par jour pdt 7 à 10 j) / enfant (100 mg/kg/j PO en 3 prises par jour pdt 7 à 10 j).

Si allergie : Azithromycine : adulte (500 mg/j PO en 1 prise par jour pdt 3 j) / enfant (20 mg/kg/j PO (hors AMM) en 1 prise pdt 3 j).

Tableau récapitulatif :

		C. diphterie		C. ulcerans	
		Tox +	Tox -	Tox +	Tox -
CAS	Atteinte ORL :				
	Antibiothérapie	Oui	Oui	Oui	Oui
	Sérothérapie	Oui	Non	Oui	Non
	Vaccination	Oui, dès 3 mois après la sérothérapie	Oui, sans contrainte	Oui, dès 3 mois après la sérothérapie	Oui, sans contrainte
	Précautions complémentaires	Gouttelette	Gouttelette	Gouttelette	Gouttelette
	Contrôle microbiologique	Oui	Oui	Oui	Oui
	Signalement immédiat ARS	Oui	Oui	Oui	Oui
	MDO	Oui	Non	Oui	Non
	Recherche contacts animaux	Sans objet	Sans objet	Oui	Oui
	Atteinte cutanée :				
CONTACT À RISQUE en attendant les résultats des prélèvements	Sérothérapie	Oui	Non	Non	Non
	Précautions complémentaires	Contact	Contact	Contact	Contact
	Antibioprophylaxie	Oui, immédiate	Non	Oui, si culture positive	Non
	Sérothérapie	Non	Non	Non	Non
	Vaccination	Mise à jour du calendrier vaccinal			
CONTACT À RISQUE en attendant les résultats des prélèvements	Précautions complémentaires G & C dans l'attente des résultats de dépistage selon la clinique du cas index	Oui	Oui	Non	Non

Prévention primaire : la vaccination

La vaccination n'empêche pas le portage. Couverture vaccinale minimale de 80 à 85% pour assurer une immunité de groupe.

Schéma vaccinal :

- Primovaccination obligatoire du nourrisson une injection à l'âge de 2 mois, 4 mois et premier rappel à 11 mois.
→ Vaccins combinés hexavalents (DTCaPHibHepB)
- Rappels :
 - à l'âge de 6 ans, avec des vaccins combinés tétravalents (DTCaP)
 - entre 11/13 ans et à l'âge de 25 ans
→ Vaccins combinés à doses réduites d'anatoxine diphtérique et d'antigènes coquelucheux (dTcaP)
 - à 45 ans, à 65 ans puis tous les 10 ans au-delà
→ avec des vaccins combinés à dose réduite d'anatoxine diphtérique (dTTP)

Remarque :

Rappel tous les 10 ans chez les personnes immunodéprimées dès l'âge de 25 ans.

Enjeux :

Vademecum sur la maladie, son traitement, les enjeux de la vaccination et les recommandations vaccinales.

Références :

- HAS. Calendrier des vaccinations 2022. [LIEN](#)
- Diphtérie. Maladies Infectieuses et Tropicales E. Pilly. Ed. 2020, 345-347.
- HCSP. Avis relatif à la conduite à tenir autour d'un cas de diphtérie (compléments de l'avis de 2011) du 10/09/2021. [LIEN](#)
- HCSP. Conduite à tenir lors de l'apparition d'un cas de diphtérie, 04/03/2011. [LIEN](#)
- INRS. Diphtérie. MAJ avril 2022. [LIEN](#)

Action prévention :

Version 1 Nov 2022

DIPHTÉRIE



Document pour les professionnels de santé et le professionnels en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque en ES et en EMS.



Pathogène :

Corynébactérie (*Corynebacterium*) du complexe *diphtheriae* : *C. diphtheriae*, *C. ulcerans* et *C. pseudotuberculosis*.

Bacille Gram positif aérobie, porteur ou non du gène tox codant la toxine diphtérique.
Seules les infections tox (+) font l’objet d’une sérothérapie et d’une déclaration obligatoire.
Toute suspicion de diphtérie ORL ou cutanée doit être signalée à l’ARS pour l’investigation épidémiologique.
A ce jour pas d’identification de *C. pseudotuberculosis* tox +

Mode de contamination :

***C. diphtheriae* :**

- Réservoir humain (sujet infecté & porteur sain).
- Transmission interhumaine directe par les sécrétions des voies aériennes supérieures ou indirecte (plus rare) par les objets souillés ou les lésions cutanées non traitées.

***C. ulcerans* & *C. pseudotuberculosis* :**

- Réservoir animal (chat/chien pour *C. ulcerans* & caprin pour *C. pseudotuberculosis*)
- Zoonose. Transmission interhumaine non prouvée
- Terrain fragilisé ++

Epidémiologie :

Maladie à prévention vaccinale qui avait pratiquement disparu en France.
Epidémie massive en Russie et Ukraine dans les années 1990.
Quelques alertes ponctuelles d’importations depuis 2000.
Recrudescence des cas sévères dans les DROM depuis le début de l’année 2022. Plusieurs cas en Europe et en France métropolitaine dans la population migrante et réfugiée. Essentiellement des formes cutanées.

Physiopathologie :

Après pénétration par voie respiratoire ou cutanée, la bactérie se multiplie provoquant des fausses membranes extensives.

Symptômes :

Incubation courte < 7 jours (de 2 à 5 jours).

Formes ORL :

Angine peu fébrile avec dysphagie et adénopathies sous maxillaires.
Amygdales inflammatoires recouvertes d’un enduit blanc nacré puis grisâtre (fausses membranes) adhérent et extensif s’étendant à la luette, aux cavités nasales (voix nasonnée, rhinite séreuse ou muco purulente voire hémorragique) et le larynx (croup : obstruction des VAI).

Formes cutanées :

Début le plus souvent par une lésion pustuleuse évoluant vers une ulcération douloureuse.
Parfois infestation d’une plaie préexistante.
Présence de fausses membranes.

Manifestations toxiques : observées uniquement avec les bactéries tox (+)

- Myocardique : début précoce (10^{ème} J) myocardite, troubles de conduction et/ou du rythme cardiaque, risque de mort subite
- Neurologique : paralysies périphériques ascendantes comparables à un syndrome de Guillain Barré, grevant tardivement le pronostic (vers le 50^{ème} jour) et pouvant nécessiter une assistance respiratoire
- Rénale : plus rare, protéinurie, hématurie et insuffisance rénale oligo-anurique.
- Autres : septicémie, endocardite ... plus volontiers chez les sujets ID.

Formes asymptomatiques qui n’entrent pas dans les critères de définition mais participent à la propagation à l’entourage.

Diagnostic :

Il est clinique.
Prélèvement par écouvillonnage pharyngé (systématique même en cas d’atteinte cutanée isolée) et cutané (si lésion dermatologique).
Culture puis identification par MALDI-TOF.
Recherche par PCR du gène tox. Si non réalisable, envoi de la souche au CNR (Institut Pasteur).

Traitement :

Urgence thérapeutique pour les infections tox (+).

Sérothérapie par une antitoxine diphtérique purifiée d’origine équine (ATU nominative).
Antibiothérapie : antibiogramme systématique

- Amoxicilline (50 mg/kg/j) chez l’adulte et (100 mg/kg/j) chez l’enfant en 3 prises pendant 14 jours en IV avec relais oral dès que possible.
- ou Macrolide pendant 14 jours (Azithromycine 3 à 5 jours) en cas d’allergie aux βlactamines.

Immunité :

La diphtérie n’est pas une infection immunisante.
Tout patient atteint de diphtérie doit recevoir un schéma de vaccination à 3 doses, initié au plus tard durant la période de convalescence. Si sérothérapie, attendre 3 mois avant d’initier une vaccination.

Précautions complémentaires :

- Forme pharyngée : précautions complémentaires « gouttelettes »
- Forme cutanée : précautions complémentaires « contact »

Maintien des précautions complémentaires si confirmation diagnostique jusqu’à 2 prélèvements négatifs à 24 heures d’intervalle au moins, au décours de l’antibiothérapie.