

SITUATION DES INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOQUE A EN FRANCE AU 1^{er} JANVIER 2023

POINTS CLÉS

- Stabilisation du nombre des cas pédiatriques d'IISGA sévères hospitalisés en service de soins critiques depuis la semaine 49-2022. Plus de la moitié des cas sont survenus suite à une infection virale. Parmi les 91 cas recensés, 9 sont décédés. Cinq autres décès par IISGA avant leur admission à l'hôpital ont été signalés.
- Diminution du nombre des consultations et passages aux urgences pour les infections non invasives à SGA, angine et scarlatine sur la deuxième quinzaine de décembre en lien avec les vacances scolaires mais une nouvelle augmentation est déjà observée début janvier (période non couverte par ce bilan) et fait l'objet d'un suivi.
- La situation épidémiologique actuelle des IISGA n'est pas liée à l'émergence d'une souche bactérienne nouvelle mais possiblement à l'augmentation de la fréquence du génotype *emm1* déjà connu.
- L'augmentation du nombre de cas chez les adultes, suggérée par les données du CNR, devra être confirmée par des analyses complémentaires (analyse des données Epibac et du PMSI).
- Observation d'une situation similaire dans d'autres pays d'Europe, notamment au Royaume-Uni où est observée également une augmentation du nombre de cas en 2022, une prédominance du génotype *emm1* et une forte proportion de co-infections avec un virus respiratoire.
- La recrudescence des IISGA pourrait résulter, au moins en partie, d'un rebond post mesures barrières chez des enfants dont le système immunitaire n'a pas été au contact avec les souches de SGA qui circulent habituellement. Ces infections sont aussi fréquemment des surinfections d'infections respiratoires virales.

Introduction

À la suite de l'alerte survenue au cours de la seconde quinzaine de novembre 2022 concernant un nombre de cas pédiatriques d'IISGA plus important qu'habituellement observé, des premières analyses ont été réalisées et publiées sur le site de Santé publique France à partir d'indicateurs issus du réseau EPIBAC, des réseaux SOS Médecins et Oscour®, et du Centre national de référence des Streptocoques (CNR), et d'une surveillance active mise en place par Santé publique France et le GFRUP (Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques) [1-2]. Cette surveillance, mise en place en semaine 49, a pour objectif de renforcer le dispositif déjà existant, de mieux évaluer la situation sur le plan épidémiologique et de caractériser les formes sévères admises en service de soins critiques. Au cours de la semaine 51-2022 des signaux sont également remontés de plusieurs régions concernant la survenue de cas d'IISGA également chez des adultes.

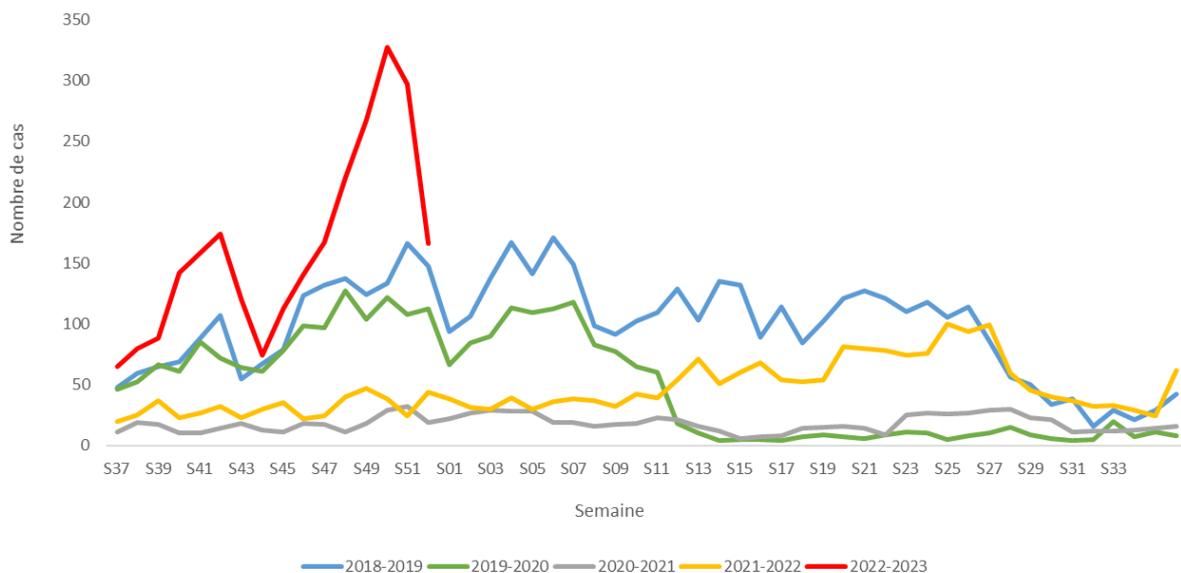
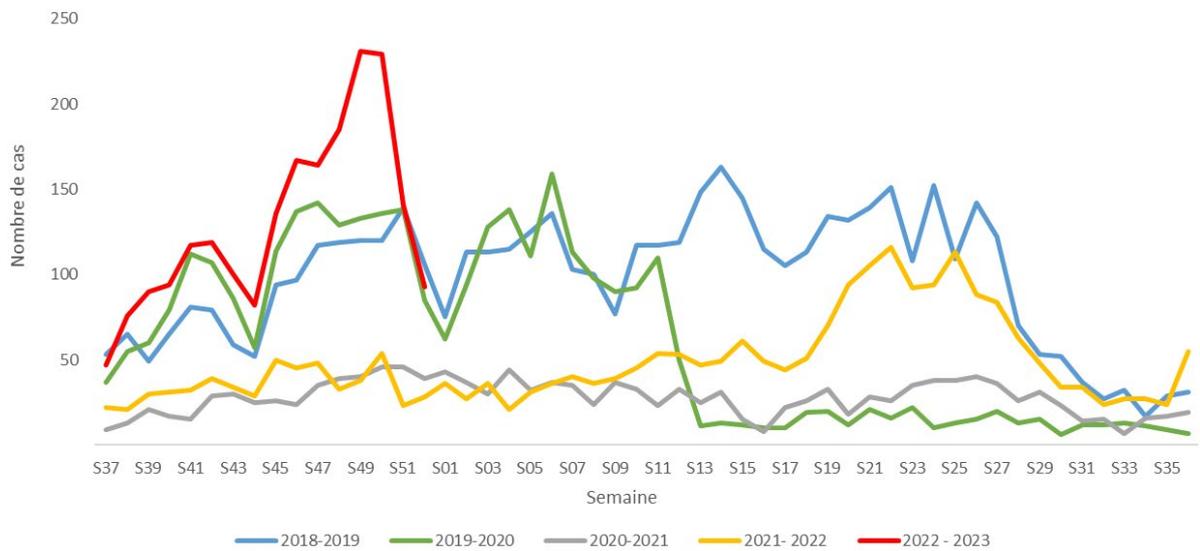
Nous présentons dans ce point épidémiologique sur la base des données arrêtées au 01/01/2023 (fin de semaine 52-2022) l'évolution des principaux indicateurs épidémiologiques disponibles chez les enfants et chez les adultes.

Scarlatines et angines aux urgences et consultations pédiatriques

Données de surveillance syndromique SurSaUD pour la scarlatine

Les données de consultations en ambulatoire issues du réseau SOS Médecins¹ (63 associations réparties sur le territoire métropolitain et en Martinique) mettent en évidence une augmentation des consultations pour scarlatine chez les enfants depuis le mois de septembre 2022 jusqu'à la semaine 49, avec une baisse, observée en semaines 51 et 52 (Figure 1A). Les données Oscour® montrent une augmentation des passages aux urgences jusqu'en semaine 50 suivie d'une diminution les deux semaines suivantes (Figure 1B). Cette tendance à la baisse du nombre de consultations et de passages aux urgences observée pendant les vacances scolaires est possiblement due à une diminution de la circulation des SGA et donc à une moindre transmission, mais également à un moindre recours aux soins pendant cette période. Une nouvelle augmentation des consultations SOS Médecins est d'ailleurs déjà observée début 2023 (données provisoires), comme pour les saisons précédentes et fait l'objet d'un suivi.

Figure 1A. Nombre de consultations SOS Médecins pour scarlatine chez les enfants de moins de 15 ans, par semaine, France, 2018 à 2023 (données au 01/01/2023)

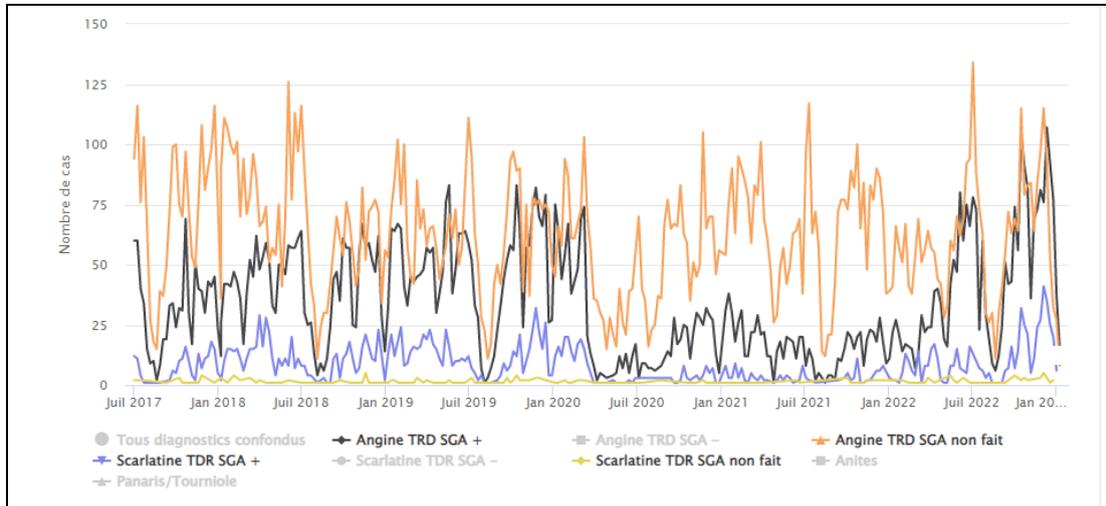


¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R>

Données de surveillance des infections à Streptocoque du Groupe A en pédiatrie ambulatoire

Les données recueillies par les pédiatres du réseau PARI² montrent qu'après une augmentation des angines et des scarlatines observée depuis l'automne, le nombre de scarlatines diminue depuis la semaine 49 et celui des angines depuis la semaine 50 (Figure 2). Cette tendance peut refléter l'impact des vacances scolaires et devra être confirmée dans les semaines à venir.

Figure 2. Infections à Streptocoque du Groupe A (angines et scarlatines) en pédiatrie ambulatoire, par semaine, France, 2017 à 2023 – Réseau PARI (source ACTIV/AFP) (données au 04/01/2023)



Données du CNR des streptocoques. Souches isolées d'infections invasives

Le CNR des streptocoques (<https://cnr-strep.fr/>) reçoit les souches invasives de SGA envoyées par des laboratoires volontaires. Son réseau est constitué de plus de 200 laboratoires correspondants répartis sur l'ensemble du territoire. En 2022, le CNR corrobore les données observées par Santé publique France (réseau EPIBAC) concernant l'augmentation des cas d'infections invasives notamment des cas pédiatriques (<18 ans).

Suite à l'alerte et aux messages de la DGS (DGS-Urgent, MINSANTE et MARS envoyés le 6/12/22) demandant l'envoi systématique des souches invasives de SGA au CNR des streptocoques, le CNR a reçu, au mois de décembre 2022, un nombre de souches beaucoup plus élevé et provenant d'un nombre plus important de laboratoires qu'habituellement (y compris des souches anciennes pouvant remonter jusqu'à juin). Les comparaisons entre le nombre de souches reçues sur la fin de l'année 2022 et celui des périodes antérieures doivent donc être faites avec précaution.

En 2022 (au 29 décembre), 1 032 souches d'IISGA ont été adressées au CNR contre un total de 902 en 2019 (au 29 décembre), soit une augmentation de 13% environ (Figure 3). La proportion de souches isolées chez des enfants (moins de 18 ans) était de 22% en 2022 (12% en 2019). Au cours de l'année 2022, chez l'adulte, l'augmentation a été progressive dès l'été alors que chez l'enfant l'augmentation, plus forte, a débuté au mois de novembre (Figure 4). Cette augmentation est observée sur l'ensemble du territoire français.

Figure 3. Nombre de souches invasives de SGA reçues par le CNR-Strep chez les enfants (Enf) et adultes (Ad), par année, France, 2017-2022 (données au 29/12/2022)

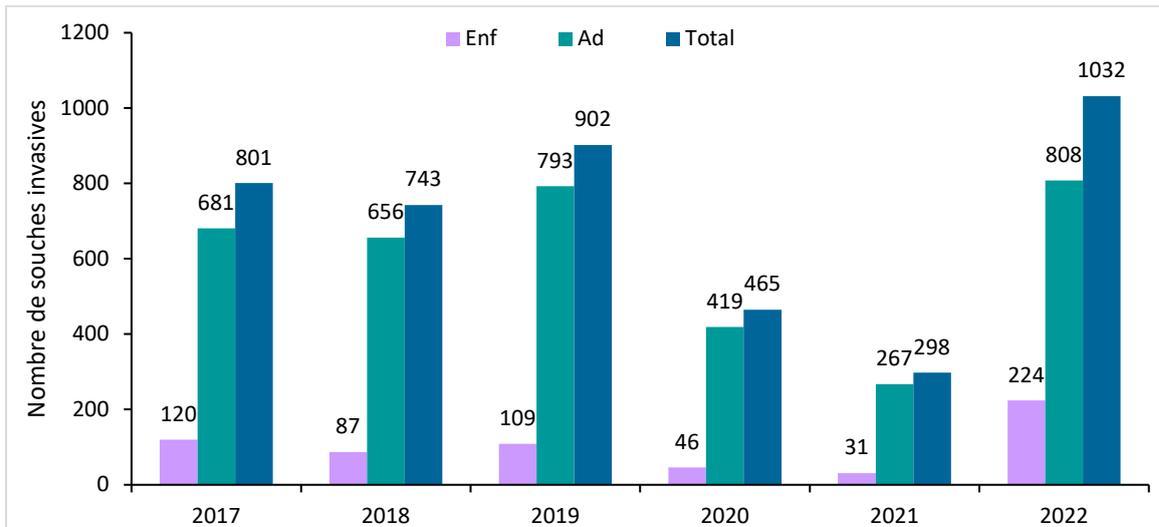
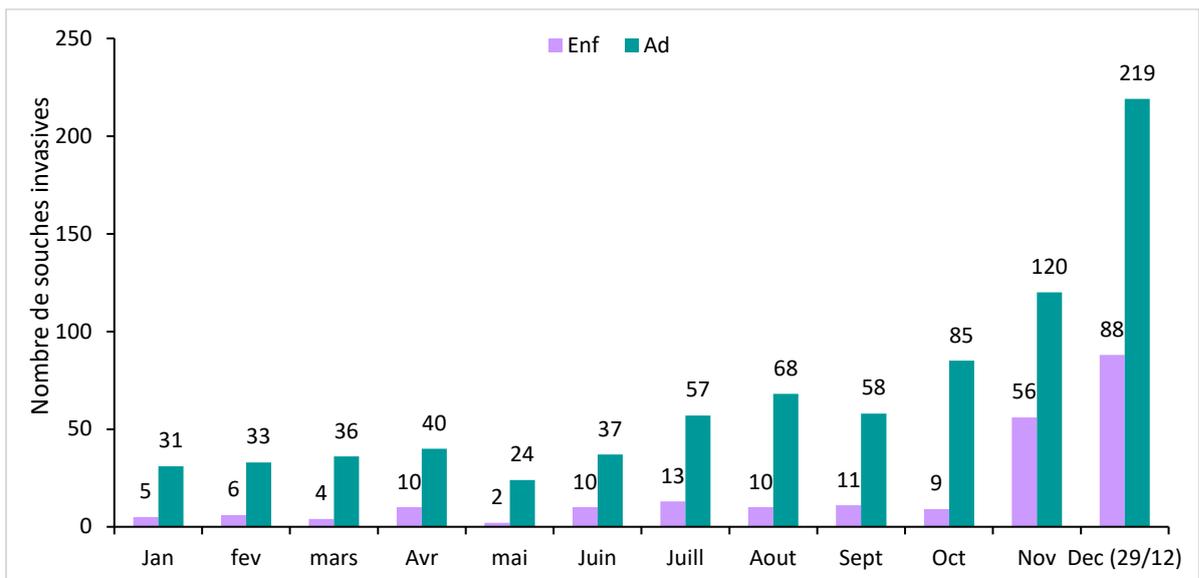


Figure 4. Nombre de souches invasives de SGA reçues par le CNR-Strep chez les enfants(Enf) et adultes (Ad), par mois, France, 2022 (données au 29/12/2022)



Note : la tendance à la hausse en 2022 est à interpréter avec précaution compte tenu des biais de recrutement mentionnés.

Chez l'adulte, la fréquence des manifestations cliniques sévères parmi l'ensemble des cas décrits cliniquement et rapportés au CNR est restée globalement stable au cours de l'année 2022 (entre 12% et 26% selon les mois si l'on excepte le mois de juin pour lequel une fréquence inhabituelle de 43% était observée) ; on observe cependant une augmentation de la fréquence des syndromes de choc toxique streptococcique (SCTS) et des dermohypodermites nécrosantes (DHN) au cours de l'été. Une nouvelle augmentation de la fréquence des cas associés à un SCTS est notée depuis novembre (16% en novembre, 22% en décembre contre 16,5% sur la période 2017-2021) ainsi qu'une augmentation notable des infections pulmonaires (pneumopathies ou pleuro-pneumopathies associées à une bactériémie, ou avec un prélèvement respiratoire profond ou pleural positif) en décembre (22%). Ces données sont à interpréter avec précaution en raison des réserves mentionnées ci-dessus concernant les biais de recrutement du CNR.

Chez l'enfant, la fréquence des infections pulmonaires est supérieure, en 2022 (>30% sur la période novembre-décembre), à celle rapportée les années précédentes (26% en 2020 ; comprise entre 9 et 16% entre 2017 et 2019).

Figure 5A. Fréquence des manifestations sévères associées aux infections invasives à SGA chez l'adulte rapportées au CNR-Strep, par mois, France, 2022

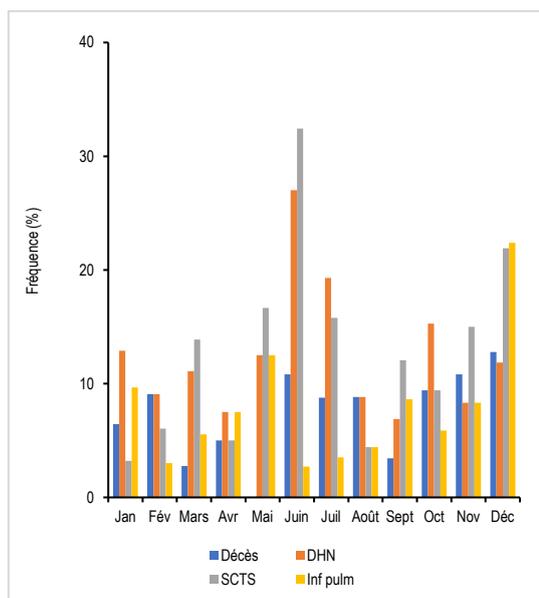
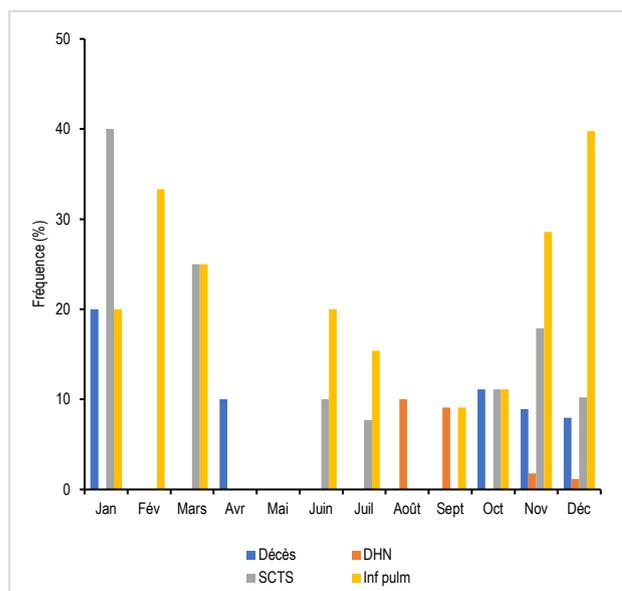


Figure 5B. Fréquence des manifestations sévères associées aux infections invasives à SGA chez l'enfant (<18 ans) rapportées au CNR- Strep, par mois, France, 2022



En 2022, chez l'adulte, la fréquence des génotypes *emm1* et *emm12* parmi les souches responsables d'infections invasives augmente à partir de mai – juin. Au cours des mois de novembre et décembre, on observe une augmentation en fréquence plus marquée du génotype *emm1* accompagnée d'une légère diminution du génotype *emm12* (la catégorie « autres » regroupe des génotypes très divers) (Figure 6A). Parmi les souches pédiatriques, on observe une forte augmentation de la fréquence du génotype *emm1* parmi les cas d'infections invasives en novembre et décembre par rapport aux mois précédents (Figure 6B). Il représente près de 60% des cas d'infections invasives pédiatriques expertisées pour la période novembre-décembre 2022 contre 21% entre janvier et octobre 2022.

Figure 6A. Fréquence des principaux génotypes *emm* des souches de SGA responsables d'infections invasives adulte, par mois, France, 2022

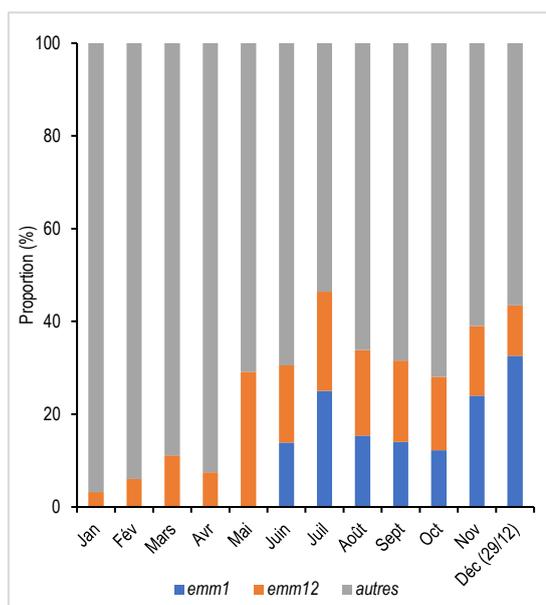
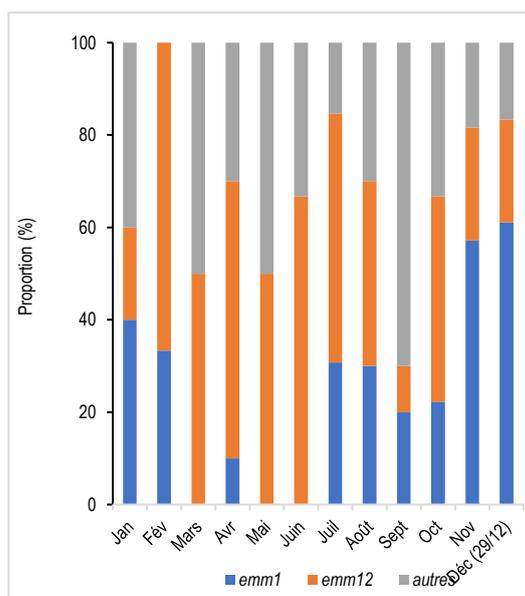


Figure 6B. Fréquence des principaux génotypes *emm* des souches de SGA responsables d'infections invasives pédiatriques, France, 2022



Seuls sept cas groupés (définis par la survenue d'au moins deux cas confirmés ou probables dans une même unité spatiotemporelle) ont été rapportés en 2022 (contre en moyenne 20 cas groupés/an avant 2020). Deux cas groupés impliquaient des souches de génotype *emm1*, deux autres cas impliquaient des souches de génotype *emm12*, deux cas impliquaient des souches de génotypes *emm89* et le dernier cas groupé impliquait des souches de génotype *emm77*. Les souches *emm1* et *emm12* ne semblent donc pas présenter un caractère « épidémiogène » particulier.

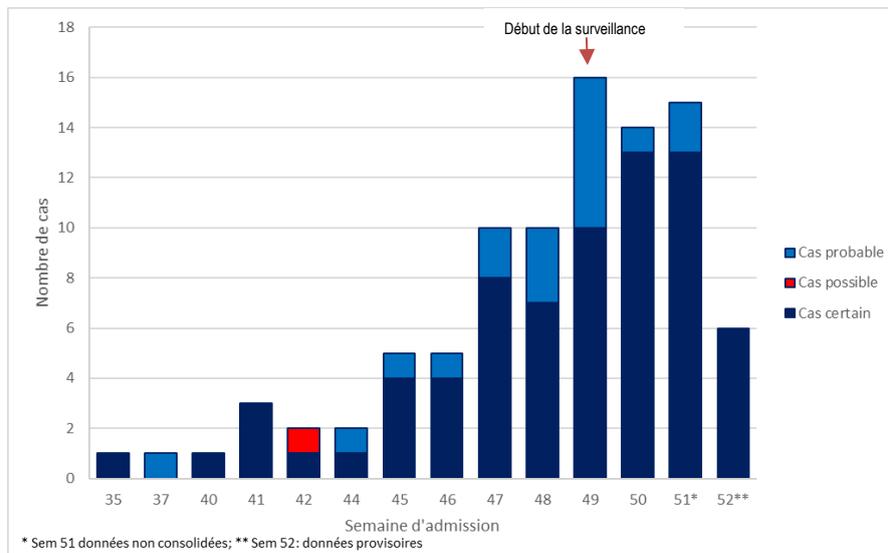
Enfants hospitalisés en soins critiques pour IISGA

Le recueil rétrospectif des cas d'IISGA pédiatriques survenus depuis septembre 2022 auprès des services de soins critiques et le suivi prospectif dans ces services ([protocole de la surveillance](#)) permet d'observer une augmentation progressive des cas jusqu'en semaine 49. Une tendance à la stabilisation est observée à partir de la semaine 50 mais les données des semaines 51 et 52 ne sont pas encore consolidées. Ce recueil est basé sur le volontariat et n'est probablement pas exhaustif.

Au total, 91 cas (72 certains, 18 probables, un possible ; voir définitions en annexe) ont été admis dans un service de soins critiques entre le 01/09/2022 et le 01/01/2023 (Figure 7) ; 9 patients sont décédés. Ces cas étaient majoritairement des garçons (sex ratio H/F=1,7 pour les 84 cas pour lesquels le sexe était indiqué) âgés le plus souvent entre 1 et 4 ans (52 %, âge médian 3 ans). Deux tiers des cas (68%) rapportés sont liés à des infections invasives de présentation respiratoire (pneumonie ou pleuropneumopathies) et 30% à un syndrome de choc toxique (SCTS) ; les deux étaient parfois associés.

Pour 56% des enfants, une infection virale dans les 15 jours précédant l'infection a été mentionnée. Lorsque le type d'infection était précisé il s'agissait le plus souvent du VRS (25% des cas avec des antécédents d'infection) ou de la grippe (21% des cas avec des antécédents d'infection). Pour 17% des cas, une infection à streptocoque A dans la famille ou dans une collectivité fréquentée par l'enfant était signalée. Par ailleurs, des remontées d'informations complémentaires à ce recueil ont permis d'identifier cinq enfants (âgés de 8 mois, 2 ans, 3 ans et deux de 6 ans) décédés brutalement d'une IISGA avant leur admission à l'hôpital.

Figure 7. Nombre d'enfants de moins de 18 ans hospitalisés en service de soins critiques pour IISGA, par semaine d'admission, France, 01/09/2022 au 01/01/2023 (Source: GFRUP, Santé publique France) (N=91)



Les données recueillies et illustrées dans le tableau ci-après montrent que ces cas ont été signalés dans la quasi-totalité des régions en France. Le taux de notification est plus élevé à Mayotte et en France métropolitaine dans les régions PACA, Auvergne – Rhône-Alpes et Occitanie ; cela peut être le reflet d'un nombre de cas plus élevé ou, au moins en partie, d'une meilleure exhaustivité des signalements.

Tableau. Nombre d'enfants de < 18 ans hospitalisés en service de soins critiques pour IISGA et taux de notification pour 100 000 habitants selon la région de résidence, France, du 01/09/2022 au 01/01/2023 (Source: GFRUP*, Santé publique France) (N=91)

REGION	NOMBRE DE CAS SIGNALES	TAUX DE NOTIFICATION** (/100 000 hab <18 ans)
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	18	1,03
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	1	0,18
BRETAGNE	4	0,58
CENTRE-VAL DE LOIRE	0	0,00
CORSE	0	0,00
GRAND EST	2	0,18
HAUTS-DE-FRANCE	5	0,37
ÎLE-DE-FRANCE	18	0,63
NOUVELLE-AQUITAINE	8	0,70
NORMANDIE	4	0,58
OCCITANIE	12	1,01
PACA	14	1,37
PAYS DE LA LOIRE	2	0,24
GUADELOUPE	0	0,00
GUYANE	0	0,00
LA REUNION	0	0,00
MARTINIQUE	0	0,00
MAYOTTE	3	1,98
FRANCE ENTIERE	91	0,63

*Le GFRUP n'est pas présent en Corse, en Guyane et en Guadeloupe

**Le taux de notification correspond au nombre de cas déclarés dans la région rapporté au nombre d'habitants de la région, âgés de moins de 18 ans (source : données INSEE au 01/01/2022)

Infections puerpérales

Les données remontées par les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière via le signalement externe des infections nosocomiales (e-SIN) ne montrent pas de recrudescence des infections puerpérales en 2022. Ainsi, 25 épisodes ont été signalés en 2022 : ce chiffre est supérieur au nombre d'épisodes signalés en 2020 et 2021 (respectivement 12 et 8) mais reste inférieur au nombre d'épisodes signalés les années précédentes (47 en 2017, 31 en 2018 et 37 en 2019).

Données de mortalité

Depuis 2007, les médecins ont la possibilité de certifier les décès sous forme électronique à travers une application sécurisée (<https://sic.certdc.inserm.fr>) déployée par le CépiDc (Inserm). Les causes de décès pour l'année 2022 sont partiellement disponibles à travers cette source de données. Le nombre de certificats de décès avec la mention d'une infection à streptocoque A en 2022, a été comparé à celui observé pour les années 2015, 2016 et 2017, années les plus récentes pour lesquelles le recueil des causes de décès est considéré comme exhaustif.

Les données de mortalité disponibles suggèrent un nombre plus important de décès suite à une infection invasive à SGA en 2022 par rapport aux années 2015-2017. Chez les enfants, 6 décès ont été notifiés (également via la surveillance des IISGA des enfants hospitalisés en soins critiques) en 2022 contre entre 1 et 2 par an en moyenne en 2015-2017. Chez les adultes, 29 décès ont été notifiés en 2022 contre entre 15 et 22 par an en moyenne en 2015-2017. La structure par âge ne semble pas modifiée (majorité de décès chez les personnes âgées de 65 ans et plus).

Situation internationale

Des augmentations similaires du nombre de cas d'IISGA sont observées dans plusieurs autres pays comme le Royaume-Uni, l'Irlande, les Pays-Bas ou la Suède.

Le 5 janvier 2023, l'agence de sécurité sanitaire du Royaume-Uni (UKHSA) observait une augmentation du nombre de cas de scarlatine depuis l'été 2022 avec un nombre de cas qui restait plus élevé que ce qui est habituellement observé à cette période de l'année. Elle notait également une progression de l'incidence des IISGA, en particulier chez les enfants de moins de 10 ans, et une augmentation des co-infections avec un virus respiratoire (25,8% des cas parmi les enfants de moins de 15 ans au mois de novembre 2022). Cette augmentation, tout âge confondu, a débuté au printemps 2022 et se poursuivait à la fin de l'année 2022. Les génotypes *emm1* et *emm12* étaient les plus fréquents (30% et 17%) au cours de cette saison 2022-2023 [3-4].

Le 22 décembre 2022, l'agence irlandaise de surveillance de la santé (HPSC) a signalé une augmentation des cas d'IISGA en Irlande depuis le début du mois d'octobre 2022. Au 22 décembre 2022, 73 cas d'IISGA ont été notifiés au HPSC, dont 19 chez des enfants de moins de 10 ans (contre 22 sur la même période en 2019). Un peu plus de la moitié des cas ont été signalés depuis le début du mois d'octobre [5].

Le 31 décembre 2022 aux Pays-Bas, l'agence de santé publique (RIVM) rapportait un nombre de cas d'IISGA notifiés deux fois supérieur en 2022 (n=319) par rapport aux années avant l'épidémie de COVID-19 (146 cas moyens annuels pendant la période 2016-2019). Cette augmentation était plus marquée chez les enfants de moins de 5 ans avec 42 cas notifiés en 2022 contre 6 cas en moyenne par an en 2016-2019 [6].

Enfin, l'agence de santé publique suédoise rapportait une augmentation des IISGA chez les enfants de moins de 10 ans depuis le début du mois d'octobre 2022 (16 cas au 7 décembre 2022) avec un nombre de cas plus élevé qu'à la même période les années précédentes (7 cas entre octobre et décembre 2018 et 10 en 2019) [7].

Conclusion

Les données issues des services de soins critiques pédiatriques confirment l'augmentation depuis début novembre 2022 du nombre d'enfants hospitalisés pour une IISGA jusqu'en semaine 49-2022. Sur les dernières semaines (50 et 51) le nombre de cas admis en réanimation reste stable. À ce jour le bilan est de 91 cas dont 9 décès ; par ailleurs, 6 autres décès pédiatriques extrahospitaliers ont été signalés. La majorité des cas rapportés est liée à des infections respiratoires associées ou non à un syndrome de choc toxique. Pour plus de la moitié des enfants, il était mentionné une infection virale dans les 15 jours précédant l'infection à SGA. Des cas ont été signalés dans 11 des 13 régions de France métropolitaine.

Les données de médecine ambulatoire indiquent une diminution du nombre de consultations et des passages aux urgences pour les infections non invasives à SGA (angines et scarlatines) au cours de la deuxième quinzaine de décembre (vacances scolaires). Une augmentation est observée début janvier (période non couverte par ce bilan) et fait l'objet d'un suivi.

Chez les adultes, les données du CNR suggèrent une augmentation progressive des IISGA depuis l'été bien que l'ampleur de cette augmentation soit difficile à interpréter en raison d'un biais de recrutement sur la fin de l'année 2022. Les données de mortalité du CépIDC indiquent également une augmentation du nombre des décès en 2022 par rapport aux années 2015-2017. Cette tendance à l'augmentation du nombre de cas devra cependant être confirmée par des données complémentaires issues du réseau Epibac ou du PMSI ; celles-ci seront analysées au cours du premier trimestre 2023.

Une augmentation similaire du nombre de cas d'IISGA est observée dans plusieurs autres pays notamment au Royaume-Uni où l'augmentation du nombre de cas, liée le plus souvent aux génotypes *emm1* et *emm12*, a débuté au printemps, soit quelques semaines avant la France, et se poursuit actuellement.

L'augmentation des infections invasives sévères à SGA, observée, depuis plusieurs semaines, pourrait être liée à la fréquence plus élevée des souches de génotypes *emm1*, mais n'est pas liée à l'expansion d'un clone unique. Cette augmentation pourrait aussi résulter, au moins en partie, d'un rebond post mesures barrières, notamment chez des enfants dont le système immunitaire n'a pas été au contact avec les souches de SGA qui circulent habituellement. Ces infections invasives sévères à SGA sont par ailleurs fréquemment des surinfections d'infections respiratoires virales comme la grippe, la bronchiolite et la covid-19 dont les virus circulent activement actuellement [9-11].

Pour rappel il est recommandé l'éviction scolaire ou d'une collectivité (jusqu'à 2 jours après le début de l'antibiothérapie) d'un enfant souffrant d'une scarlatine ou d'une angine à SGA [8]. Une suspicion d'infection à SGA non invasive (ex angine, scarlatine) doit conduire à consulter pour une confirmation de l'étiologie sans délai pour la mise en place du traitement adapté. Un tableau respiratoire viral fébrile qui ne s'améliore pas, surtout s'il est associé à un choc, doit faire évoquer une IISGA.

Références

- 1 - Situation des infections invasives à streptocoque A en France au 08 décembre 2022. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2022 : 7 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.santepubliquefrance.fr>
- 2 - Citation suggérée : Situation des infections invasives à streptocoque A (IISGA) chez l'enfant en France au 20 décembre 2022. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2022 : 6 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.santepubliquefrance.fr>
- 3 - Guy Rebecca, Henderson Katherine L, Coelho Juliana, Hughes Helen, Mason Emily L, Gerver Sarah M, Demirjian Alicia, Watson Conall, Sharp Ashley, Brown Colin S, Lamagni Theresa. Increase in invasive group A streptococcal infection notifications, England, 2022. Euro Surveill. 2023;28(1):pii=2200942. Disponible à partir de l'URL : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.1.2200942>
- 4 - Group A streptococcal infections: first update on seasonal activity in England, 2022 to 2023, UK health security agency, updated 5 January 2023. Disponible à partir de l'URL : <https://www.gov.uk/government/publications/group-a-streptococcal-infections-activity-during-the-2022-to-2023-season/group-a-streptococcal-infections-first-update-on-seasonal-activity-in-england-2022-to-2023>
- 5 – Update on Group A streptococcus, Health Protection Surveillance Centre, December 22 2022. Disponible à partir de l'URL : <https://www.hpsc.ie/news/title-22663-en.html>
- 6 - de Gier Brechje, Marchal Niek, de Beer-Schuurman Ilse, te Wierik Margreet, Hooiveld Mariëtte, ISIS-AR Study Group, GAS Study group, de Melker Hester E., van Sorge Nina M. Increase in invasive group A streptococcal (Streptococcus pyogenes) infections (iGAS) in young children in the Netherlands, 2022. Euro Surveill. 2023;28(1):pii=2200941. Disponible à partir de l'URL : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.1.2200941>
- 7 - World Health Organization (15 December 2022). Disease Outbreak News; Increased incidence of scarlet fever and invasive Group A Streptococcus infection - multi-country. Disponible à partir de l'URL : <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON429>
- 8 – Haut Conseil de la Santé Publique, Survenue de maladies infectieuses dans une collectivité. Conduites à tenir. Disponible à partir de l'URL : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>
- 9 - Herrera AL, Huber VC, Chaussee MS, The Association between Invasive Group A Streptococcal Diseases and Viral Respiratory Tract Infections, Frontiers in microbiology, 2016. Disponible à partir de l'URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800185/>
- 10- Bacterial Coinfections in Lung Tissue Specimens from Fatal Cases of 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) --- United States, May--August 2009, MMWR weekly, October 2009. Disponible à partir de l'URL : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5838a4.htm>
- 11 –Lee SE, Eick A, Bloom MS, Brundage JF, Influenza immunization and subsequent diagnoses of group A streptococcus-illnesses among U.S. Army trainees, 2002-2006. Vaccine, 26 (2008), pp. 3383-3386

Rédaction

Laure Fonteneau, Jean-Paul Guthmann, Isabelle Parent du Châtelet,
Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Contributeurs

Vincent Auvigne, Anne-Sophie Barret, Antoine Deslandes, Samy Meriem, Amandine Meyer,
Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Anne Fouillet
Direction Appui, traitements et analyses des données, Santé publique France

Guillaume Spaccaferri, Patrick Rolland et les référents des équipes régionales
Direction des régions, Santé publique France

Céline Plainvert, Asmaa Tazi, Claire Poyart
Centre national de référence des Streptocoques

Etienne Javouhey
GFRUP (Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatrique)

Validation

Bruno Coignard et Didier Che
Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Remerciements

Nous remercions vivement pour leur contribution à la surveillance les laboratoires participants au réseau Epibac ainsi que les laboratoires correspondants du CNR-Strep, l'association ACTIV et l'AFPA ainsi que l'ensemble des professionnels de santé participant aux réseaux PARI, SOS Médecins et Oscour et GFRUP

ANNEXE : CLASSIFICATION DES CAS D'IISGA

a) Cas certain

Isolement bactériologique de *S. pyogenes*, PCR positive ou Strepto-test positif à partir d'un liquide (par exemple : sang, liquide pleural, liquide articulaire, LCS) ou d'un site normalement stérile (par exemple : produit d'aspiration broncho-alvéolaire, biopsie cutanée, paracentèse), à l'exception d'une phlyctène d'érysipèle simple, sans nécrose. Cette situation s'associe parfois à un état de choc avec défaillance multiviscérale et constitue le syndrome de choc toxique streptococcique (SCTS)

b) Cas probable

1. Isolement bactériologique de *S. pyogenes*, PCR positive ou Strepto-test positif à partir d'un site habituellement non stérile (par exemple : peau, voies respiratoires hautes (prélèvement de gorge ou aspiration trachéo-bronchique), vagin) associé à une nécrose extensive des tissus mous

2. Isolement bactériologique de *S. pyogenes*, PCR positive ou Strepto-test positif, à partir d'un site ou d'un échantillon biologique habituellement non stérile (par exemple : peau, voies respiratoires hautes (prélèvement de gorge ou aspiration trachéo-bronchique), vagin) associé à un syndrome de choc évocateur de SCTS et sans autre cause retrouvée.

3. Cas survenant dans l'entourage d'un cas certain ou probable d'infection invasive à *S. pyogenes* présentant des signes évocateurs d'une infection invasive ou d'un syndrome de choc streptococcique sans autre cause retrouvée même en l'absence d'isolement d'une bactérie, d'une PCR positive ou d'un Strepto-test positif

c) Cas possible

Signes cliniques en faveur d'une infection invasive à SGA sévère (choc évocateur de SCTS, dermo-hypodermite nécrosante (DHN) sans confirmation biologique (isolement bactériologique, PCR, Strepto-test) et sans autre cause retrouvée.