

# SYNDROME DU CHOC TOXIQUE EN ABSENCE D'UNE SOURCE D'INFECTION MANIFESTE

## • Aspects cliniques et commentaires

- Pathologie aigüe, multisystémique: expression la plus fulminante des pathologies causées par des toxines bactériennes [dommages tissulaires, dysfonctionnement et défaillance d'organes (plusieurs organes peuvent être affectés)].
- Traitement.
  - Antibiothérapie (voir en-dessous).
    - Chez les patients sans facteurs de risque d'infections à MRSA, l'amoxicilline-clavulanate est préférable à la flucloxacilline et l'oxacilline en raison de son activité contre les bacilles à Gram-négatif (peuvent être impliqués en cas de choc septique).
    - La clindamycine est adjointe aux régimes en raison de sa capacité d'inhiber la production de toxines.
  - Traitement duc choc septique, contrôle de source chirurgical.
  - Administration précoce d'immunoglobulines polyclonales (1 g/kg iv au jour 1 et 0.5 g/kg aux jours 2 et 3) peut être considérée si pas de réponse clinique satisfaisante malgré un traitement agressif (comprenant le contrôle de source chirurgical). En Belgique, Sandoglobuline™ est remboursé par l'INAMI, mais seulement en cas du syndrome toxique streptococcique (preuve d'infection streptococcique nécessaire). L'utilité des immunoglobulines polyclonales chez l'enfant avec le syndrome de choc septique streptococcique est discutable.

## • Pathogènes impliqués

- Streptocoques du groupe A (*Streptococcus pyogenes*).
- *Staphylococcus aureus*.

## • Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
  - Patients sans facteurs de risque pour infections à MRSA: amoxicilline-clavulanate + clindamycine.
  - Patients avec facteurs de risque pour infections à MRSA: vancomycine + amoxicilline-clavulanate + clindamycine.
- Posologies standard.
  - Amoxicilline-clavulanate: (2 g amoxicilline + 200 mg clavulanate) iv q8h ou (1 g amoxicilline + 200 mg clavulanate) iv q6h.
  - Clindamycine: 600 mg iv q6h ou 900 mg iv q8h.
  - 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 µg/ml soit par des perfusions intermittentes q12h titrées pour atteindre des concentrations sériques de vallée de 15 à 20 µg/ml.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté): 7 à 10 jours.