



Item156-Tétanos.

Objectifs CNCI		
- Connaître les mesures de prévention du tétanos.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: Pilly 2012 - Prévention du tétanos	- Toxi-infection / Clostridium tetanii - Spores dans milieux / toxine du SNC - Trismus apyrétique / spasmes / rictus – Test rapide de détermination du SAT - Rappel: < 5ans / 5-10ans / > 10ans → CAT: rien / rappel (anatoxine) / Ig	- Plaie cutanée = SAT +/- VAT - AUCUN examen paraclinique - Rechercher une porte d'entrée - Déclaration obligatoire ARS

Généralités

Définition

- Tétanos = toxi-infection neurotrope non contagieuse à clostridium tetanii

Epidémiologie

- En France: rare (~ 20 cas/an) / personnes âgées ++ / non ou mal vaccinée
- Dans le monde: fréquent: 1M de cas et 500 000 morts par an / néonatal +++
- Mortalité ~ 30% en France mais près de 80% pour le tétanos néonatal

Physiopathologie

- **Germe:** bactérie: clostridium tetanii (bacille gram positif anaérobie strict ubiquitaire)
- **Réservoir:** sous forme de spore / peut survivre des années dans le milieu extérieur (!)
- **Pénétration:** par **plaie cutanée** / germe non invasif: prolifération locale: Σ de toxine
- **Diffusion:** de la **toxine tétanique** par voie axonale rétrograde: blocage des R-GABA
- → hyperactivité des neurones moteurs = spasmes musculaires violents

Diagnostic

Examen clinique (+++)

- **Terrain / anamnèse**
 - Vaccination non ou mal faite / rechercher porte d'entrée (**A savoir !**)
 - !! savoir évoquer un tétanos devant tout trismus apyrétique
- **Tétanos aigu généralisé (80%)**
 - **phase d'incubation:** asymptomatique / 3 à 30J (8J en moyenne)
 - **phase d'invasion:** **trismus** permanent apyrétique / « rictus sardonius »
 - **phase d'état:** contracture musculaire généralisée / spasmes paroxystiques
- **Autres formes cliniques**
 - **tétanos localisé:** atteinte limitée au site d'inoculation / !! risque évolutif
 - **tétanos céphalique:** atteinte des nerfs crâniens: PFP (VII) / diplopie (III)
 - **tétanos néonatal:** par cordon ombilical / incapacité à têter puis généralisé

Examens complémentaires

- !! **AUCUN:** le diagnostic est purement clinique (**A savoir !**)
- Aucun intérêt d'un ENMG au d'un prélèvement local

Diagnostics différentiels

- **Autres étiologies d'un trismus**
 - **infectieuses:** infection dentaire ++ / angine avec phlegmon
 - **tumorales:** tumeur maligne de la parotide
 - **traumatiques:** fracture mandibulaire
 - **médicamenteuses:** neuroleptiques

- neurologiques: AVC / Horton
- psychiatriques

Evolution

Histoire naturelle

- Aggravation (J) puis stabilisation (3S) puis récupération (M)
- → séquelles fréquentes / récupération sur plusieurs mois

Complications

- **respiratoires**: spasmes laryngés / détresse respiratoire / apnées
- **cardio-vasculaires**: dysautonomie / complications thrombo-emboliques
- **infectieuses**: pneumopathie d'inhalation / infections nosocomiales
- **autres**: rétention aiguë d'urine / iléus paralytique / rhabdomyolyse, etc.

Pronostic

- Mortalité variable: 30% si REA / 90% si néonatal / 100% si céphalique...
- Causes de décès: complications de décubitus (MTEV) / hypoxie / dysautonomie

Traitement

Traitement préventif +++

- **Vaccination anti-tétanique** (cf Vaccinations.)
 - **Indication**
 - **Obligatoire** chez l'enfant et professionnels de santé
 - Recommandé pour tous chez l'adulte
 - **Modalités**
 - Injection d'anatoxine tétanique 0.5mL (toxine immunogène)
 - Primo-vaccination: M2 / M4 / M11
 - Rappels: à 6ans / 11-13 ans / 25 ans / 45 ans / 65 ans puis 1x/10ans
- **Prophylaxie en cas de plaie**
 - **Statut vaccinal**
 - Vérification du statut vaccinal antitétanique devant toute plaie (**A savoir !**)
 - En particulier NPO: plaie du globe oculaire, toxico, érysipèle, etc.
 - **Remarque**: **test rapide** pour déterminer le statut vaccinal désormais et évite les Ig IV+++
 - **Soins locaux**: lavage / exploration / parage / antiseptique / suture ou cicatrisation
 - **Rappel ou vaccin**: injection d'**anatoxine tétanique** / même protocole que supra
 - **Immunoglobuline**: Ig monoclonale anti-toxine tétanique / dose: 250 UI
- **CAT en fonction du statut anti-tétanique +++**

	Vaccination à jour	Vaccination non à jour
Plaie mineure	Rien	Vaccin anti-tétanique
Plaie majeure	Rien	Vaccin anti-tétanique + Ig antitétanique 250 UI dans l'autre bras

Traitement curatif (HP)

- Hospitalisation en REA / IOT si besoin / SNG / HBPM préventives +++
- Ig anti-toxine tétanique (500UI en IM) + débuter vaccination (1ère inj.)
- Recherche et Tt de la porte d'entrée / ABT: métronidazole (Flagyl®) IV
- !! NPO **déclaration** obligatoire à l'ARS (MDO)

Synthèse pour questions fermées

Le seul élément anamnestique déterminant en faveur du tétanos ?

- L'absence ou l'insuffisance de VAT (l'absence de porte d'entrée n'élimine pas le diagnostic)

Quels sont les 4 signes absents au cours d'une plaie mineure ? (font la différence avec une plaie majeure)

- Absence d'infection
- Absence de dévitalisation
- Absence de contamination visible
- Absence d'ischémie

Quel traitement antitétanique en cas de plaie majeure chez un sujet non vacciné ?

- Ig anti-tétanique (500UI)
- Anatoxine tétanique (pas le même bras)
- En urgence