

Infections cutanées bactériennes courantes

18 et 19 janvier 2019



Cas Clinique 1

Vous recevez en consultation Mr Strepto, 40 ans, 65 Kg qui se plaint depuis 2 jours d'une douleur au niveau de la cheville gauche, de sensation de fièvre et de frissons.

T°=38.6°C. Il présente un érythème avec œdème unilatéral de la jambe gauche et une ADP douloureuse au niveau inguinal gauche.

Pas de signe de gravité.

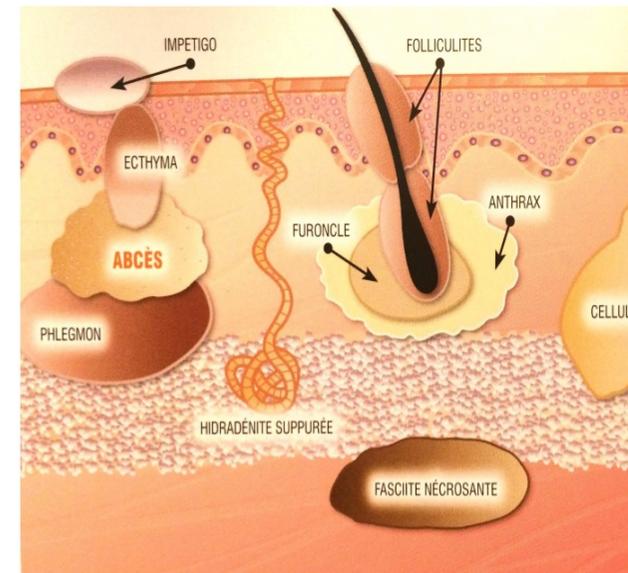
Vous retrouverez un intertrigo mycosique inter-orteil.

- **Quel est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)**



Réponse 1

- Dermohypodermite aiguë bactérienne non nécrosante (Erysipèle)
- Streptocoque B hémolytique du groupe A
- **AMOXICILLINE** 1g 3 fois par jour PO, *anti Streptocoque A*
 - Adulte 50mg/kg/j
 - enfant amox/ac clav 80mg/kg/j
- Pendant **7 jours** (ancien 10)
- AINS contre indiqué, ni corticoïde
- Pas d'examen complémentaire
- Traitement de l'intertrigo: antifongique local
- **Ne pas oublier :**
 - VAT
 - Surélevé la jambe
 - Contention veineuse dès amélioration de la douleur
 - Prise en charge des facteurs de risque



Suite Cas Clinique 1

Mr Strepto revient le lendemain. Il a développé un rash cutané après la prise d'AMOXICILLINE.

- **Quel est votre attitude pratique ?**



Suite Réponse 1

- Arrêt AMOXICILLINE
- **PYOSTACINE** 1g 3 fois par jour PO, 7 jours
- Ou **clindamycine (dalacine 600mg)** 1,8g/jour en 3 prises 7 jours
(si > 100kg : 2,4g/jour)

- Test allergologique devant allergie à l'AMOXICILLINE, 2 mois après.



- **Facteurs de risque de DHBNN**

- Atcd personnel de DHBNN
- Obésité IMC >30
- Porte d'entrée cutanée
- Œdème chronique, lymphoedème

- **Signes de gravité** (risque de fasciite nécrosante)

- Généraux de sepsis ou de choc toxinique
- Extension rapide (qq heures)
- Douleur très intense et impotence fonctionnelle
- Locaux: lividités, taches cyaniques, crépitations sous cutanée
anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, nécrose locale
- Aggravation des signes 24h à 48 sous antibiothérapie

Hospit en urgence si risque de non observance, âgé <1 an ou >75 ans
polypathologique, obésité morbide IMC > 40



Fasciite nécrosante (FN) et dermohypodermites bactériennes

Facteur de risque

Diabète
Obésité IMC >30
>60 ans
Insuffisance veineuse
Immunodépression
Malnutrition
MI
Dépendance à la drogue
Alcoolisme
Infection à VIH



Appel du 15, URGENCE médico-chirurgicale
Ne pas retarder la prise en charge



- **Prévention des récurrences des DHNN**

- Prise en charge de facteurs de risques
- Antibioprophylaxie de durée variable selon les facteurs de risque
 - Si facteur de risque non contrôlables et
 - >2 épisodes dans l'année écoulée chez l'adulte

Benzathine-benzyl-penicilline G (retard) (extencilline rupture/retarpen) 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines

Ou

Penicilline V (phénoxy-méthylepénicilline) oracilline :

1 à 2 millions UI/jour selon le poids en 2 prises

Ou

si allergie Azithromycine 250mg/jour



Plaies Chroniques



Donc :

- pas de prélèvements bactériologiques.
- pas d'antiseptiques.
- pas d'antibiotiques.



Placard inflammatoire fébrile péri lésionnel



Infection bactérienne des plaies chroniques

- Dermohypodermite aiguë en contiguïté d'une plaie chronique
- Abscesses ou suppuration franche au sein de la plaie
- **Suspicion de plaie chronique infectée si association :**
 - Douleur inhabituelle de la plaie ou en périphérie
 - Arrêt de cicatrisation, tissu de granulation friable
 - Aggravation de la plaie (exsudat, caractère purulent/nécrotique, augmentation de taille rapide)
 - Signes généraux d'infection
- Risque infection osseuse (grande taille, profonde, évolution défavorable, en regard d'une proéminence osseuse)
- Pas de prélèvement sauf si pus (avant antibiothérapie)



Abcès

- Nodule inflammatoire, douloureux, de consistance liquidienne (pus) siégeant constamment au sein d'un placard inflammatoire (dermohypodermite) +/- fièvre
- **CAT**
 - Prélèvement du pus de l'abcès
 - Chirurgie : incision/drainage chirurgical
 - Médical ATB PO pdt 5 jours : clinda/pristina/oxacilline ou cloxacilline IV/cefazoline IV
 - Mesures hygiènes à renforcer
 - VAT



Cas Clinique 2

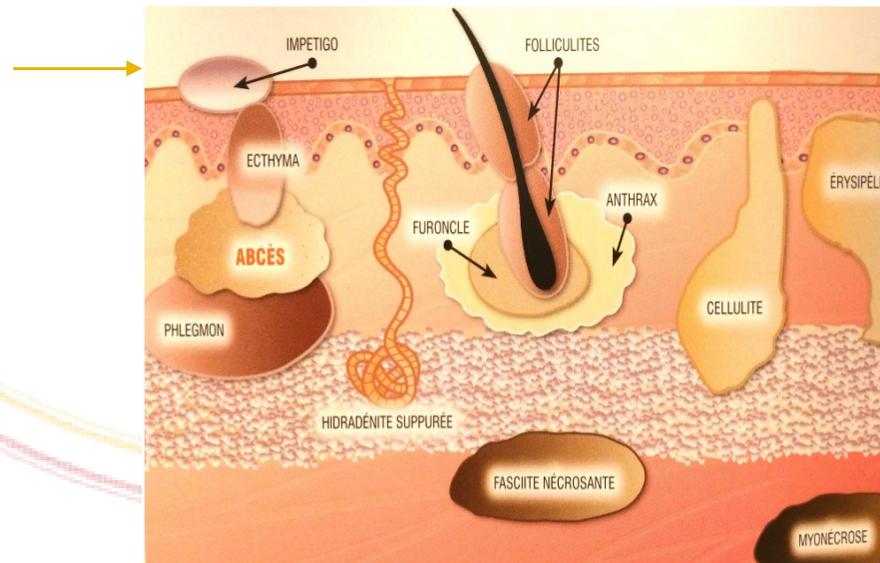
2 jours plus tard, Mr Strepto va mieux, il vous amène sa fille Staphanie, 6 ans qui présente des vésico bulles sur une peau inflammatoire au niveau de l'orifice narinaire.

Quelle est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)



Réponse 2

- Il s'agit d'un impétigo, pic d'incidence entre 0 et 10 ans (SA et parfois SGA)
- Mesures d'hygiène, pas d'antiseptiques locaux, nettoyage à l'eau et au savon avec un rinçage soigneux (1 à 2 fois / jour)
- Si formes peu étendues: (<2% de la surface corporelle et <5 sites lésionnelles):
 - ATB locale: acide fucidique ou mupirocine 2 à 3 X par jour pendant 5 jours
- Eviction scolaire si lésions non protégeables par pansement : 3 jours d'éviction après le début du traitement





- **Formes graves d'impétigo**

Ecthyma (forme nécrotique creusante), >6 lésions, extension rapide des lésions, surface cutanée >2%

- **CAT**

- Prélèvement bactériologique des lésions actives (pus/bulle)
- **ATB orale 7 jours** à réévaluer après antibiogramme
- Applications vaseline après les soins de toilettes x2 / jour
- Pas d'antibiothérapie locale

Adulte	Enfant
pristinamycine PO 1g x3 /jour Céfalexine PO 2 à 4 g /jour	amox/ac clavulanique 80mg/kg/j Céfadroxil 100mg/kg/jour Josamycine 50mg/kg/j



Cas Clinique 3

Tiphaine revient de vacances chez ses grands parents en Alsace.

Elle consulte car elle présente une macule érythémateuse annulaire de 5 cm de diamètre avec un éclaircissement central survenue 1 semaine après une ballade en forêt.

Quelle est votre attitude pratique ?



Réponse 3

- Le diagnostic est clinique, date de la morsure à préciser
- ATB PO: AMOXICILLINE 1gx3 / jour ou doxy CI E<8ans et 2-3 trim G
- 14j (21 jours si EM multiple)
- Mesures préventives: port de vêtements couvrant bras et jambes, application de répulsifs cutanés sur la peau découverte, inspection de l'ensemble du corps après balade, et le lendemain de la ballade
- Produits répulsifs utilisables : DEET 15-30%, IR3535, picaridine, citriodiol
- Si tique présente: la retirer avec un tire tique puis désinfection locale.
- Ne pas utiliser d'éther, anesthésique, substances chimiques... avant le retrait.



Image 2. Nympe gorgée (à gauche.) et non gorgée (à droite)
Tailles moyennes aux différents stades :
3 mm (femelles non gorgées) jusqu'à 1 cm (femelles gorgées)
Ces photos sont la propriété du CNR *Borrelia*®



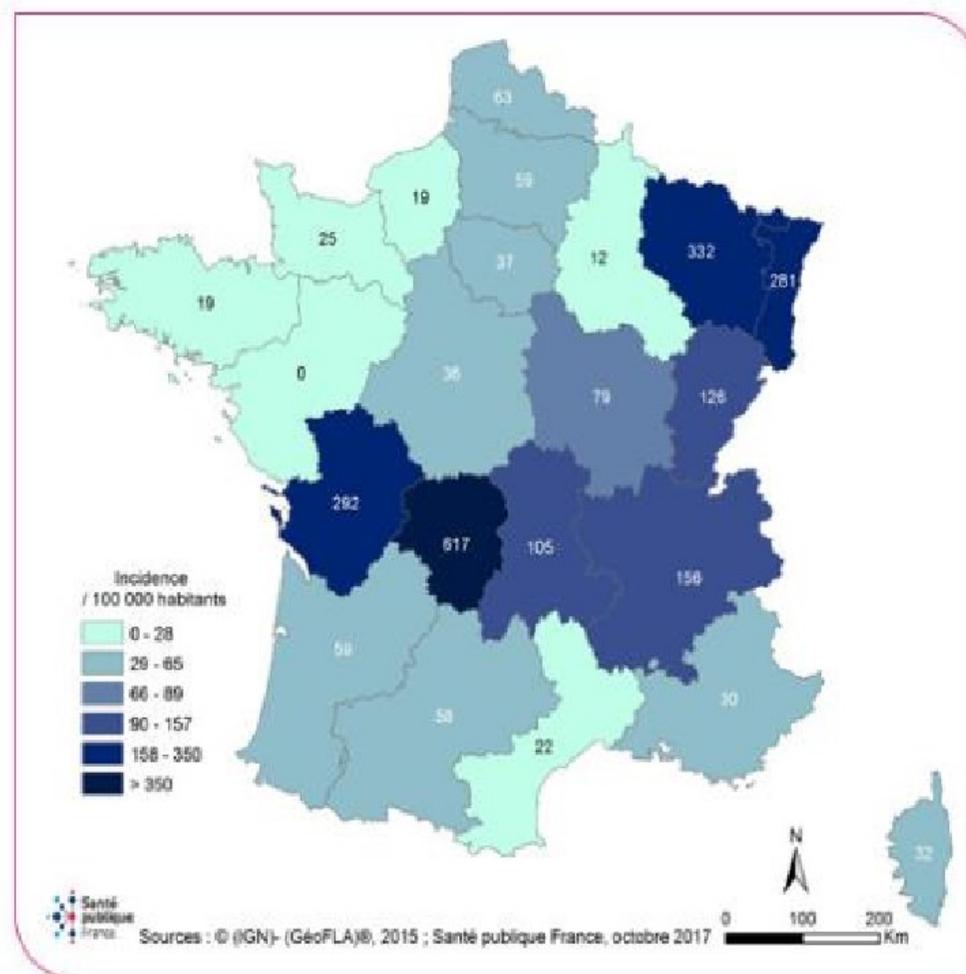


Figure 5. Estimation de l'incidence annuelle moyenne de la borréliose de Lyme par région, France 2016 (réseau Sentinelles) d'après l'Institut de veille sanitaire, 2018 (25)



Cas Clinique 4

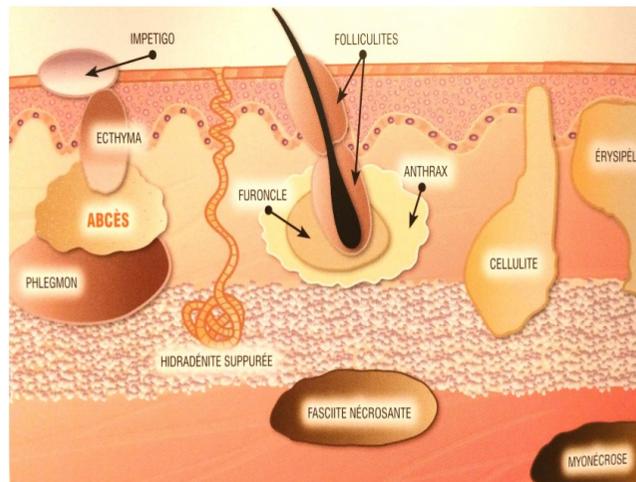
Vous voyez maintenant Mr Foll qui présente des lésions papuleuses érythémateuses centrées sur des poils de barbe.

Quelle est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)



Réponse 4

- Il s'agit de folliculites
- Mesures d'hygiène:
 - antiseptiques locaux (mousse à raser antiseptique) mais pas de consensus
 - rasoirs jetables, espacer les rasages



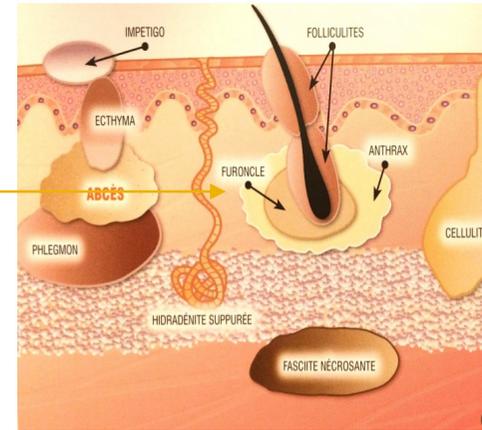
Suite Cas Clinique 4

Mr Foll revient 1 semaine plus tard. Les lésions ont évolué vers des nodules inflammatoires douloureux. Il a déjà fait 4 épisodes identiques l'année dernière.

Quelle est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)



Suite Réponse 4



- Il s'agit d'une **furonculose**: répétition de furoncles pdt des mois/années
- **Prélèvement bactériologique d'un furoncle avant traitement**
- Ecouvillonnage nasal et pharyngé (gites de portage avec périnée, aisselle et anus): pour ATB gramme à la recherche de staphylocoque avec sécrétion de toxine de PVL (Panton et Valentine) après échec d'une première décolonisation
- Mesures d'hygiène, antiseptiques locaux chlorhexidine (savon et shampoing x 1/jour pdt 7 j) (mousse à raser antiseptique), rasoirs jetables, espacer les rasages, effets de toilette personnels, protections par pansement des lésions si possible
- ATB anti staphylococcique lors des poussées:
 - PRISTINAMYCINE PO 3g/j pdt 7 jours,
 - CLINDAMYCINE PO 1,8g/j (amox/ac clav non recommandé)
- **Protocole de décolonisation après guérison**





Qui prélever? Où traiter?

		Cas infecté		Foyer familial (sujets vivant sous le même toit que le cas)	
		Dépistage	Décolonisation ³	Dépistage	Décolonisation
1 cas isolé	1 ^{er} épisode	non ¹	non	non	non
	Episode récidivant	non ¹	oui ^{4,6} (nasale, cutanée et pharyngée*)	non	Oui ^{4,6} (nasale, cutanée et pharyngée*)
	Echec d'une 1 ^{ère} décolonisation ⁵ (récidive clinique)	oui ² (nasal et autres sites)	oui ⁷ (nasale, cutanée, pharyngée* et autres sites en fonction des sites de portage ⁷)	oui ² (nasal et autres sites)	oui ⁷ (nasale, cutanée, pharyngée* et autres sites en fonction des sites de portage ⁷)



Protocole de décolonisation des gîtes bactériens du patient et son entourage

(contact proche ou vivant sous le même toit)

- Application nasal mupirocine 2 fois/ j 7 jours
(mupiderm pas AMM nasal/ bactroban) / mois
- Chlorhexidine comme savon et shampoing x1/jour pdt 7 jours
- Bains de bouche chlorhexidine x2/ jour dès 6 ans
- Hygiène environnementale : linge, vaisselle, entretien des locaux
- Hygiène corporelle : vêtement propres, changer de linge de toilette



Furoncle et anthrax

- Lésion papulo-nodulaire très inflammatoire évoluant depuis 5 à 10 jours vers la nécrose folliculaire avec élimination du follicule pileux (bourbillon), SA
- Isolé : pas de prélèvement, pas ATB

toilette savon et eau, pas de manipulation, protection par pansement, incision de l'extrémité pour évacuer le bourbillon, pansements imbibés d'alcool 70

- Complicé : prélèvement du pus, ATB PO 5 jours (clinda/pristina)
 - Conglomérat de furoncles : anthrax
 - Multiplication des lésions
 - Apparition d'une dermohypodermite périlésionnelle
 - Abcédation secondaire
 - Signes systémiques fièvre

Pas ATB local, mesures hygiène rigoureuse : linge et toilette x1 / j



Cas Clinique 5

Raphaël, 18 ans, s'est fait mordre par un chien errant en se baladant sur le Capitole.

La plaie est large et profonde au niveau de la cuisse.

Quelle est votre attitude pratique ?



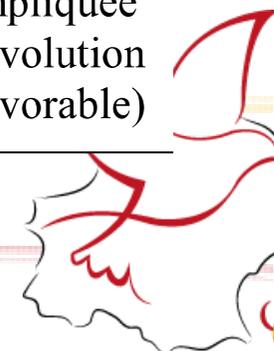
Réponse 5

- Vérifier VAT
- Lavage / parage et désinfection de la plaie (Chlorexidine, povidone iodée)
- **Amox + ac clav: 1g 3 fois par jour 5 jours en antibio préventive, à réévaluer**
- **Jusqu'à 10 jours d'antibiotique si mauvaise évolution**
- Impossibilité de surveillance vétérinaire de l'animal à J0 J7 J14
 - indication de vaccination anti rabique
- Evaluer le risque rabique: centre de référence

- **Antibiothérapie si :**
 - Plaie profonde, sale, anfractueuse,
 - Localisation à risque (visage, main, en regard d'une articulation)
 - Comorbidités avec immunodépression
 - Si morsure de chat
 - Aucune gravité à réévaluer à 48h



Types de plaies et Hypothèses microbiologiques	Situations cliniques	Traitements anti-infectieux	Durée
<p>Plaies par morsures de mammifères</p> <p><i>Pasteurella,</i> streptocoques, staphylocoques, anaérobies</p>	<p>Absence de signe infectieux local / général <i>[traitement préemptif systématique]</i></p>	<p>Protocole 1 : Amoxicilline + acide clavulanique 1 g / 8 heures per os (h, PO)</p> <p><i>Si allergie aux pénicillines :</i> Protocole 2 : <u>au choix</u> Doxycycline 100 mg / 12 h PO</p> <p><i>Si cyclines contre-indiquées*</i> <i>ET allergie aux pénicillines :</i> Protocole 3 : <u>au choix</u> Pristinamycine 1 g / 8 h PO Clindamycine 600 mg / 8 h PO Cotrimoxazole 800 mg / 160 mg / 12 h PO</p>	5 jours
	<p>Présence de signes infectieux locaux/ généraux</p>		5 jours (à poursuivre si infection compliquée ou évolution défavorable)



Plaies traumatiques

Staphylocoque,
streptocoque
anaérobies (dont
*Clostridium
perfringens*),
entérobactéries,
Bacillus cereus,
Aeromonas (si
exposition à l'eau)

Absence de signe infectieux local ou général		
Plaie fortement souillée	Protocole 1 <i>Si allergie aux pénicillines :</i> Protocole 3	5 jours
Terrain ischémique local		
Dans les autres situations	Pas d'antibiothérapie	
Présence de signes inflammatoires locaux		
Erythème/induration péri-lésionnel < 5 cm même en présence de pus et absence de signe général	Pas d'antibiothérapie <u>SAUF</u> terrain ischémique local → Protocole 1 , 5 jours <i>si allergie aux pénicillines</i> protocole 3 , 5 jours	
Erythème/induration péri-lésionnel > 5 cm ou lymphangite ou signes généraux	Absence de critère de gravité Protocole 1 <i>Si atcd d'allergie aux pénicillines :</i> Protocole 3	7 jours
	Présence de critères de gravité locaux (crépitation, nécrose) ou généraux Hospitalisation immédiate et avis chirurgical et infectiologue urgent	



Panaris et ongle incarné

Pas ATB

- Staph Aureus ou Strepto pyogène
- Fréquent, bactérien, peu grave, régression spontanément
- Complications : douleur intense, pulsatile, extension locale rapide visible/phlegmon des gaines: doigt fléchi et douloureux
- CAT: + VAT
 - Bains 4-5min, eau chaude 3-4/j (+/- antiseptique local)
 - Ttt chirurgical ou évacuation au cabinet au stade de collection
 - Protection pansement sec, Arrêt si repas collectivité
 - Si risque de complication (Diabète ID ...):
 - Pristi PO 1g 2 à 3 /j pdt 7j (actif sur SARM) ou cloxacilline PO 50mg/Kg/j 3/j pdt 7j ou amox+ac clav 3G/j pdt 7j
 - Eviter AINS
 - Si abcès, décollement et risque de chute de l'ongle/déformation



Cas Clinique 6

- Vous voyez en consultation, la jeune R. 18 ans.
- Fébrile à 39° + syndrome pseudo-grippal
- 5 jours après, apparition d'une éruption sur le tronc, les pieds et les mains
- Elle aurait passé les vacances d'été au Maroc
- Après l'avoir déshabillée, vous découvrez ces lésions.



Réponse 6

- **Suspicion Rickettsiose = Fièvre Boutonneuse méditerranéenne**

Bio Spécifique-> sérologie par IFI : confirmation par séroconversion (7 jours)

Non spécifique -> leucopénie, Thrombopénie, CRP ↑, transaminases ↑

Doxycycline 100mg * 2/ jour pendant 7 jours

- Le diagnostic de rickettsiose doit être évoqué **systematiquement** devant la **triade fièvre, exanthème, escarre d'inoculation**

Le vecteur est la tique du chien.

- Une antibiothérapie empirique doit être prescrite devant toute suspicion de rickettsiose, avant la confirmation diagnostique.



VRAI ou **FAUX**



VRAI ou FAUX

Infections de la peau et des tissus mous

- Strepto bêta hémolytique A est le germe le plus fréquemment responsable d'érysipèle

Vrai dans 58 à 67 % (SFD 2000)

- Un traitement local antiseptique ou anti-inflammatoire sur l'érysipèle n'a pas d'intérêt

Vrai Intérêt traitement de la porte d'entrée, CI aux AINS

- Augmentin 1gx3/j pdt 10 jours est le traitement de première intention d'une dermo-hypodermite non nécrosante

Faux amoxicilline 7 jours

- Ne pas oublier VAT



VRAI ou FAUX

Impetigo, Furoncle

- Le Staphylocoque aureus est le plus souvent responsable des impétigos et des furoncles.

Vrai

- Le diagnostic de certitude d'impétigo nécessite un prélèvement bactériologique cutané.

*Faux Le **diagnostic est clinique**. Le prélèvement bactériologique est réservé aux études épidémiologiques ou aux échecs de traitement.*

- Dans l'impétigo les critères d'une antibiothérapie générale sont : impétigo bulleux , > 2 % de surface cutanée atteinte ou > 6 sites lésionnels actifs ou extension rapide

Vrai

- Dans les furoncles, il est nécessaire d'associer une antibiothérapie locale à toute thérapeutique.

Faux : pas de nécessité d'antibiothérapie



VRAI ou FAUX

Morsure de nos amis les bêtes: tique, chien, chat...

- Une pique de tique sans lésion évocatrice de maladie de Lyme n'est pas une indication à l'antibiothérapie.

Vrai

- L'objectif du traitement de la maladie de Lyme est la négativation de la sérologie.

Faux C'est d'éviter la progression vers des formes secondaires et tertiaires

- La sérologie de Lyme n'est pas indiquée en cas d'érythème migrant typique

Vrai positive dans 30-40% des cas seulement, se majorant à 60% à 6 semaines

Situations au cours desquelles la sérologie n'a pas d'indication (grade C)

- Sujets asymptomatiques
- Dépistage systématique des sujets exposés
- Piqûre de tique sans manifestation clinique
- Érythème migrant typique
- Contrôle sérologique systématique des patients traités



VRAI ou FAUX

Morsure de nos amis les bêtes: tique, chien, chat...

- Dans les morsures d'animaux une antibiothérapie est nécessaire si plaie profonde, sale, anfractueuse, localisation à risque (visage, main, en regard d'une articulation), comorbidités avec immunodépression, ou si morsure de chat

Vrai

Dans les morsures d'animaux, une antibiothérapie est nécessaire

- Si plaie profonde, sale, anfractueuse
- Localisation à risque : visage, main, en regard d'une articulation
- Terrain / comorbidités avec immunodépression, ou
- Morsure de chat



Les messages

Jamais de contre indication à l'eau

DHNN

Pas de panique, pense antibiocluc

= pas d'antibiotique

Furonculose : ose la décolonisation

Réserver amox+ac clav aux morsures/plaies traumatiques si
besoin

