

ITEM n° 87 : INFECTIONS CUTANEO-MUQUEUSES BACTERIENNES ET MYCOSIQUES

OBJECTIFS TERMINAUX

- I. Diagnostiquer et traiter un impétigo, une folliculite, un furoncle, un érysipèle
- II. Diagnostiquer et traiter une infection cutanéomuqueuse à *Candida albicans*
- III. Diagnostiquer et traiter une infection à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères

INTRODUCTION

- Principaux microorganismes : *S. pyogenes* (streptocoque du groupe A), *S. aureus* (staphylocoque doré), *C. albicans*, dermatophytes.
- Transmission principalement interhumaine (contact direct).
- Infections superficielles et profondes.
- Diagnostic essentiellement clinique.
- Traitement adapté à la localisation et au microorganisme présumé responsable.

I. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UN IMPETIGO

1. DIAGNOSTIQUER

1.1. DIAGNOSTIC POSITIF

Evoqué sur les données épidémiologiques et cliniques, parfois confirmé par les examens microbiologiques

1.1.1. Epidémiologique

- fréquent chez l'enfant d'âge scolaire ;
- grande contagiosité (épidémies familiales et collectives).

1.1.2. Clinique

- vésicule ou bulle, superficielle, bien limitée, rapidement érosive puis croûteuse.
- face, extrémités, autres régions par auto-inoculation.
- complications :
 - o locales : érysipèle ;
 - o régionales : lymphangite... ;
 - o générales : bactériémie.

1.1.3. Biologique

- ponction ou écouvillonnage d'une lésion vésiculo-bulleuse non rompue ;
- *S. pyogenes* ou *S. aureus* ou association des deux.

1.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Ecthyma.
- Impétiginisation d'une dermatose sous-jacente, en général par *S. aureus*.

2. TRAITER UN IMPETIGO:

- o savonnage, lavage ;
- o **pommades antibiotiques inutiles. Corticoïdes locaux proscrits.**
- Lésion vésiculeuse ou bulleuse :
 - o antiseptiques (compresses, badigeonnages).

2.2. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

- Antibiothérapie générale, 10 jours :
 - o impétigo streptococcique : amoxicilline ;
 - o impétigo staphylococcique ou mixte : pénicilline M ou synergistine.

2.3. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

- Mesures d'hygiène.
- Isolement et éviction scolaire.

I. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE FOLLICULITE

- *S. aureus* est l'agent causal principal

1. DIAGNOSTIQUER

1.1. DIAGNOSTIC POSITIF : CLINIQUE

1.1.1. Folliculite superficielle :

- papule érythémateuse douloureuse, puis pustule centrée par un poil.

1.1.2. Folliculite profonde :

- nodule érythémateux et douloureux, centré par un poil ;
- inflammation du derme +++, risque d'abcès.

1.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1.2.1. Autres folliculites microbiennes :

- à BGN ;
- candidosiques ;
- trichophytiques.

1.2.2. Folliculites non infectieuses :

- les acnés.

2. TRAITER UNE FOLLICULITE

- Traitement local en cas d'atteinte superficielle, et général en cas d'atteinte profonde ;
- complété par des mesures d'hygiène.

2.1. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- Suppression des causes irritantes.
- Sycosis de la barbe : mousse à raser antiseptique, rasoir jetable.

2.2. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

2.2.1. Soins locaux (Cf. supra) :

- folliculite superficielle : antiseptiques ;
- folliculite profonde : traitement prolongé.

2.2.2. Antibiothérapie générale par pénicilline M ou synergistine.

2.2.3. Drainage chirurgical des abcès.

3.3. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

- Décontamination des gîtes staphylococciques
- Mesures d'hygiène : idem impétigo

I. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UN FURONCLE

- Folliculite profonde et nécrosante du follicule pilo-sébacé, due à *S. aureus*,
- Gravité liée à certaines localisations ou aux récidives.

1. DIAGNOSTIC POSITIF

Il est clinique.

1.1. CLINIQUEMENT

- Début par une folliculite profonde (nodule très inflammatoire et douloureux).
- Apparition d'une zone nécrotique centrale (bourbillon).

- Elimination spontanée, avec émission de pus, puis ulcération cratériforme.
- Guérison en quelques jours avec une cicatrice atrophique définitive.

1.2. COMPLICATIONS

- Anthrax.
- Furonculose extensive.
- Bactériémie à staphylocoque.
- Staphylococcie maligne de la face.
- Furonculose chronique.

2. TRAITER UN FURONCLE

2.1. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- **s'abstenir de thérapeutiques inutiles ou dangereuses, notamment éviter la manipulation, surtout en cas de localisation faciale.**

2.2. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

2.2.1. Furoncle simple :

- antiseptie locale ;
- antibiothérapie antistaphylococcique si terrain fragile, localisation à la face, furoncles multiples ou compliqués de lymphangite ou de dermohypodermite bactérienne nécrosante.

2.2.2. Furonculose :

- antiseptie ;
- antibiothérapie antistaphylococcique, 2 à 3 semaines ;
- renforcement des mesures d'hygiène générale.

2.3. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

- Mesures d'hygiène générale.
- Désinfection des principaux gîtes.
- Recherche d'un terrain favorisant et d'un porteur dans l'entourage.

I. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UN ERYSIPELE

Dermohypodermite bactérienne aiguë, due à *S. pyogenes*.

1. DIAGNOSTIQUER

1.1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.1.1. Epidémiologique

- Terrain favorisant (insuffisance veineuse ou lymphatique).
- Porte d'entrée locale.
- Antécédent d'érysipèle.

1.1.2. Clinique

- Début brusque : frissons, fièvre à 39/40 °C, malaise général et douleur locale.
- Placard œdémateux rouge, chaud, induré, douloureux, d'extension rapide, parfois bien limité en périphérie, et pouvant être entouré de petites vésicules.
- Siège variable : membre inférieur +++ (porte d'entrée intertrigo), visage.
- Complications :
 - o locales : collection, suppuration, nécrose ;
 - o régionales : adénophlegmon, phlébite ;
 - o générales : bactériémie ;
 - o dermohypodermite bactérienne nécrosante et fasciite nécrosante streptococcique.

1.1.3. Biologique

- Hémocultures +/- prélèvement local : *Streptococcus pyogenes*.
- Hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile.

2. TRAITER UN ERYSIPELE

2.1. TRAITEMENT NON SPECIFIQUE

- Traitement de la porte d'entrée.
- Traitement des facteurs favorisants.

2.2. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

- Hospitalisation fréquemment nécessaire.
- Antibiothérapie :
 - o antibiotiques de choix : pénicilline G ou amoxicilline IV, pendant les premiers jours, puis amoxicilline *per os* ;
 - o durée du traitement : de 10 à 20 jours ;
 - o en cas d'allergie : pristinamycine *per os* ;
 - o en cas de maintien à domicile : amoxicilline *per os*.

2.3. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

2.3.1. Prévention primaire :

- prise en charge de la stase veineuse et lymphatique ;
- traitement des intertrigos inter-orteils.

2.3.2. Prévention secondaire :

- contention et/ou drainage lymphatique manuel en cas de lymphœdème ou d'un œdème de cause veineuse ;
- antibiothérapie préventive des récurrences, chez les malades ayant eu plusieurs récurrences, par pénicilline V ou retard.

2.3.3. Prévention de la thrombose veineuse :

- Si risque faible : pas de prophylaxie anticoagulante systématique.

II. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE INFECTION CUTANÉOMUQUEUSE A *CANDIDA ALBICANS*

- Candidoses cutanées et muqueuses.
- Diagnostic à confirmer par les prélèvements mycologiques (examen direct, culture).
- Antifongigramme en cas d'échec du traitement.
- Traitement surtout local, parfois général.

1. DIAGNOSTIQUER

1.1. DIAGNOSTIC POSITIF

- Diagnostic facilement orienté par la clinique et le terrain.
- Doit être confirmé par les prélèvements mycologiques.

1.1.1 Clinique

- **Intertrigo des grands plis**
 - o Obésité, diabète, mauvaise hygiène, macération
 - o Localisation : plis axillaires, sous mammaires, inguinaux, interfessiers, périnéale.
- **Périonyxis (et parfois onyxis).**
 - o Femme exposée aux produits d'entretien et aux détergents.
 - o Localisation : mains ; orteils exceptionnellement atteints.
- **Vulvo-vaginite**
 - o Diabète, grossesse, contraception orale, antibiothérapie.
 - leucorrhées grumeleuses, blanchâtres ;
 - érythème et œdème vulvo-vaginal ;
 - prurit local, brûlures vaginales et dyspareunie.
- **Balanite** : érythème prurigineux du gland, micropustules érosives.
- **Candidose buccale** :
 - o Nouveau-né, nourrisson, personne âgée, prothèse dentaire, antibiothérapie, immunosuppression (VIH...).
 - o Trois formes cliniques :
 - érythémateuse atrophique ;
 - muguet ;
 - perlèche.
- **Anite.**
- **Candidoses cutanéomuqueuses chroniques.**

1.1.2. Biologique : prélèvement mycologique

- Examen direct : levures bourgeonnantes avec ou sans pseudofilaments.
- Culture sur milieu de Sabouraud.
- Antifongigramme éventuel en cas de résistance aux traitements.

2. TRAITER

2.1. LES PRINCIPES DU TRAITEMENT

- Traitement local.
- Agir sur les facteurs favorisants locaux ou généraux.
- Traitement antifongique par voie générale en cas de récurrence ou de candidose digestive associée.

2.2. TRAITEMENT SELON LA FORME CLINIQUE

- **Intertrigo** :
 - o application locale d'antiseptiques, de topiques d'amphotéricine B ou d'azolés, 2 semaines ;
 - o traitement d'un éventuel réservoir digestif par un polyène *per os*.
- **Périonyxis et onyxis**
 - o Périonyxis : application locale de polyènes ou de crèmes d'azolés, 2 semaines.
 - o Onyxis : imidazolés *per os*, 1 à 2 mois.
- **Balanite** :

- application locale d'un dérivé azolé, 1 semaine.
- **Vulvovaginite :**
 - azolés en ovule gynécologique.
- **Candidose buccale :**
 - traitement local ;
 - traitement général *per os* par dérivés azolés, contre-indiqués pendant la grossesse.

III. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE INFECTION A DERMATOPHYTES DE LA PEAU GLABRE, DES PLS ET DES PHANERES

- Trois genres de dermatophytes : *Microsporum sp*, *Epidermophyton sp*, *Trycophyton sp*.
- Trois modes de contamination possible : tellurique, humain, animal.
- Absence d'atteinte muqueuse.
- Diagnostic toujours confirmé par les prélèvements mycologiques (examen direct, culture).
- Enquête épidémiologique parfois nécessaire.
- Traitement toujours local et souvent général.

1. DIAGNOSTIQUER

1.1 DIAGNOSTIC POSITIF

Orienté par la clinique mais doit être confirmé par les prélèvements mycologiques.

1.1.1. Clinique

- **Intertrigo des petits plis**
 - Sols souillés de squames (piscines, salles de bain, collectivités), chaussures synthétiques, hyperhidrose, humidité prolongée des pieds.
 - Fissuration du fond du pli interdigital au niveau des pieds (« pied d'athlète »).
- **Intertrigo des grands plis**
 - Homme surtout; contamination interhumaine.
 - Une ou plusieurs macules érythémateuses prurigineuses (face interne de la cuisse), extensive(s) à tout le pli inguinal.
- **Dermatophytie cutanée**
 - Enfants et professionnels exposés aux animaux domestiques et d'élevage.
 - Petite plaque érythémateuse, arrondie, prurigineuse, d'extension centrifuge, en peau découverte.
- **Onyxis (1^{er} et 5^e orteil)**
 - hyperkératose sous-unguéale, sans périonyxis, ongle progressivement friable et jaunâtre.
- **Teignes tondantes**
 - Enfants (contamination en collectivité, à partir des animaux ; immigrés, adoptés venant de zone tropicale), adultes immunodéprimés.
 - Plaques d'alopecie du cuir chevelu :
 - teigne microsporique, à grande plaque ;
 - teigne trichophytique, à petites plaques.
- **Favus**
 - Cas d'importation (Afrique du Nord, régions tropicales).
 - Cuir chevelu très inflammatoire : « godets faviques », plaques d'alopecie définitive.
- **Teignes suppurées**
 - Enfants comme adultes, non contagieuses.
 - Macaron inflammatoire suppurant du cuir chevelu, chute provisoire des cheveux.
- **Manifestations allergiques : dermatophytides**
 - Dyshidrose, eczéma, urticaire, asthme, aggravation d'une colite.

1.1.2. Etiologique

- L'examen direct confirme le diagnostic clinique
- La culture identifie l'espèce en cause qui diffère selon la localisation.

1.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il varie selon la forme clinique.

- **Intertrigos :**

- *Corynebacterium minutissimum* (erythrasma) ;
- candidose ou intertrigo d'origine non infectieuse (eczéma, psoriasis).
- **Onyxis :**
 - candidosique : localisation aux doigts, perionyxis associé ;
 - autres origines (traumatique, psoriasis...).
- **Teignes :** autres causes d'alopecie.

2. TRAITER

2.1. DANS TOUS LES CAS,

- supprimer les facteurs favorisants locaux ;
- prendre en charge les facteurs favorisants généraux.

2.2. SELON FORME CLINIQUE

- **Intertrigo interdigitoplantaire :**
 - application locale d'imidazolés ou de ciclopiroxolamine, 3 à 4 semaines ;
 - ou de terbinafine, 1 semaine.
- **Intertrigo des grands plis:**
 - application locale d'imidazolés, 1 à 3 semaines ;
 - intertrigos génitaux ou cruraux : terbinafine ou tolnaftate.
- **Dermatophytie cutanées :** application locale d'un imidazolé
 - peau glabre : 2 semaines ;
 - zone pileuse : 4 à 6 semaines.
- **Onyxis :** traitement long car mauvaise diffusion des antifongiques dans les ongles.
 - sans atteinte matricielle : traitement local après onycholyse mécanique par film d'amorolfine, ou de ciclopiroxolamine, ou d'imidazolés, 3 à 6 mois pour les mains, 6 à 9 mois pour les pieds ;
 - avec atteinte matricielle :
 - traitement oral : terbinafine, 3 mois (mains) à 6 mois (pieds), ou griséofulvine, 6 mois (mains) à 12 mois (pieds).
 - et traitement local (Cf. supra), 6 mois (mains) à 12 mois (pieds).
- **Teignes tondantes et favus :**
 - traitement oral : griséofulvine ou kétoconazole, 4 à 8 semaines ;
 - et traitement local : imidazolé ou ciclopiroxolamine.
- **Teignes suppurées :**
 - Idem teignes tondantes ;
 - Si nécessaire, antibiotiques et anti-inflammatoires.



DOSSIERS CLINIQUES : DC 2008-47 ; DC 2008-48 ; DC 2008-19 ; DC 2008-101; DC 2008-102

POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY 2008

**Chapitre 47
Chapitre 48
Chapitre 120**