



Dermohypodermites, plaies et morsures: cas cliniques

Stéphanie Antoniol, PH
Hôpital Bichat-Claude Bernard

Pauline Thill, PH
CHU Lille

Cas Clinique n° 1

- Mr H âgé de 36 ans
- Antécédent: toxicomanie substituée par méthadone
- HDM: douleur des 2 jambes suite à injection de buprénorphine
- Paramètres vitaux: PA 101/55 mmHg, FC 128/min FR 14/min, SpO2: 98% en AA, Glasgow 15, T 39,6°C



Quels signes de
gravité
recherchez vous
cliniquement?

Signes de gravité



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées
bactériennes courantes

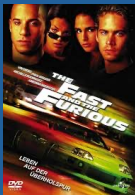
Février 2019

Méthode Recommandations pour la pratique clinique



Signes locaux :

lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée,
hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant
l'érythème, nécrose locale



Extension rapide
En quelques heures...



Signes de sepsis

Agravation 48h après le 1er ATB
malgré ATB adaptée



DOULEUR +++++
Discordante avec la clinique
Impotence fonctionnelle

Signes de gravité



Signes locaux :

lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée,
hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant
l'érythème, nécrose locale



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées
bactériennes courantes

Février 2019

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Signes de gravité



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées
bactériennes courantes

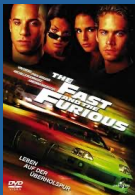
Février 2019

Méthode Recommandations pour la pratique clinique



Signes locaux :

lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée,
hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant
l'érythème, nécrose locale



Extension rapide
En quelques heures...

Signes de gravité



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées
bactériennes courantes

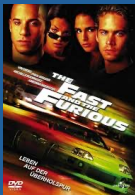
Février 2019

Méthode Recommandations pour la pratique clinique



Signes locaux :

lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée,
hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant
l'érythème, nécrose locale



Extension rapide
En quelques heures...



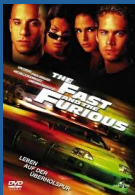
Signes de sepsis

Signes de gravité



Signes locaux :

lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée,
hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant
l'érythème, nécrose locale



Extension rapide
En quelques heures...



Signes de sepsis

Agravation 48h après le 1er ATB
malgré ATB adaptée



Signes de gravité



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées
bactériennes courantes

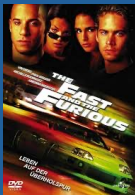
Février 2019

Méthode Recommandations pour la pratique clinique



Signes locaux :

lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée,
hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant
l'érythème, nécrose locale



Extension rapide
En quelques heures...



Signes de sepsis

Agravation 48h après le 1er ATB
malgré ATB adaptée

**you
FAILED!**



DOULEUR +++++
Discordante avec la clinique
Impotence fonctionnelle

Quel est
votre
diagnostic?

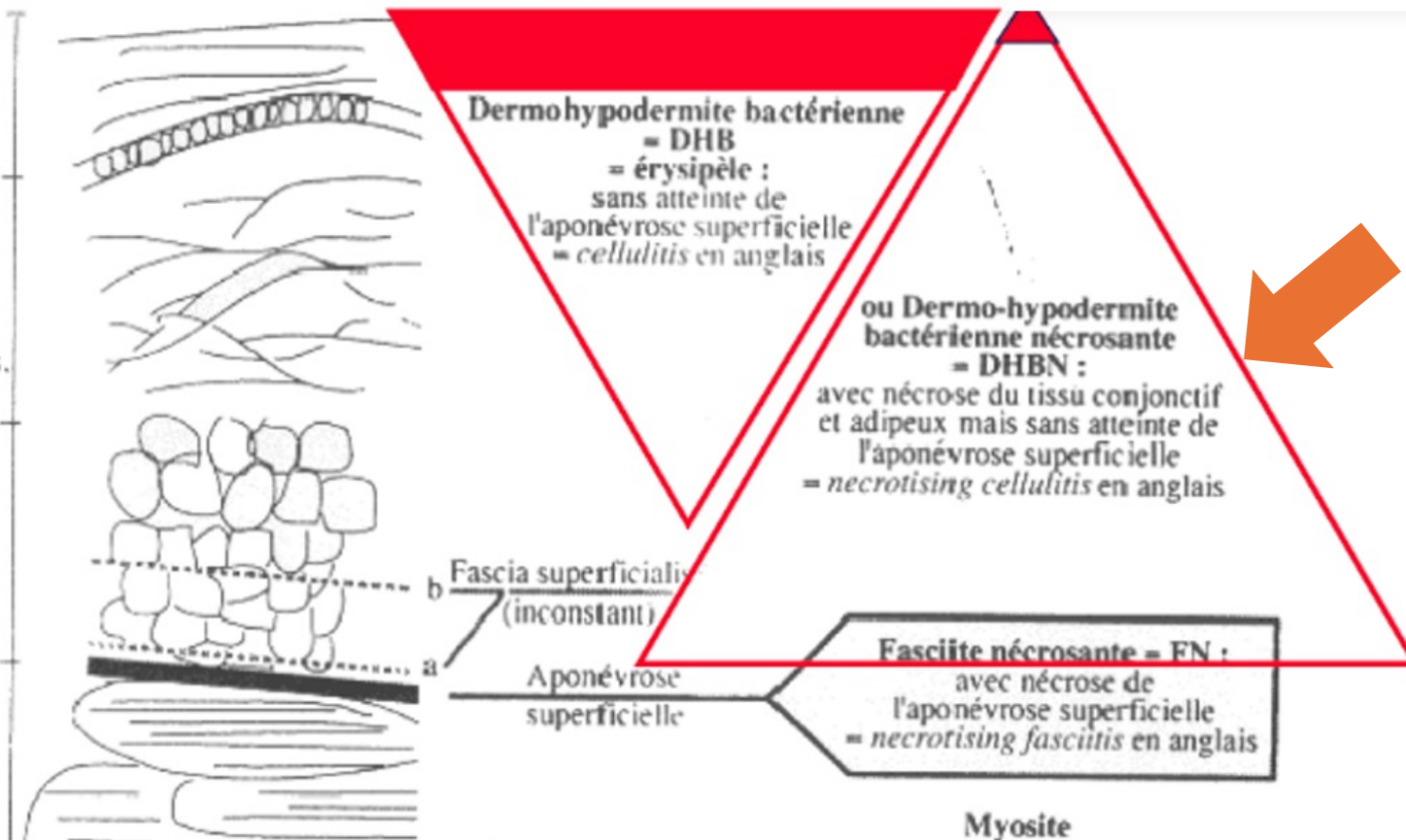


Épiderme :
- couche cornée,
- kératinocytes.

Derme :
- tissu conjonctif,
- follicules pileux,
- glandes sébacées
et sudorales,
- terminaisons nerveuses,
- vaisseaux.

Hypoderme :
- tissus graisseux,
- vaisseaux.

Muscle



**Dermohypodermite
Nécrosante**

Cas Clinique n° 1

- Leucocytes: 19 000 /mm³
- CK 519 UI/L
- Reste sans particularité

Que
prescrivez-
vous ?



Examens complémentaires?

Diagnostic clinique
=> Pas d'imagerie systématique

Hémoculture devant la nécrose

Bactérie à prendre en compte

Streptococcus pyogenes
30-50%
des cas

Toxicomanie

Polymicrobien :

- *S. aureus*
- Streptocoques B
Hémolytiques
- Entérobactéries
- Anaérobies ++

Amoxicilline
-Acide
clavulanique

STREPTOCOQUE

STAPHYLOCOQUE

ANAEROBIES

Quid de la bithérapie



Effet antitoxinique

Effectiveness of adjunctive clindamycin in β -lactam antibiotic-treated patients with invasive β -haemolytic streptococcal infections in US hospitals: a retrospective multicentre cohort study



HHS Public Access

Author manuscript

Lancet Infect Dis. Author manuscript; available in PMC 2022 May 01.

Published in final edited form as:

Lancet Infect Dis. 2021 May ; 21(5): 697-710. doi:10.1016/S1473-3099(20)30523-5.

Facteurs de virulence de
Streptococcus
et de *Staphylococcus aureus*



Exotoxines

Cas Clinique n° 2

- M. S âgé de 42 ans
- Menuisier
- HDM: présente depuis 3 jours une plaie punctiforme avec une écharde
- Paramètres vitaux à l'arrivée au SU: PA 110/60 mmhg, FC -8 bpm FR 18/min, SpO2: 98% en AA, Glasgow 15, T 37.9°C



Quel est
votre
diagnostic?



Cas Clinique n° 2

- Leucocytes: 13 000 /mm³
- CRP 28 mg/L

Que
prescrivez-
vous ?



Plaie
traumatique
+ corps
étranger

entérobactéries
anaérobies
staphylocoque
Cperfringens Bcereus
streptocoque
Aeromonas



Celui qu'on oublie toujours



Je ne sais pas du tout
si mes vaccins sont à
jour

SAT-VAT



Cas Clinique n° 3

- Madame P. âgée de 66 ans
- Antécédent: HTA, diabète de type 2
- HDM: Depuis 2 jours, douleur du MI gauche
- Paramètres vitaux à l'arrivée au SU: PA 90/60 mmHg, FC 118 bpm, FR 33/min, SpO2: 86% en AA, Glasgow 14, T 39°C







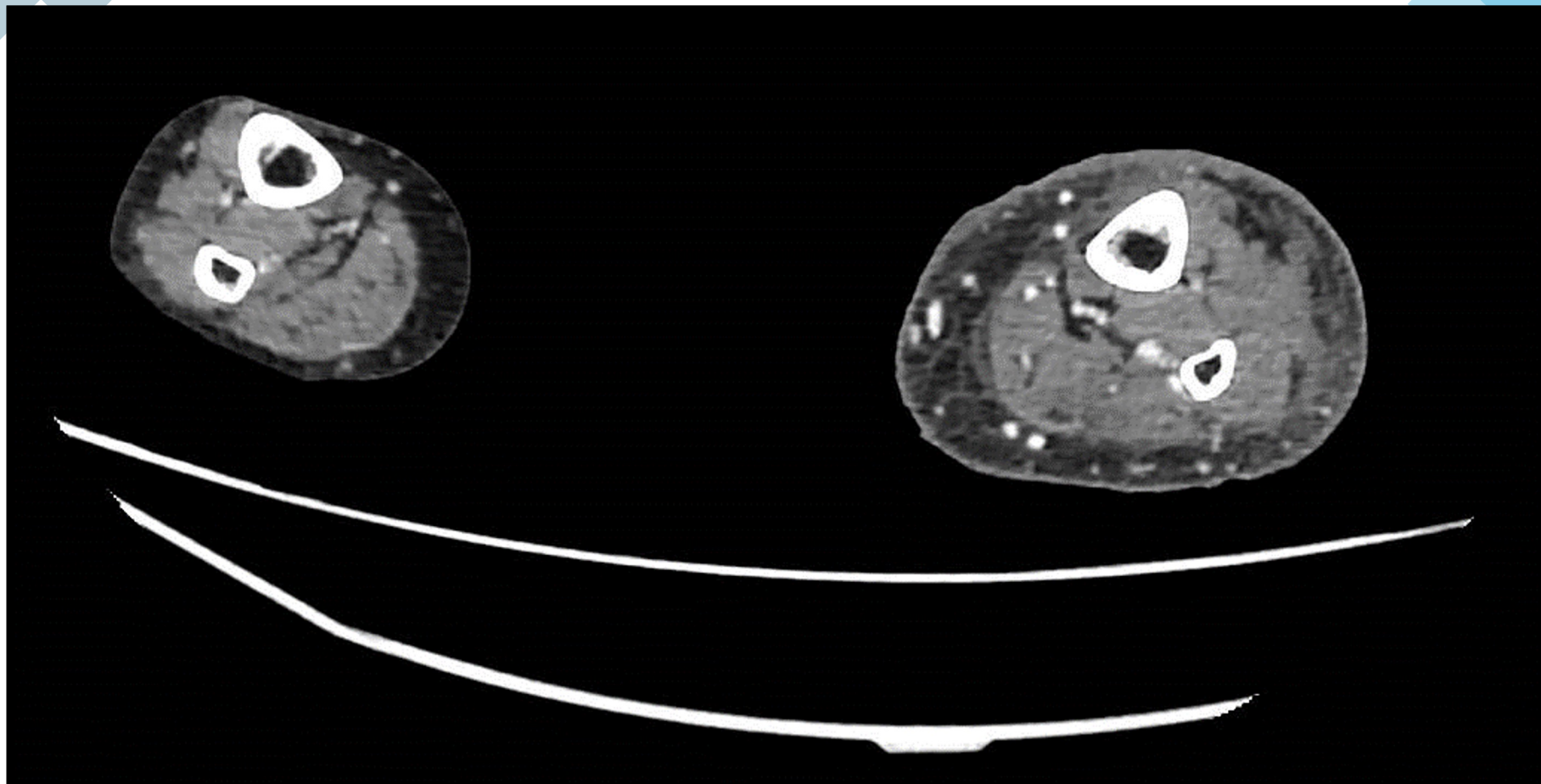
Quel est
votre
diagnostic?

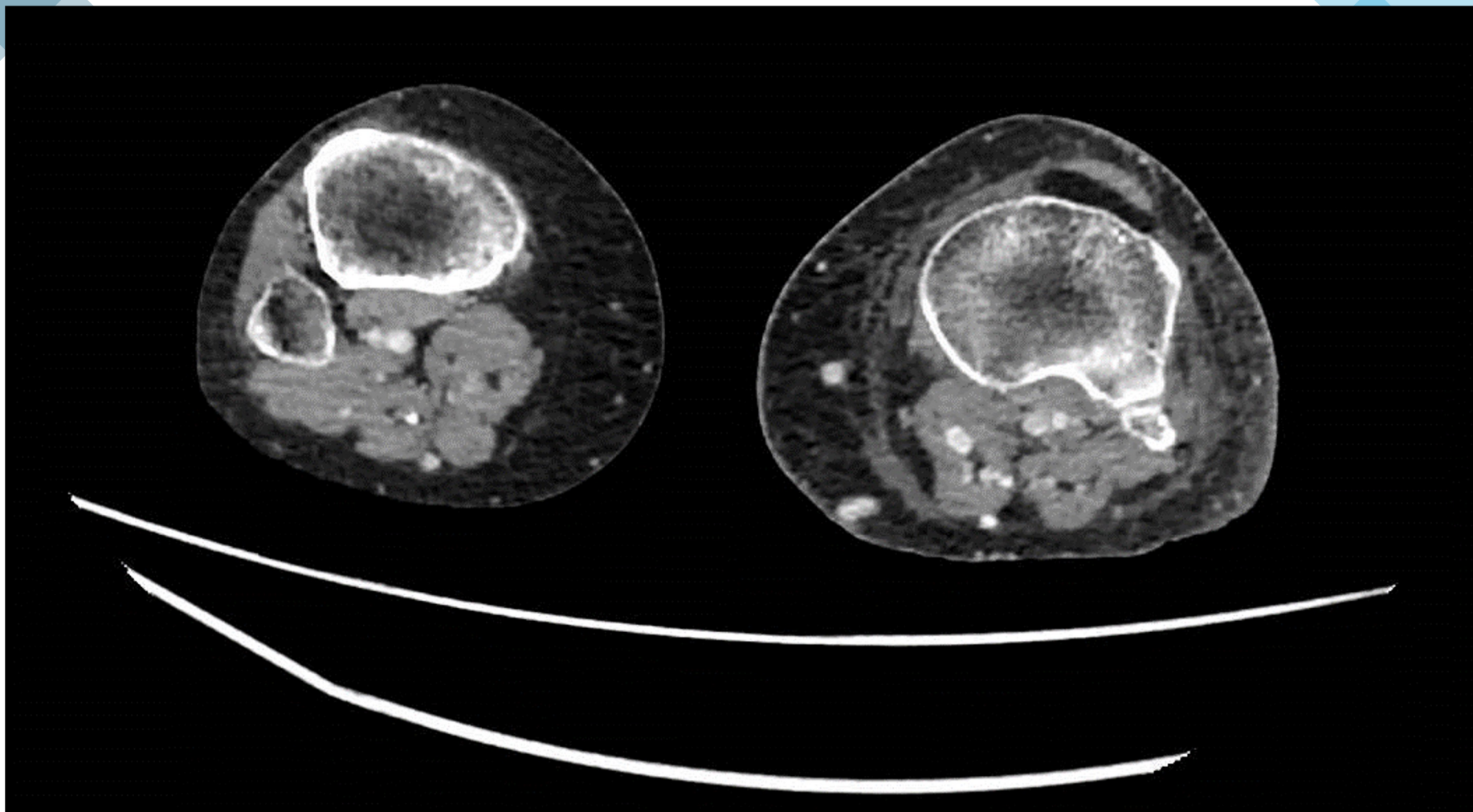


Sepsis
Sur DHDN

Cas Clinique n° 3

- GDS en AA: ph 7.28, PaCO₂ 38 mmHg, PaO₂:90 mmHg, bicar 22 mmol/l, lactate 4,2
- Leucocytes: 16 000 /mm³
- Hb:10 g/dl
- CRP 370 mg/l
- TP 56%
- CK 2400





Que
prescrivez-
vous ?



Examens complémentaires?

Diagnostic clinique
=> Pas d'imagerie systématique

Hémoculture devant la nécrose

Traitement antibiotique

Traitement antibiotique

Pas d'indication à une couverture anti BLSE, anti *Pseudomonas aeruginosa* malgré la gravité

Donc IDEM Dermohypodermite nécrosante



Amox- Acide clavulanique + clindamycine

Cas Clinique n° 4

- Monsieur C âgé de 23 ans consulte pour douleur et gonflement de la main après morsure par Tatcher, son chat



Quel est
votre
diagnostic?



Cas Clinique n° 4

- Monsieur C. reçoit un SMS de sa mère lui indiquant son allergie à l'Augmentin®

Que
prescrivez-
vous ?



Paramètres
à prendre
en compte



Qui se
cachent
dans la
bouche de
Tacher?

*Pasteurella
multocida*

Anaérobies

Pasteurella canis

Streptocoques

Staphylocoques

*Capnocytophaga
canimorsus,*

Il est allergique!!

Plaies aiguës en structure d'urgence

Référentiel de bonnes pratiques

Société française de médecine d'urgence

2017



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

Cas Clinique n° 5

- Monsieur A. 85 ans est suivi par une IDE à domicile pour un ulcère veineux
- ATCD: Cardiopathie rythmique appareillée, HTA
- Envoi de la photo au médecin ce jour car inflammatoire



Initiez vous
une ATB à
ce stade?



Cas Clinique n° 5

- Une semaine plus tard, confusion fébrile et ulcère atone et chaud



Cas Clinique n° 5

- Appel du 15 et transport en ambulance dans un SU dans l'heure suivante.
- Paramètres vitaux à l'arrivée au SU: PA 70/33 mmHg, FC 118 bpm, FR 33/min, SpO2: 86% en AA, Glasgow 14, T 39°C
- Examen clinique: grosse jambe rouge et chaude arrivant jusqu'au genou.
- En cherchant un marqueur constatation d'une extension de l'exanthème.



Quel est
votre
diagnostic?



Sepsis sur DHD sur plaie chronique

Cas Clinique n° 5

- En consultant son dossier medical, vous constatez que le patient est “nosocomial”
- Hospitalisation 5 mois avant pour une endocardite infectieuse sur PM à *S. epidermidis* avec spondylodiscite et arthrite septique épaule droite traitée par cefazoline/daptomycine pendant 6 semaines
- Autonome pour les actes de la vie quotidienne

Que
prescrivez-
vous ?



Critères à considérer

Gravité
=> Sepsis sévère

HDLM
Hospitalisation et ATB récents

Plaie chronique

Bactériologie antérieure : S
épidermidis

Choix de l'ATB

Tazocilline

Cocci G+

Entérobactéries
Dont Pyo

Anaérobies

Daptomycine

Bactéricide

Anti SARM

Aminosides

Gentamicine

Amikacine

Cas Clinique n° 6

- Monsieur E., 22 ans chute sur du gravier en vélo sans gants il y a 48h
- Pressé il n'a pas lavé sa main ni désinfecté sa plaie
- Consulte dans votre SU pour une grosse main douloureuse



Quel est
votre
diagnostic?



Que
prescrivez-
vous ?



Cas Clinique n° 7

- Mme C 71 ans
- Antécédent: allergie à la pénilline
- HDM: Consulte en urgence pour une éruption febrile 38,3 malgré la pristinamycine depuis 72h
- Examinée par l'externe qui trouve le diagnostic facile



Quel est
votre
diagnostic?



Cas Clinique n° 7

- Vous allez la revoir et vous constatez d'autres lésions
- Pas d'atteinte des muqueuses



Cas Clinique n° 7

- A la reprise de l'interrogatoire: érysipèle avec épine de rosier, pristynamicine prescrite par son médecin traitant prise depuis 72h (9 prises complètes)
- Eruption depuis ce jour non prurigineuse

Cas Clinique n° 7

- Leucocytes: 2 600 /mm³ dont PNN 850/mm³
eosinophiles 1200/mm³
- Hb: 13 g/dl
- CRP: 88 mg/L
- En creusant encore, douleur de l'hallux droit depuis 5 jours, avec prise de colchicine via son époux (MAR de 72 ans en activité)

Quel est
votre
diagnostic?



Que
prescrivez-
vous ?



Cas Clinique n° 8

- M. R âgé de 52 ans
- Antécédent: Transplanté renal pour une néphropathie indéterminée
- Dysfonction chronique de son greffon avec creat 180 $\mu\text{mol/L}$ DFG 36mL/min/1,73 m²
- Reconsulte pour mauvaise évolution d'un panari sous traitement local depuis 48h bien conduit
- Douleur insomniente



Quel est
votre
diagnostic?



Cas Clinique n° 8

- PEC chirurgicale avec phlegmon étendu à la main et abcès des muscles interosseux et thénariens

Que
prescrivez-
vous ?





Accueil Rein ▼ Ressources ▼ Articles

Connexion

Inscription

Estimation de la fonction rénale

Adaptation posologique

Toxicité rénale

Adaptation posologique

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : GPR DEVIENT PAYANT

Cliquez ici pour souscrire à votre abonnement

Articles à la une

Warnings NephroTOX 2024

[Lire l'article](#)



Prise en charge de l'acidose tubulaire rénale distale

[Lire l'article](#)



Stanford Health Care Antimicrobial Dosing Reference Guide

This document is also located on the SHC Intranet (<http://portal.stanfordmed.org/depts/AntimicrobialStewardshipProgram>) and <http://bugsanddrugs.stanford.edu> - ABX Subcommittee Approved: December 2022

Formulas for dosing weights: Ideal body weight IBW (male) = 50kg + (2.3 x height in inches > 60 inches) ·

Ideal body weight IBW (female) = 45kg + (2.3 x height in inches > 60 inches) · Adjusted Body Weight ABW (kg) = IBW + 0.4 (TBW – IBW)

Drug	CrCl > 50 mL/min	CrCl 10 – 50 mL/min	CrCl < 10 mL/min	Intermittent Hemodialysis (IHD) <i>Assumes thrice weekly dialysis</i>	CRRT		
Acyclovir (IV) ¹⁻⁷ (Use adjusted BW for obesity)		CrCL > 50	CrCL 25 – 50	CrCL < 25	CrCL < 10	IHD	CRRT
	Prophylaxis						
	BMT	250 mg/m ² IV q12h	125 mg/m ² IV q12h	125 mg/m ² IV q24h	62.5 mg/m ² IV q24h	62.5 mg/m ² IV q24h	125 mg/m ² IV q12h
	Hematology/Oncology	2 mg/kg IV q12h	2 mg/kg IV q12h	2 mg/kg IV q24h	1 mg/kg IV q24h	1 mg/kg IV q24h	2 mg/kg IV q12h
	Treatment						
	General (e.g. mucocutaneous HSV)	5 mg/kg IV q8h	5 mg/kg IV q12h	5 mg/kg IV q24h	2.5 mg/kg IV q24h	2.5 mg/kg IV q24h	5 – 10 mg/kg IV q12h
	Severe (e.g. CNS/ocular/disseminated HSV infections, Zoster)	10 mg/kg IV q8h	10 mg/kg IV q12h	10 mg/kg IV q24h	5 mg/kg IV q24h	5 mg/kg IV q24h	10 mg/kg IV q12h
Acyclovir (PO) ^{1,2,7}		CrCL > 50	CrCL 25 – 50	CrCL < 25	CrCL < 10	IHD	CRRT
	Prophylaxis						
	BMT	800 mg PO BID	400 mg PO BID	200 mg PO BID	200 mg PO daily	200 mg PO daily	No data
	Hematology/Oncology	400 mg PO BID	400 mg PO BID	200 mg PO BID	200 mg PO daily	200 mg PO daily	No data
	Treatment						
	Mucocutaneous HSV	400 mg PO q8h Alt: 200 mg 5x daily		200 mg PO q8h	200 mg PO q12h	200 mg PO q12h	No data
	VZV	800 mg PO q4h (or 5x daily) Consider valacyclovir for less frequent dosing		800 mg PO q8h	800 mg PO q12h	800 mg PO q12h	No data
		CrCL > 60	CrCL 40 – 60	CrCL 20 – 40	CrCL < 20		

Cas Clinique n° 9

- H de 49 ans sans ATCD qui se présente avec un érythème bien limité



Quel est
votre
diagnostic?



Erysipèle simple

Que
prescrivez-
vous ?



AMOXICILLINE 50mg/kg répartis en 3 prises

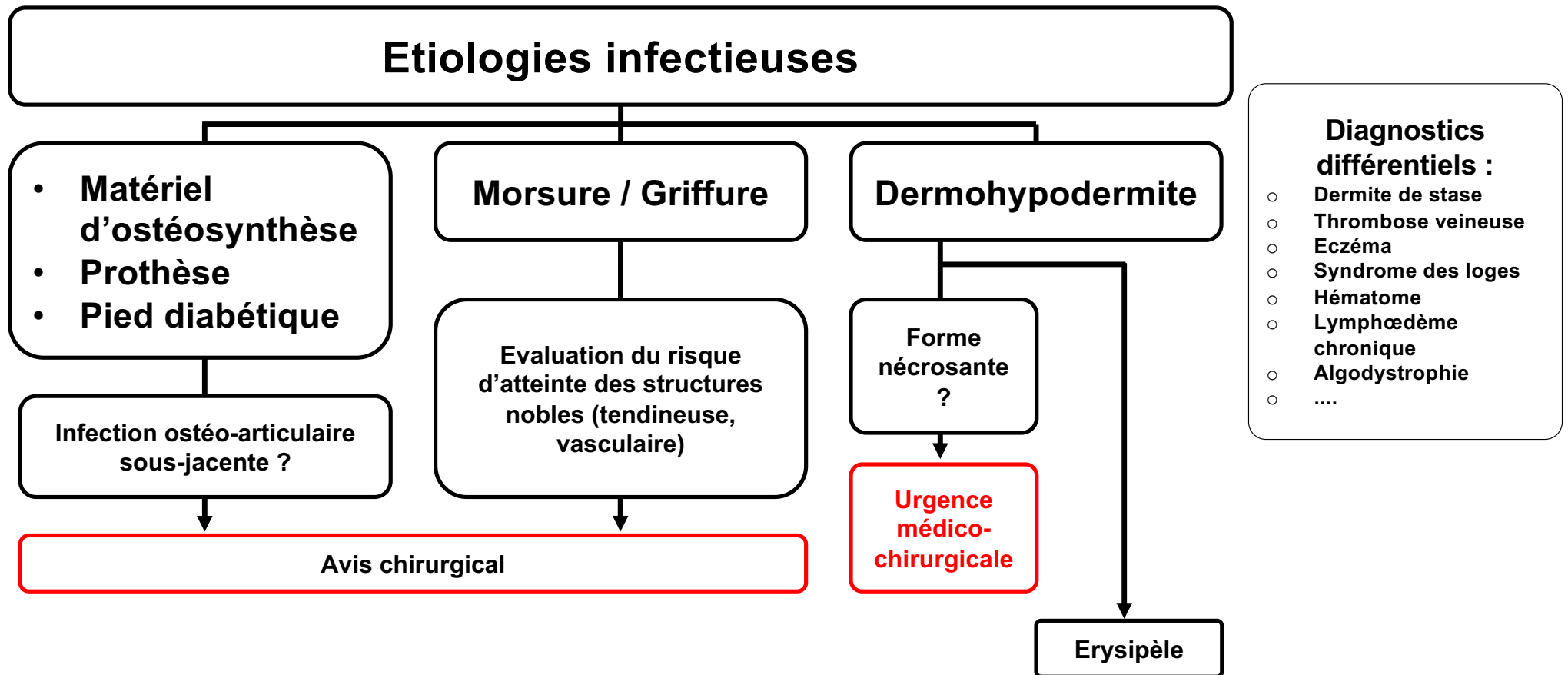
Si
phlyctènes,
même
ATB?



Take Home Message...



Orientation diagnostiques devant une grosse jambe rouge aigue



Synthèse antibiotiques

Antibiotique		Bactérie		
		Strepto	Staph	Anaérobies
Antibiotiques	Amoxicilline 50mg/kg en 3 prises, max 6g/j	+++		
	Clindamycine 600 mg x3, max *4/j	+++	+++	+
	Amox+ ac clav	+++	+	+++
	Pristinamycine 1 g x3/jour	+++	+++	
	Roxythromycine 150 mg x2/jour ou autres macrolides	+	+	
Tableau sévère, bactériémie	Amoxicilline 150mg /kg/j	+++		
	Cloxacilline 150mg/kg/j	+	+++	+/-
	Cefazoline 80-100mg/j	++	+++	+/-
Atteinte nécrosante?	Amoxicilline 200mg/kg en 6 prises + acide clavulanique max 1200mg + Clindamycine 600 mg x3/jour	+++	+++	+++
	Si périnée : Piperacilline – Tazobactam 4g/6-8h			



Merci!!

