



# Dermohypodermes, plaies et morsures: cas cliniques

Pauline Thill, PH Infectiologie – CHU Lille

Zoé SEMARD – PHC Urgences – CH Tourcoing

Diapo initial élaboré avec Stéphanie ANTONIOL - PH Urgences CHU Bichat

# Cas Clinique n° 1

- Mr H – 36 ans
- ATCD : toxicomanie substituée par Méthadone
- HDM: douleurs des 2 jambes suite à injection de buprénorphine récente
- En IAO: 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

SIGNES LOCAUX  
Crépitation sous cutanée  
Nécrose  
Hypoesthésie  
Lividités  
Induration



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées  
bactériennes courantes

Février 2019

Méthode Recommandations pour la pratique clinique



# Signes de gravité

**SIGNES LOCAUX**  
Crépitation sous cutanée  
Nécrose  
Hypoesthésie  
Lividités  
Induration

Extension rapide  
En quelques heures...



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées  
bactériennes courantes

Février 2019

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

# Signes de gravité

**SIGNES LOCAUX**  
Crépitation sous cutanée  
Nécrose  
Hypoesthésie  
Lividités  
Induration

Extension rapide  
En quelques heures...

Signes généraux de sepsis  
Signes mauvaise tolérance

# Signes de gravité

**SIGNES LOCAUX**  
Crépitation sous cutanée  
Nécrose  
Hypoesthésie  
Lividités  
Induration

Extension rapide  
En quelques heures...

Signes généraux de sepsis  
Signes mauvaise tolérance

Aggravation malgré 48h d'antibiothérapie  
adaptée

# Signes de gravité

**SIGNES LOCAUX**  
Crépitation sous cutanée  
Nécrose  
Hypoesthésie  
Lividités  
Induration

Extension rapide  
En quelques heures...

Signes généraux de sepsis  
Signes mauvaise tolérance

Aggravation malgré 48h d'antibiothérapie  
adaptée

**DOULEURS +++++**  
Impotence fonctionnelle

Quel est votre  
diagnostic?





### Épiderme :

- couche cornée,
- kératinocytes.

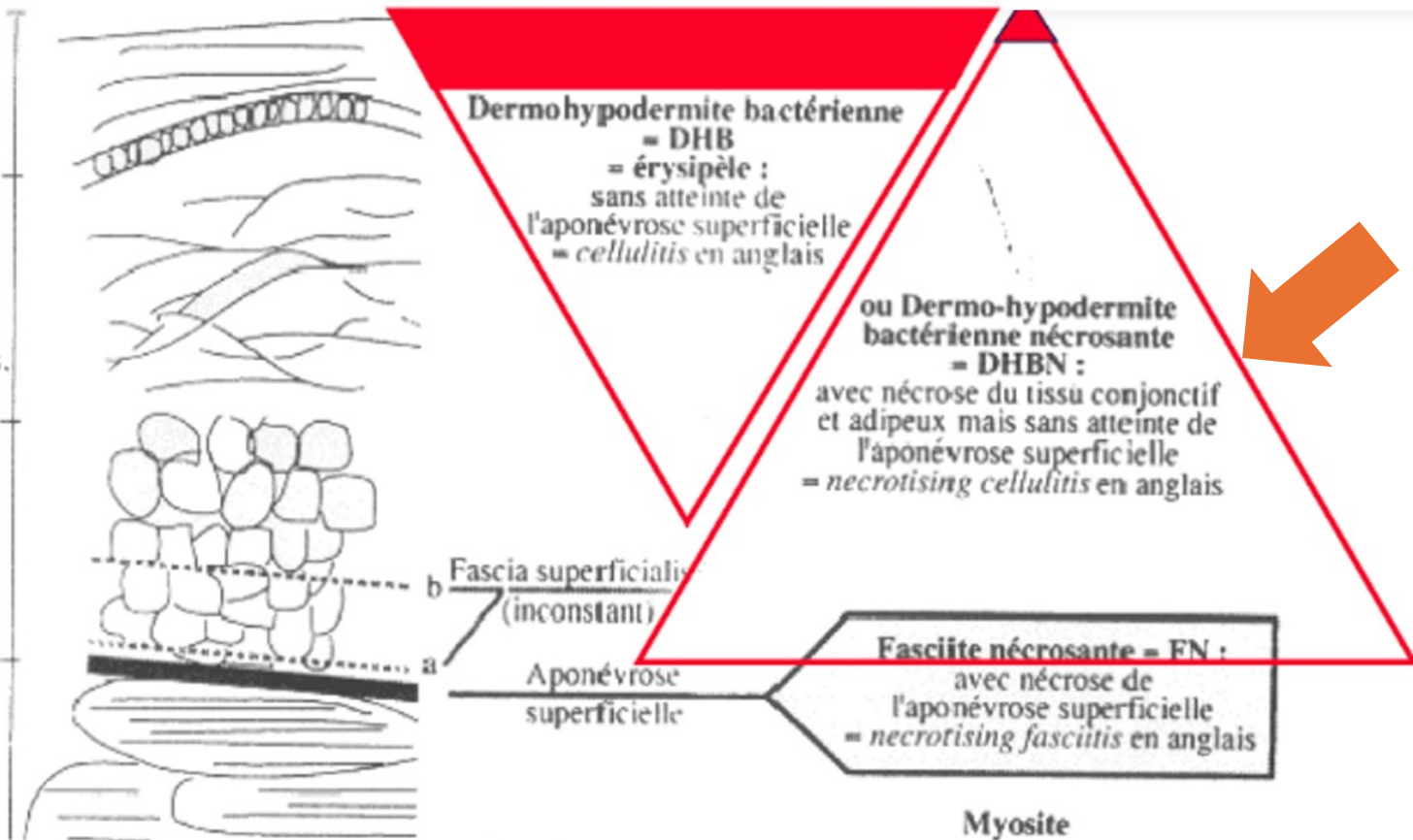
### Derme :

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

### Hypoderme :

- tissus graisseux,
- vaisseaux.

Muscle



Dermohypodermite  
Nécrosante

# Biologie

- Leucocytes: 19 000 /mm<sup>3</sup>
- CK 519 UI/L
- CRP 160 mg/l
- Reste sans particularité

Que  
prescrivez-  
vous ?

---





# Bactério 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



OU



Effet antitoxinique

Effectiveness of adjunctive clindamycin in  $\beta$ -lactam antibiotic-treated patients with invasive  $\beta$ -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

# Et si c'était un érysipèle simple?

---



# Et si c'était un érysipèle simple?

---



**AE**

Chez l'adulte, le traitement antibiotique curatif par voie orale recommandé d'une DHBNN est :

- en première intention : amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour ;
- en cas d'allergie à la pénicilline : pristnamycine (1 g x 3 /jour) ou clindamycine (600 mg x 3/jour, et jusqu'à 600 mg x 4/jour si poids > 100 kg).

Il est recommandé de prescrire ce traitement pour une durée de 7 jours.

La régression complète des signes cutanés est souvent retardée (2, voire 3 semaines) par rapport aux signes généraux, et un tel délai ne doit pas conduire à prolonger l'antibiothérapie.

Il est recommandé de ne pas prescrire d'antibiothérapie locale.

# Recherche porte entrée

---



# Examens complémentaires?

---

Diagnostic clinique = pas d'imagerie systématique  
Oui si suspicion autre bactérie que strepto ou signes complications locaux

Hémocultures devant la nécrose  
(bactériémie 5% cas DHBNN)



# Mesures associées?

---

Repos avec surélévation du membre

Ne pas prescrire de corticoïdes ou AINS

Anticoagulation à dose prophylactique

Port de contention veineuse efficace dès l'amélioration de la douleur

Mise à jour de la vaccination anti-tétanique



# DHBNN non streptococcique y penser devant

---

## TERRAIN

Immunodépression : autre bactérie? BGN?

Enfant : sur Varicelle ++ staph ou strepto groupe A

Retour de voyage : SARM?

## PORTE ENTREE

Morsure: bactéries pyogènes, anaérobies , Pasteurellose (Gram- d'évolution rapide)  
Souvent multigermes

Exposition professionnelle:

- Pasteurellose jardiniers (piques rosiers)
- Rouget du Porc (plaie main et manipulation viande ou poisson Bacille *Erysipelothrix rhusiopathiae* )

Toxicomanie IV : staph ++

# DHBNN autres localisations

---

FACE :

Strepto groupe A le + fréquent

Attention staphylococcie maligne de la face



Impétigo



Erysipèle



Staphylococcie maligne de la face

# DHBNN autres localisations

PERINEE :

SGA, enterobactéries, anaerobies.

DD: gangrène de Fournier = DHBN du périnée et des organes génitaux externe



Ettalbi et al, annales de chir plastique esthétique, 2023

## 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: TA 110/60 , FC 78 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 /mm<sup>3</sup>
- CRP 28 mg/L

Que  
prescrivez-  
vous ?

---





Plaie  
traumatique  
+ corps  
étranger

---

entérobactéries  
anaérobies  
**staphylocoque**  
Cperfringens Bcereus  
**streptocoque**  
Aeromonas



# Prise en charge

---



Extraction du corps étranger



AUGMENTIN

# Celui qu'on oublie toujours

---



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

SAT-VAT



## Cas Clinique n° 3

- Mme P. âgée de 66 ans
- ATCD: HTA, DT2
- 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 DHBNN

## Cas Clinique n° 3

- GDS en AA: ph 7.28, PaCO<sub>2</sub> 38 mmHg, PaO<sub>2</sub>:90 mmHg, bicar 22 mmol/l, lactate 4,2
- Leucocytes: 16 000 /mm<sup>3</sup>
- Hb:10 g/dl
- CRP 370 mg/l
- TP 56%
- CK 2400



Que  
prescrivez-  
vous ?

---

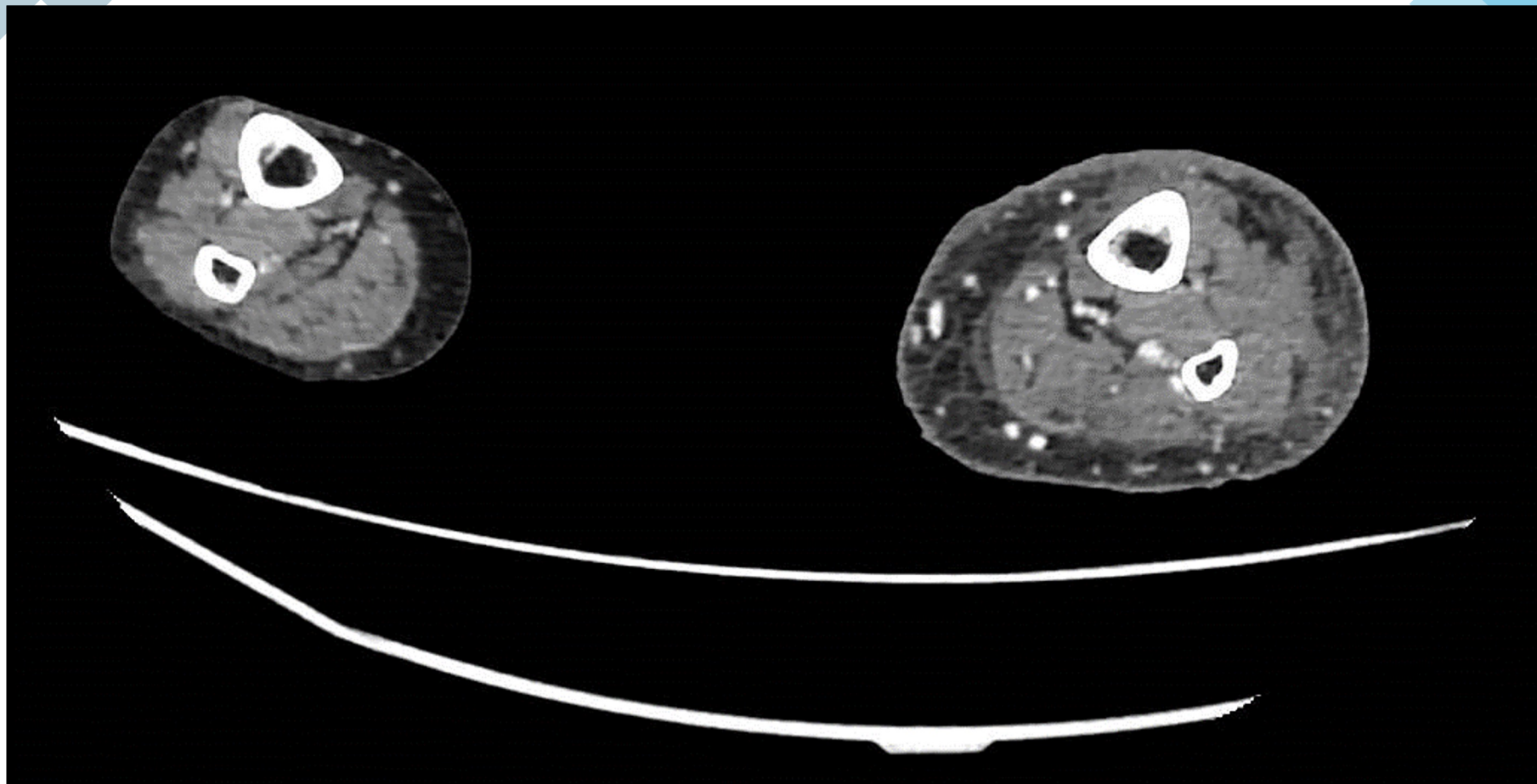


# Examens complémentaires?

---

Diagnostic clinique  
=> Pas d'imagerie systématique

Hémoculture devant le sepsis



# 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 23 ans
- Consulte pour douleur, gonflement main après morsure de Tatcher son chat



Quel est  
votre  
diagnostic  
?



# Qui se cache dans la bouche de Tatcher?

---



*Pasteurella multocida*

Anaérobies

*Pasteurella canis*

Streptocoques

Staphylocoques

*Capnocytophaga canimorsus*,





Que  
prescrivez-  
vous ?

---





## Cas Clinique n° 4

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

Que  
prescrivez-  
vous ?

---



# Il est allergique!!

Plaies aiguës en structure d'urgence

Référentiel de bonnes pratiques

Société française de médecine d'urgence

2017



<b>Plaies par morsures de mammifères</b>  <i>Pasteurella, streptocoques, staphylocoques, anaérobies</i>	<b>Absence</b> de signe infectieux local / général <i>[traitement préemptif systématique]</i>	<b>Protocole 1 :</b> Amoxicilline + acide clavulanique 1 g / 8 heures per os (h, PO)  <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <i>Si allergie aux pénicillines :</i>  <b>Protocole 2 : au choix</b>  Doxycycline 100 mg / 12 h PO </div>	5 jours
	<b>Présence</b> de signes infectieux locaux/ généraux	<i>Si cyclines contre-indiquées*</i> <b>ET allergie aux pénicillines :</b> <b>Protocole 3 : au choix</b> 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 plaie chronique inflammatoire





Initiez vous  
une ATB à  
ce stade?

---



AE

Il est recommandé d'évoquer le diagnostic d'infection bactérienne d'une plaie chronique face aux situations cliniques suivantes :

- une dermohypodermite aiguë en contiguïté d'une plaie : placard inflammatoire fébrile péri-lésionnel (cf. DHBNN) ;
- un abcès ou une suppuration franche au sein de la plaie (cf. abcès).

En l'absence de dermohypodermite ou de suppuration franche : le diagnostic d'infection bactérienne d'une plaie est difficile. Il est recommandé de l'évoquer en cas d'association de plusieurs signes cliniques :

- une douleur inhabituelle au niveau ou en périphérie de la plaie ;
- un arrêt de la cicatrisation ;
- un tissu de granulation friable ;
- l'aggravation de la plaie (augmentation rapide de la taille, de l'exsudat, caractère purulent ou nécrotique) ;
- des signes généraux d'infection.

Un avis spécialisé est recommandé dans ce type de situation.

Douleur inhabituelle

Abcès / Ecoulement purulent

Placard inflammatoire au pourtour  
de la plaie

Aggravation de la plaie : nécrotique

Sepsis – signes généraux

# Cas Clinique n° 5

- Une semaine plus tard,



# Cas Clinique n° 5

- Tableau de confusion fébrile
- Appel du 15 et transport en ambulance dans un SAU
- IAO: TA 70/33 mmHg, FC 118 bpm, FR 33/min, SpO2: 86% en AA, Glasgow 14, T 39°C





Quel est  
votre  
diagnostic?





# Sepsis sur Dermohypodermite sur plaie chronique

---



## Cas Clinique n° 5

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

Que  
prescrivez-  
vous ?

---





# Critères à considérer

---

Gravité  
=> Sepsis sévère

HDM et ATCD  
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

- Mme C 71 ans
- Antécédent: allergie à la pénicilline
- HDM: Consulte en urgence pour une éruption fébrile 38,3 malgré la pristnamycine 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:  
Piqûre en jardinant ses rosiers, signes infectieux locaux, pristinamicine prescrite par son MT depuis 72h
- Eruption depuis ce jour non prurigineuse

## Cas Clinique n° 7

- Leucocytes: 2 600 /mm<sup>3</sup> dont PNN 850/mm<sup>3</sup>  
eosinophiles 1200/mm<sup>3</sup>

- Hb: 13 g/dl

- CRP: 88 mg/L

- En creusant encore, automédication pour douleur de l'hallux => intro colchicine concomitante à la pyostacine prescrite par son mari qui est anesthésiste.



Quel est  
votre  
diagnostic  
et PEC?





Dermohypodermite sur plaie avec contamination tellurique  
=> AUGMENTIN / PYOSTACINE si allergie

Réaction allergique croisée car prise concomittante de colchicine  
et pyostacine qui sont une association contre indiquée  
=> Arrêt des traitements  
=> Hospitalisation, surveillance  
=> Bilan allergo à distance

# Take Home Message...

---



# 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			

# Synthèse durée de traitement

Pathologie	Traitement antibiotique 1 <sup>re</sup> intention	Si allergie à la pénicilline	Durée du TTT
<b>DHBNN adulte</b>	<b>Amoxicilline</b> : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour	<b>Pristinamycine</b> : 1g x 3 /jour ou <b>Clindamycine</b> : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg	7 jours
<b>DHBNN enfant</b>	<b>Amoxicilline-acide clavulanique</b> : 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/jour)	<b>Clindamycine</b> : 40 mg/kg/jour en 3 prises par jour (enfants > 6 ans) <b>Sulfaméthoxazole-triméthoprim</b> : 30 mg/kg/jour (exprimé en sulfaméthoxazole) en 3 prises par jour (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans)	7 jours
<b>DHBNN adulte</b> <b>Après morsure</b>	<b>Amoxicilline-acide clavulanique</b> : 50 mg/kg/jour d'amoxicilline sans dépasser 6 g/jour, et sans dépasser 375 mg/jour d'acide clavulanique	<i>Avis secondaire (spécialiste hospitalier)</i>	7 jours
<b>DHBNN adulte</b> <b>Après exposition professionnelle</b> <b>Suspicion d'érysipélate (rouget du porc)</b>	<b>Amoxicilline</b> : 50 mg/kg/jour (au maximum 6 g/jour)	<i>Avis secondaire (spécialiste hospitalier)</i>	7 jours



## Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Février 2019

A vous de jouer!

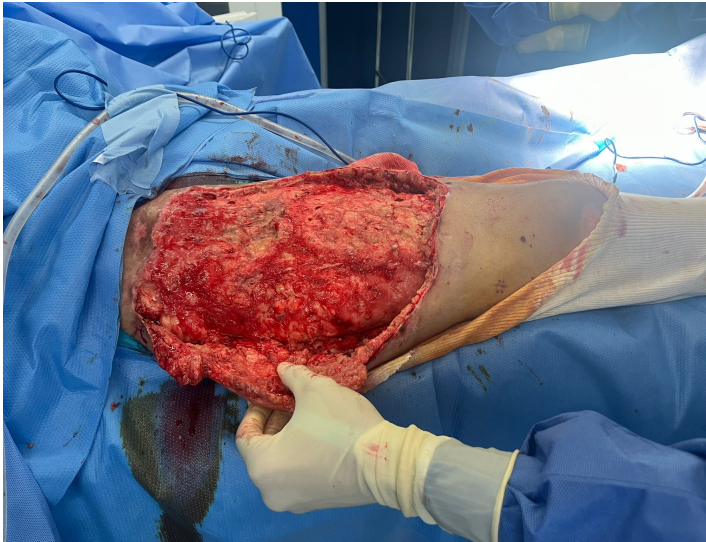
























**Merci!!**

