

**Prise en charge des Infections  
cutanées bactériennes courantes.**

**Recommandations de Bonne**

**Pratique (HAS)**

**Fevrier 2019**

# Groupe de Travail Inf Cut Bact HAS 2019

- Chargés de projet: Drs Emilie Hope-Rapp (Maladies infectieuses et Tropicales, Le Bouscat), Sophie Delaigue (médecine dermatologique, infectieuse et tropicales, Pétion-Ville. Haïti), Clélia Vanhaecke (Dermatologie, Reims), Arnaud Jannic (Dermatologie, Paris)
- Coprésidents: Prs Philippe Bernard (Société Française de Dermatologie, Reims), Eric Caumes, (SPILF, Paris)
- Chef de projet HAS: Dr Christine Revel-Delhom, Saint-Denis

# Potentiel liens d'Interet / Remerciements

- Honoraires de **Pfizer, Takeda, Zambon** et **Codexial** pour lecture (Inf Cut Bact) et participation à des advisory boards (vaccin dengue, benzoate de benzyl, permethrin)
- Remerciements au groupe de travail

# 3 Plaie chronique

impétigo

7

1

érysipèle

6

ecthyma

abcès

dermo  
hypodermite  
infectieuse

2

fasciite nécrosante

folliculites

porite

acné

hidrosadénite

anthrax

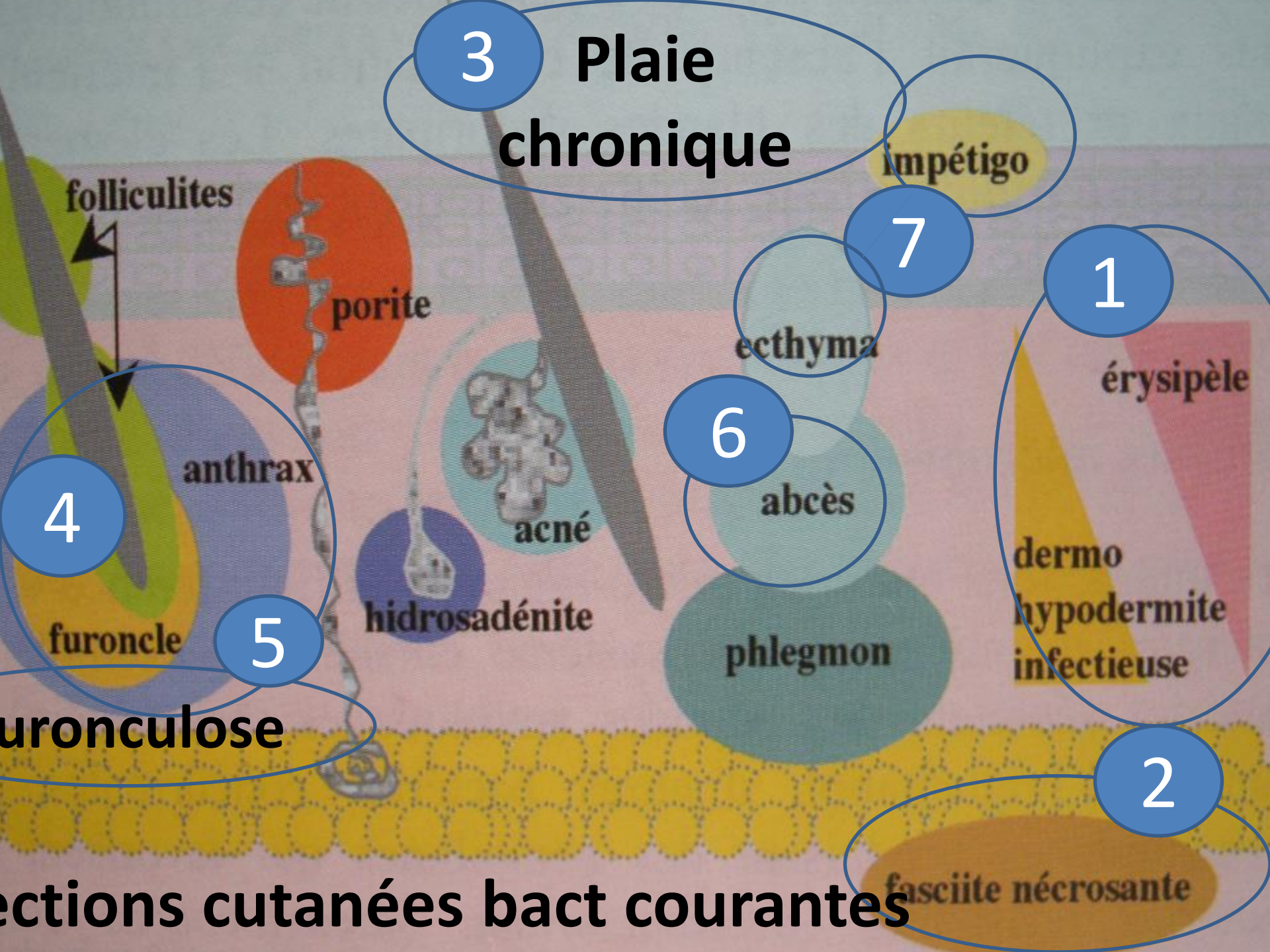
furoncle

4

5

uroniculose

infections cutanées bact courantes





cutanées



Infections



bacteriennes



# 1/ Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN) d'un membre (MI)

- L'érysipèle, c'est fini
- Diagnostic clinique:... PE loco-régionale: rupture barrière cutanée; FdeR: OMI (veineuse, lymphé)
- Le + fréquent: *Streptococcus pyogenes* (SGA)
- S.gravité: locaux, généraux, évolutifs
- Tt adulte: amoxicilline; clinda ou pristinamycine
- Tt enfant: AAC; TMP/SMX ou clindamycine
- Durée Tt: 7 jours
- Risque: récidence



# DHBNN non streptococcique: y penser devant....



- **Portes d'entrées particulières** : morsure animale (pasteurellose), exposition marine (BGN), voie veineuse périphérique (SARM), toxicomanie IV (SARM), ...
- **Certaines circonstances**: boucher (rouget du porc), poissonnier (rouget du porc), jardinier (pasteurellose), retour de voyages (SARM)
- **Certains terrains** : enfant (Hi), ID (n'importe)
- **Autres localisations** que MI: .....

# DHBNN : autres localisations

- **Face** : SGA le + fréquent mais attention à la staphylococcie « maligne ». Deux Dg différentiels : kystes épidermiques surinfectés, zona.
- **Périnée** : SGA, enterobactéries, anaerobies. Dg différentiel : gangrène de Fournier = DHBNN du périnée et des organes génitaux externe
- **OGE**: Streptocoque B



# Diagnostic différentiel des DHBNN

Causes infectieuses	Causes non infectieuses
<b>Fasciite/Dermo hypodermite nécrosante</b>	<b>Poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse</b>
Bursite	Erythème noueux
Erythème migrant	Maladie périodique
Lymphangite	Autres panniculites non infectieuses
Arthrite septique	Eczema de contact
Panniculite infectieuse	Thrombose veineuse superficielle ou profonde
	Piqûre d'insecte, cellulite de Wells

# Tt antibiotique DHBNN: penser à cibler autre chose que le strepto A si...

- Morsure : amoxicilline-acide clavulanique (50 mg/kg/jour d'amoxicilline – max: 6 g/jour amox), et sans dépasser 375 mg/jour AC - durée : 7 jours
- Suspicion d'érysipélateoïde (rouget du porc) : amoxicilline (50 mg/kg/j) – durée : 7 jours
- avis spécialisé dans les situations suivantes:
  - DHBNN liées aux soins (SASM, SARM, IN)
  - Exposition aquatique et marine (BGN)
  - Injection septique (toxicomanie IV)(SASM, SARM, IN)
  - Voyage à l'étranger (SARM)

# Complément du Tt antibiotique pour DHBNN de membre

- Repos avec surélévation du membre atteint (jusqu'à amélioration des signes locaux)
- Ne pas prescrire de corticoïdes ou AINS
- Anticoagulation à dose prophylactique (en fonction des FdR thrombo-emboliques pt)
- Port de contention veineuse efficace dès l'amélioration de la douleur (durée 3 semaines)
- Mise à jour de la vaccination anti-tétanique

# Prévention récidives si prise en charge des facteurs de risque inefficace : antibioprophylaxie

- Indication : > 2 DHBNN dans l'année écoulée.
- Benzathine pénicilline : 2,4 M UI IM / 2 à 4 sem
- Pénicilline V (phénoxy méthylpénicilline): 1 à 2 millions UI/jr PO (selon le poids) en 2 prises
- Azithromycine (250 mg/jour) si allergie à la pénicilline (hors AMM)
- Durée optimale non déterminée, à réévaluer selon évolution des facteurs de risque de récurrence.

## 2/ Fasciite nécrosante (FN) et dermo hypodermite bact nécrosantes (DHBN)

- SG : sepsis (qSOFA  $\geq 2$  chez l'adulte: Tr conscience, FR  $> 22$ /minute, PAS  $< 100$ mmHg), choc (toxinique)
- SF: douleur particulièrement intense, discordante avec les signes locaux, impotence fonctionnelle
- Signes dermato : lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration  $>$  érythème, nécrose locale,
- Evolution: extension rapide des signes locaux (qq heures) , aggravation signes  $> 48$  h après Tt AB
- Appel Centre 15, hospitalisation d'urgence

# 3/ Plaie chronique

- **Pas de Tt AB d'épreuve; avis spécialisé**
- **Prélvts bacterio si suppuration ou abcédation**
- **Suspecter une atteinte osseuse:**
  - FdR : plaie Gde taille et profonde avec mise à nu des tissus, voire de l'os, siège en regard proéminence os
  - Critères évolutifs: évolution défavorable ou trainante malgré prise en charge et apport artériel corrects,
  - Radio osseuse standard
  - Prélèvement bactériologique osseux tjrs < AB

# 4/ Furoncles compliqués

## Formes compliquées

Groupés : anthrax

Multiples

DHB peri-lesion

Abcès secondaire

SG (fièvre,...)

## Situations à risque de complications

Age < 1 an

Immunodépression

Co-morbidités  
(obésité, diabète,..)

Localisation (face  
+++, mains, PO)

Absence réponse

# Furoncle : prélèvement bactériologique

- Pas de prélèvement bactériologique pour Furoncle isolé (ville)
- Indications:
  - furoncle compliqué
  - au retour de voyages,
  - sur un terrain à risque de complication (cf. supra)
- Avant de débuter une antibiothérapie.
- Pas d'intérêt à rechercher la LPV (leucocidine de Panton-Valentine) en routine.





# Tt furoncle isolé non compliqué

- Guérison spontanée majorité des cas
- Interdiction de manipulation du furoncle (augmente le risque de complications)
- Soins locaux
  - Soins de toilette quotidiens (lavage à l'eau et au savon)
  - Incision de l'extrémité pour évacuer le bourbillon (furoncle volumineux)
  - Protéger la lésion avec un pansement
- Ne pas traiter avec AB locale ou générale

# Tt furoncle compliqué ou à risque de complications

- Mesures d'hygiène rigoureuses (changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours)
- Pas d'antibiothérapie locale.
- AB recommandée > prélvts bactério < résultats.
- AB anti Staphylococcique : clindamycine ou pristinamycine
- Durée : 5 jours.
- Réadapté selon évolution clinique et résultats prélèvements bactériologiques (antibiogramme).

# 5/ Furonculose

- **Bilan bactériologique limité:** prélvt de pus au furoncle  
- dépistage du portage de SA au niveau des gites/réservoirs (nez, gorge, anus, périnée) seulement  
> échec 1<sup>ère</sup> décolonisation des gites.
- **Présence de cas groupés** ( $\geq 2$  cas dans même foyer ou même collectivité)(Recos HCSP, 2014)
- **Tt en poussée** : hygiène, douche antiseptique (1 /jr pdt 7 jours, savon et shampoing, chlorhexidine), AB (pristinamycine ou clindamycine), 7 jours
- **Après guérison de la poussée** : Décolonisation simultanée des gites pt et entourage (personnes sous le même toit, et personnes en contact proche).

# Décolonisation et furonculose

- Protocole établi **recommandations sur la prise en charge et la prévention des infections cutanées liées aux souches de SARM-Co (HCSP 2014 )** – Applicable SASM
- Application nez pommade mupirocine X 2/j, pdt 7 jrs
- Utilisation d'une solution moussante de chlorhexidine (savon et shampoing) x 1/j pdt 7 jours
- Mesures d'hygiène : mains (lavage des mains, ongles courts et propres), corps (douche quotidienne), linge (vêtements propres, changer linge de toilette et draps)
- Hygiène de l'environnement (linge, vaisselle, locaux),
- Bains de bouche X 2/jr chlorhexidine (enfant > 6 ans)

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clef>

# 6/ Abscès



- **Bilan:** Prélèvement bactériologique du pus de l'abcès toujours recommandé
- **Tt chirurgical** = incision/drainage
- **AB courte durée** (5 jours) active sur SA: oxacilline ou cloxacilline IV, clindamycine per os/IV, pristinamycine per os, cefazoline IV
- Renforcement des mesures d'hygiène

# 7/ Impétigo: Bilan



- Impétigo peu étendu et 1ere poussée: pas de prélèvement bactériologique.
- Indications = F. graves: ecthyma (forme nécrotique), impétigo > 2 % de la SC totale, impétigo > 6 lésions, extension rapide
- Prélèvement de pus, liquide de bulle
- Débuter Tt AB < résultats bactériologiques
- Dépistage systématique de GNA post-streptococcique non nécessaire dans les suites

# Impétigo: Traitement

- **Hygiène:** Toilette (1-2/jr, eau et savon), puis rinçage soigneux, puis vaseline sur les croûtes.
- **Interdits:** Pas d'AB locale en cas d'AB générale, pas d'antiseptiques locaux avec soins toilette.
- **F.non sévères:** mupirocine (2 à 3/ jr pdt 5 jrs)
- **F.sévères\*:** Pristinamycine, ou C1G (céfalexine) pdt 7 jours. Réévaluée selon résultats bactériolo

\* Définies comme ecthyma, surface cutanée atteinte > 2 % de la SC totale , > 6 lésions, et extension rapide. Recommandations « Antibiothérapie locale en dermatologie » AFSSAPS 2004

# Impétigo chez l'enfant

- Amoxicilline/acide clavulanique ou une C1G (comme le céfadroxil) - allergie à la pénicilline: josamycine.
- Eviction de collectivité +/- recommandée en fonction de la localisation des lésions :
  - Lésions protégeables par pansement: pas d'éviction
  - Lésions non protégeables : 3 jours d'éviction de collectivité après le début du traitement.



**Merci pour votre attention**



**Palais des papes, Avignon**