

**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

phlegmon

fasciite nécrosante

folliculites

porite

acné

hidrosadénite

anthrax

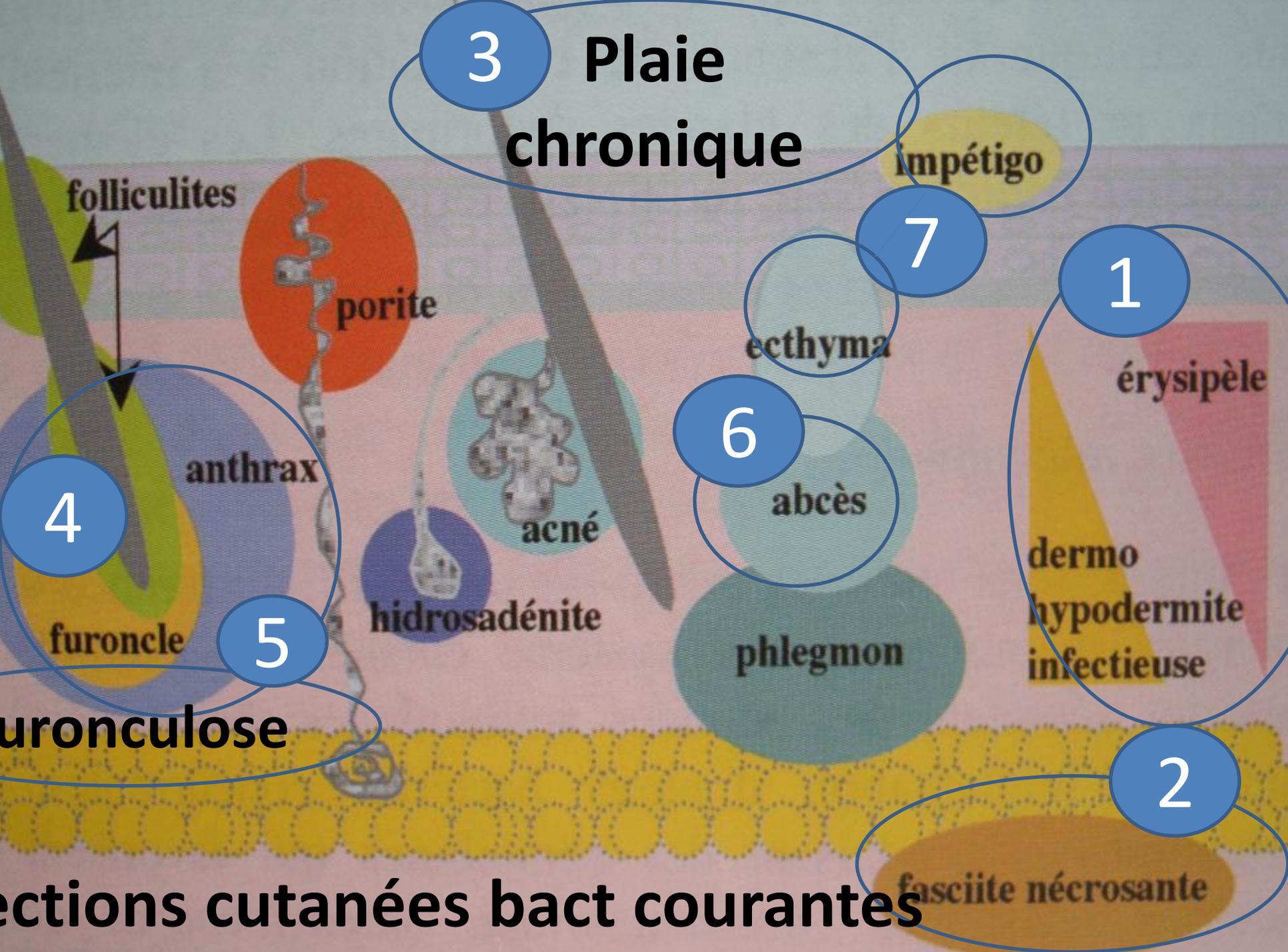
4

furoncle

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
Fasciite/Dermo hypodermite nécrosante	Poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse
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 ≥ 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^{ère} décolonisation des gites.
- **Présence de cas groupés** (≥ 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