

## SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Février 2019

Ces recommandations pour la prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes s'adressent prioritairement aux médecins de ville (généralistes, pédiatres, dermatologues). Elles précisent le type d'antibiothérapie lorsque celle-ci peut être réalisée en ambulatoire, ainsi que les situations où un avis hospitalier est nécessaire sans réaliser d'examen complémentaires, ni débuter une antibiothérapie probabiliste au préalable.

### Messages clés

- La durée totale de l'antibiothérapie en ambulatoire doit être courte (au maximum 7 jours).
- Pour chaque type d'infection cutanée bactérienne, la place des prélèvements bactériologique est précisée.
- La prise en charge des dermohypodermes bactériennes (DHB) est déclinée en séparant la forme commune non nécrosante de l'adulte d'origine streptococcique (anciennement : érysipèle), de formes particulières par leur contexte (morsure, etc.) ou le terrain (enfant), ainsi que des formes graves, nécrosantes, dont la prise en charge est urgente et hospitalière.

## DERMOHYPODERMITES BACTÉRIENNES NON NÉCROSANTES (DHBNN)

### Facteurs de risque

- |                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| ■ Antécédent personnel de DHBNN. | ■ Obésité (IMC > 30).          |
| ■ Porte d'entrée cutanée.        | ■ Œdème chronique, lymphœdème. |

Les DHBNN surviennent en majorité chez l'adulte. Elles sont alors principalement dues au streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (SGA).

Chez l'enfant, le principal facteur favorisant des DHBNN est la varicelle, et elles peuvent être dues soit au SGA soit au *Staphylococcus aureus* (SA).

### Diagnostic

- **Clinique** : apparition brutale d'un placard inflammatoire bien circonscrit associé à une fièvre.
- Rechercher une porte d'entrée cutanée locorégionale.
- Délimiter au feutre les contours du placard inflammatoire ou réaliser une photographie.
- Pas d'examen complémentaire.

## Signes de gravité

- **Signes généraux** de sepsis<sup>1</sup> ou de choc toxinique.
- **Extension rapide** des signes locaux en quelques heures.
- **Douleur très intense**, impotence fonctionnelle.
- **Signes locaux** : lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, nécrose locale.
- **Aggravation** des signes locaux dans les 24 à 48 heures malgré l'instauration d'une antibiothérapie adaptée.

## Complications

- Récidive (20 à 30 % des cas).
- Abcédation.
- Décompensation des comorbidités.
- Sepsis, choc septique, choc toxinique, bactériémie (très rare).

## Diagnostic différentiel

- Dermohypodermite et fasciite nécrosantes (DHBN et FN) : si [signes de gravité](#).
- Poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse : si atteinte des membres inférieurs, bilatérale et sans fièvre.
- Staphylococcie « maligne » de la face : si localisation faciale et signes généraux importants.
- Gangrène de Fournier : si localisation périnéale et sepsis.

## Traitement

- Antibiothérapie : pendant 7 jours ([voir tableau 1](#)).
- Pas d'antibiothérapie locale.
- Pas de corticoïdes ni d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en adjuvant.
- Mesures d'accompagnement :
  - si atteinte d'un membre : repos avec surélévation du membre atteint ;
  - contention veineuse dès l'amélioration de la douleur ;
  - mise à jour de la vaccination antitétanique.
- En prévention des récurrences :
  - prise en charge des facteurs de risque (lymphœdème, porte d'entrée, obésité) ;
  - antibioprophylaxie (effet suspensif) si facteurs de risque non contrôlables et après deux épisodes dans l'année écoulée (uniquement chez l'adulte) : durée en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence ([voir tableau 1](#)).

## Hospitalisation en urgence

- Si [signes de gravité](#) locaux ou généraux.
- Risque de décompensation d'une comorbidité.
- Obésité morbide (IMC > 40).
- Sujet âgé > 75 ans polypathologique.
- Âge inférieur à 1 an.

## Hospitalisation secondaire

- Évolution défavorable dans les 24 à 48 heures après l'instauration de l'antibiothérapie.

1. Score de qSOFA chez l'adulte : troubles de conscience, fréquence respiratoire  $\geq 22$ /minute et PAS  $\leq 100$  mmHg.

# FASCIITE NÉCROSANTE (FN) ET DERMOHYPODERMITES BACTÉRIENNES NÉCROSANTES (DHBNN)

## Facteurs de risque

- Diabète.
- Obésité (IMC > 30).
- Immunodépression.
- Malnutrition.
- Varicelle (chez l'enfant).
- Âge supérieur à 60 ans.
- Insuffisance veineuse.
- Toxicomanie intraveineuse.
- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI).
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens.

## Urgence médico-chirurgicale avec mise en jeu du pronostic vital

### Diagnostic

- **Clinique** : **Signes de gravité** locaux ou généraux d'une DHBNN.
- Pas d'examens complémentaires en ville pour ne pas retarder la prise en charge thérapeutique qui doit être hospitalière.

### Conduite à tenir

- **Appeler le 15 pour une hospitalisation en urgence dans un service spécialisé.**

# INFECTION BACTÉRIENNE DES PLAIES CHRONIQUES

### Diagnostic

- **Dermohypodermite** aiguë (placard inflammatoire fébrile péri-lésionnel) en contiguïté d'une plaie chronique ([voir chapitre DHBNN](#)).
- **Abcès** ou suppuration franche au sein de la plaie ([voir chapitre Abcès](#)).
- **Suspicion de plaie chronique cliniquement infectée**, en cas d'association de plusieurs signes suivants :
  - 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.
- Pas de prélèvement bactériologique systématique :
  - sauf si suppuration franche ou abcédation : prélèvement du pus avant antibiothérapie.

### Complications

- Risque d'infection osseuse (si plaie de grande taille, profonde avec mise à nu des tissus voire de l'os, en regard d'une proéminence osseuse et d'évolution défavorable).

### Traitement

- Dermohypodermite ou abcès : voir chapitres correspondants.
- Suspicion de plaie chronique cliniquement infectée : avis spécialisé.

## FURONCLES ET ANTHRAX

### Formes compliquées de furoncles

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ Conglomérat de furoncles : anthrax.</li><li>■ Multiplication des lésions.</li><li>■ Apparition d'une dermohypodermite péri-lésionnelle.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Abcédation secondaire.</li><li>■ Présence de signes systémiques (fièvre).</li></ul> |
|---|---|

Le furoncle est une infection profonde et nécrosante du follicule pilo-sébacé due à *Staphylococcus aureus* (SA).

### Diagnostic et bilan

- **Clinique** : lésion papulo-nodulaire très inflammatoire évoluant en 5 à 10 jours vers la nécrose folliculaire avec l'élimination du follicule pileux (bourbillon).
- Pas de recherche de la toxine **LPV** (leucocidine de Panton-Valentine).
- **Furoncle isolé** : pas de prélèvement bactériologique.
- **Furoncle compliqué** : prélèvement bactériologique du pus avant antibiothérapie.

### Traitement

- **Furoncle isolé** : soins locaux.
  - pas de manipulation du furoncle (limite le risque de complications) ;
  - soins de toilette quotidiens (lavage à l'eau et au savon) ;
  - incision de l'extrémité pour évacuer le bourbillon (furoncle volumineux) ;
  - protection de la lésion avec un pansement ;
  - pas d'antibiothérapie (locale ou générale).
- **Furoncle compliqué** : antibiothérapie orale pendant 5 jours ([voir tableau 1](#)).
  - pas d'antibiothérapie locale ;
  - mesures d'hygiène rigoureuses (changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours) ;
  - chez l'enfant : avis spécialisé (pédiatre hospitalier) car les formes compliquées abcédées sont plus fréquentes.

## FURONCULOSE

### Diagnostic et bilan

- **Clinique** : répétition de furoncles pendant plusieurs mois, voire des années.
- Prélèvement bactériologique d'un furoncle avant traitement.
- Dépistage du portage de SA au niveau des gîtes bactériens (nez, gorge, anus, périnée) : après échec d'une première décolonisation des gîtes bactériens.

### Traitement

- **Lors d'une poussée** :
  - antibiothérapie orale anti-staphylococcique pendant 7 jours ([voir tableau 1](#)) ;
  - mesures d'hygiène et protection des lésions par pansement ;
  - douches antiseptiques avec une solution moussante de chlorhexidine comme savon et comme shampoing (une fois par jour pendant 7 jours).
- **Après guérison de la poussée** :
  - décolonisation des gîtes bactériens du patient et de son entourage (personnes vivant sous le même toit, et personnes en contact proche).

## Protocole de décolonisation

- Application nasale de pommade de mupirocine deux fois par jour pendant 7 jours.
- Utilisation une fois par jour pendant 7 jours d'une solution moussante de chlorhexidine comme savon et comme shampoing.
- Mesures d'hygiène corporelle, porter des vêtements propres, changer fréquemment le linge de toilette.
- Mesures d'hygiène de l'environnement (linge, vaisselle, entretien des locaux).
- Bains de bouche biquotidiens à la chlorhexidine (adulte et enfant à partir de 6 ans).

## ABCÈS CUTANÉS

Les abcès cutanés primaires sont le plus souvent dus à SA.

### Diagnostic et bilan

- **Clinique** : nodule inflammatoire, douloureux, de consistance liquidienne (pus), de taille variable, siégeant inconstamment au sein d'un placard inflammatoire (dermohypodermite) et parfois associé à une fièvre.
- Prélèvement bactériologique du pus de l'abcès.

### Traitement

- Le traitement est médical et chirurgical.
- **Traitement chirurgical** : incision/drainage chirurgical.
- **Traitement médical** : antibiothérapie pendant 5 jours ([voir tableau 1](#)).
- Renforcement des mesures d'hygiène.

## IMPÉTIGO

L'impétigo est avant tout une pathologie pédiatrique : pic d'incidence entre 0 et 10 ans et prédominance estivale. Il est principalement dû à SA, et parfois au SGA.

### Diagnostic et bilan

- **Clinique** : lésions cutanées vésiculo-pustuleuses et secondairement croûteuses (forme habituelle non bulleuse). Forme bulleuse préférentiellement chez les jeunes enfants (âgés de moins de 2 ans).
- Impétigo localisé ou peu étendu : pas de prélèvement bactériologique.
- Formes graves d'impétigo : prélèvement bactériologique des lésions d'impétigo actives (pus, liquide de bulle).

### Formes graves d'impétigo

- Ecthyma (forme nécrotique creusante).
- Impétigo ayant plus de 6 lésions.
- Impétigo avec une surface cutanée atteinte > 2 % de la surface corporelle totale<sup>2</sup>.
- Extension rapide des lésions.

2. Chez l'enfant : 1 % = surface d'une paume de la main.

## Complications

- Glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique :
  - exceptionnelle en France métropolitaine ;
  - pas de dépistage systématique de glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique dans les suites d'un impétigo.

## Traitement

- **Soins de toilette** quotidiens ou biquotidiens, avec nettoyage à l'eau et au savon suivi d'un rinçage soigneux.
- Pas d'application d'antiseptiques locaux.
- **Impétigo localisé** ou peu étendu :
  - antibiothérapie locale par mupirocine : 2 à 3 fois par jour durant 5 jours.
- **Formes graves d'impétigo** :
  - antibiothérapie orale durant 7 jours, sans attendre les résultats du prélèvement bactériologique ([voir tableau 1](#)) ;
  - applications biquotidiennes de vaseline (après les soins de toilette) ;
  - pas d'antibiothérapie locale ;
  - pas de nécessité de prendre en compte le SARM pour le traitement probabiliste de première intention d'un impétigo (en France, 5 à 10 % de SARM parmi la population de SA communautaires) ;
- **Éviction de collectivité** : Si lésions non protégeables par pansement : 3 jours d'éviction après le début du traitement.

### Impétiginisation

- Infection bactérienne d'une dermatose préexistante (pédiculose du cuir chevelu, gale, varicelle, prurigo ou dermatite atopique).
- Traitement de la dermatose sous-jacente en plus du traitement antibiotique (local ou général) de l'impétigo.

Tableau 1. Antibiothérapie générale des infections cutanées bactériennes courantes

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-triméthoprime</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'érysipélateoïde (rouget du porc)</b>	<b>Amoxicilline</b> : 50 mg/kg/jour (au maximum 6 g/jour)	<i>Avis secondaire (spécialiste hospitalier)</i>	7 jours
<b>DHBNN adulte</b> <b>Antibiopro-phylaxie</b>	<b>Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard)</b> : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines <b>Pénicilline V (phénoxyméthylpénicilline)</b> : 1 à 2 millions UI/jour selon le poids en 2 prises	<b>Azithromycine</b> : 250 mg/jour	À évaluer : en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence.
<b>Furoncle compliqué</b>	<b>Clindamycine</b> : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg <b>Pristinamycine</b> : 1 g x 3 /jour	<i>Idem</i>	5 jours
<b>Furonculose</b>	<b>Clindamycine</b> : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg <b>Pristinamycine</b> : 1 g x 3 /jour	<i>Idem</i>	7 jours

Pathologie	Traitement antibiotique 1 <sup>re</sup> intention	Si allergie à la pénicilline	Durée du TTT
<b>Abcès cutanés</b>	<p><b>Clindamycine per os/IV</b> : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids &gt; 100 kg</p> <p><b>Pristinamycine per os</b> : 1 g x 3 /jour</p> <p><b>Oxacilline ou cloxacilline IV</b> : 6 à 12 g/jour</p> <p><b>Céfazoline IV</b> : 3 à 6 g/ jour</p>	<i>Idem (sauf oxacilline/cloxacilline et céfazoline)</i>	5 jours
<b>Formes graves d'impétigo</b> <b>Adulte</b>	<p><b>Pristinamycine per os</b> : 1 g x 3 /jour</p> <p><b>Céfalexine per os</b> : 2 à 4 g/jour</p> <p><i>À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</i></p>	<b>Pristinamycine per os</b> : 1 g x 3 /jour	7 jours
<b>Formes graves d'impétigo</b> <b>Enfant</b>	<p><b>Amoxicilline/acide clavulanique</b> : 80 mg/kg/ jour</p> <p><b>Céfadroxil</b> : 100 mg/kg/ jour</p> <p><i>À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</i></p>	<b>Josamycine</b> : 50 mg/kg/ jour	7 jours