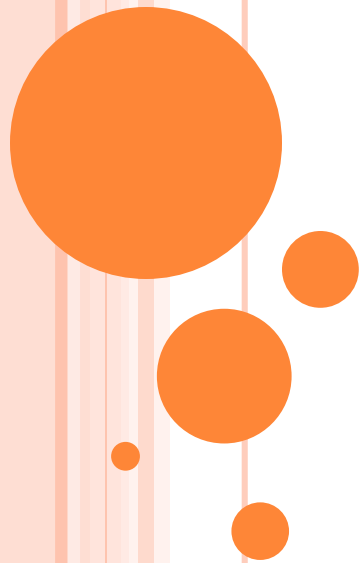


**PRISE EN CHARGE DES
INFECTIONS CUTANÉES
BACTÉRIENNES COURANTES.
RECOMMANDATIONS DE BONNE
PRATIQUE (HAS) FÉVRIER 2019**



Dr Sophie LEAUTEZ-NAINVILLE
Service MPU-infectiologie
CHD Vendée

GROUPE DE TRAVAIL INFECTIONS CUTANÉES BACTÉRIENNES 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



RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

- S'adressent prioritairement aux médecins de ville
- Messages clés:
 - Durée ATB
 - Indication et surtout non indication des prélèvements locaux
 - Séparer les DHB non graves des fasciites nécrosantes
 - Particularités chez l'enfant



1/ DERMOHYPODERMITE BACTÉRIENNE NON NÉCROSANTE (DHBNN) D'UN MEMBRE (MI)

- L'érysipèle, c'est fini ...**maintenant c'est DH (aigue)
BNN**
- • Diagnostic clinique= grosse jambe rouge aigue fébrile, principalement chez les adultes, membre sup en cas d'antécédent de cancer du sein
- pas d'examen complémentaire
- • Le + fréquent: *Streptococcus pyogenes* (SGA) chez l'adulte, *enfant sta aureus et strepto (complication de la varicelle)*
- Facteur de risque:
 - antécédent de DHBNN,
 - obésité,
 - oedème chronique des membres inférieurs, lympoedème
 - Varicelle pour l'enfant









DHBNN

○ • **Signes de gravité:**

- Locaux = extension rapide des signes locaux en qq heures
- Généraux: Sepsis, choc septique
- Douleur très intense, impotence fonctionnelle

○ **Complications**

- Récidives (20-30%)
- Abcédation
- Décompensation des comorbidités
- Sepsis, choc septique, bactériémie



DHBNN TRAITEMENT

-antibiothérapie 7 jours (*pour les patients suivis exclusivement en ambulatoire, en hospitalisation en pratique ça ne suffit pas toujours....*)

Pas d'antibiothérapie par voie locale (inefficacité)

Pas de corticoïdes ni AINS (risque de fasciite...)

-Surélévation membre inférieur

-Contention veineuse en fonction de la douleur

-Traiter la porte d'entrée (*sinon ça va récidiver...*)
ex intertrigo

-Mise à jour vaccin antitétanique (*en pratique DTP+- coq*)



DHBNN

- Antibiothérapie
 - **Adulte amoxicilline 50 mg/ kg/ jour en 3 prises avec un max de 6 g par jour en per os** (absorption saturable)
 - Alternative pristinamycine 1g*3
 - Ou **clindamycine 600 mg * 3 par jour** (*4 si poids>100kg)
 - Durée 7 jours *dans le meilleur des cas (sinon plus au cas par cas)*

 - **Enfant amox-ac clavulanique 80 mg/kg/j (cible aussi le st aureus)** en 3 prises, max 3g d'amox, ou clinda 40 mg/kg/j en 3 prises (si > 6 ans) ou sulfaméthoxazole-triméthopri- me 30 mg/kg/j de sulfamethoxazole) en 3 prises par jour/ 7jours *C1G per os possibles aussi.....ex cefaclor 20mg/kg/j en 3 prises*



DHBNN

- Cas particulier
 - Morsure: **amox-acide clavulanique** 50 mg/kg/jour en 3 prises sans dépasser 6 g d'amoxicilline par jour , 7 jours



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 (oracilline)**: 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-HYPODERMITES BACTÉRIENNES NÉCROSANTES (DHBN)

- Facteurs de risque
 - Diabète
 - **Obésité IMC>30**
 - **Immunodépression**
 - **Malnutrition**
 - **Varicelle (enfant)**
 - Age>60a
 - Insuffisance veineuse
 - Toxicomanie IV
 - AOMI
 - **AINS**



DHBN

- Signes généraux sepsis, choc septique
- **Douleur très intense** discordante avec les signes locaux, impotence fonctionnelle
- Lividités, taches cyaniques, crépitation sous cutanée, hypo ou anesthésie locale, nécrose locale
- **Extension rapide** des signes locaux en qq heures
- **Aggravation des signes locaux 48 h après** le début de l'ATB, malgré ttt adapté



DHBN

- **Cat: appeler le 15!**
- **Prise en charge médico chirurgicale**
- **Diagnostic clinique**



3/PLAIE CHRONIQUE

- Pas de Tt AB d'épreuve; avis spécialisé
- • Prélvts bacterio si suppuration ou abcédation (prélèvement du pus)
- **Pas d'écouvillonnage de plaie = aucune valeur diagnostique**
- • **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 avant de débiter les ATB
- **ATB si DHBNN: cf, si abcès:** anti staphylococcique ex clindamycine po ou IV



4/IMPETIGO

- **Enfant+++**
- **Sta aureus** surtout, parfois strepto groupe A
- Lésions périorificielles vésiculo-pustuleuses puis crouteuses,
- Très contagieux, manuportage++et risque d' »auto-inoculation » par grattage des lésions...
- Si localisé ou peu étendu: pas de prélvt bactériolo
- Si forme grave (rare!) (formes nécrosantes, ...) : prélèvement bactériolo sur pus, liquide de bulle



IMPETIGO



IMPETIGO



(C) Site FMC Dermatologie
<http://dermatologie.free.fr>



IMPETIGO

○ Traitement

- Soins de toilette quotidiens ou biquotidiens nettoyage à l'eau et savon puis rinçage soigneux
- **Pas d'antiseptiques locaux**
- Localisé ou peu étendu: mupirocine 2 à 3 fois par jour pdt 5 jours
- Formes étendues ou graves
 - Amoxicilline-acide clav 80mg/kg jour ou **cefadroxil (C1G) 100mgkgjour en 2 prises par jour pdt 7 jours (allergie= josamycine)**
 - **Pas d'atb locale**
 - **Vaseline**
 - **Éviction collectivité si lésions non protégeables par pansement:3 jours après le début du ttt**



5/FURONCLES ET ANTHRAX

- Anthrax= conglomérat de furoncles
- **Furoncle isolé**: pas de prélèvement, ttt local, en pas manipuler le furoncle, lavage eau et savon, incision de l'extrémité pour évacuer le bourbillon si furoncle volumineux), protection par pansement, **pas d'atb, ni locale si générale**
- **Furoncle compliqué** (anthrax, abcédation, fièvre): prélèvement de pus avt ATB; **ATB orale 5 jours clinda** ou pristinamycine
- Pas de cloxacilline po (mauvaise biodisponibilité)



FURONCULOSE

- Répétition de furoncles sur plusieurs mois ou années
- **Dépistage de portage de sta aureus** dans le nez si échec d'une première « décolonisation » des gites bactériens
- Lors d'une poussée: 7 jours clinda ou pristinamycine
- Décolonisation des gites bactériens



PROTOCOLE DE DÉCOLONISATION EN CAS DE FURONCULOSE

- **Mupirocine nasale 2 fois par jour**
- **Douche corps entier solution moussante de chlorhexidine 1 par jour**
- **Bains de bouche chlorexidine 2 fois par jour (enfant > 6 ans et adulte)**
- **Le tout pdt 7 jours**
- **Mesures hygiène corporelle, linge de toilette, ...**



CONCLUSION

- **Pas de prélèvements bactériologiques locaux sur infection cutanée sauf exception (abcès)**
- **Pas d'antiseptique sur infections cutanées**
- **Pas d'atb locaux**
- **Durées de tt raccourcies qd c'est possible (formes non compliquées) 5 à 7 jours**

