

QUOI DE NEUF DANS LES INFECTIONS CUTANÉES?

Dr Violaine Corbin

Rencontres du Lioran 1^{er} octobre
2021

Épiderme

Membrane basale

Derme

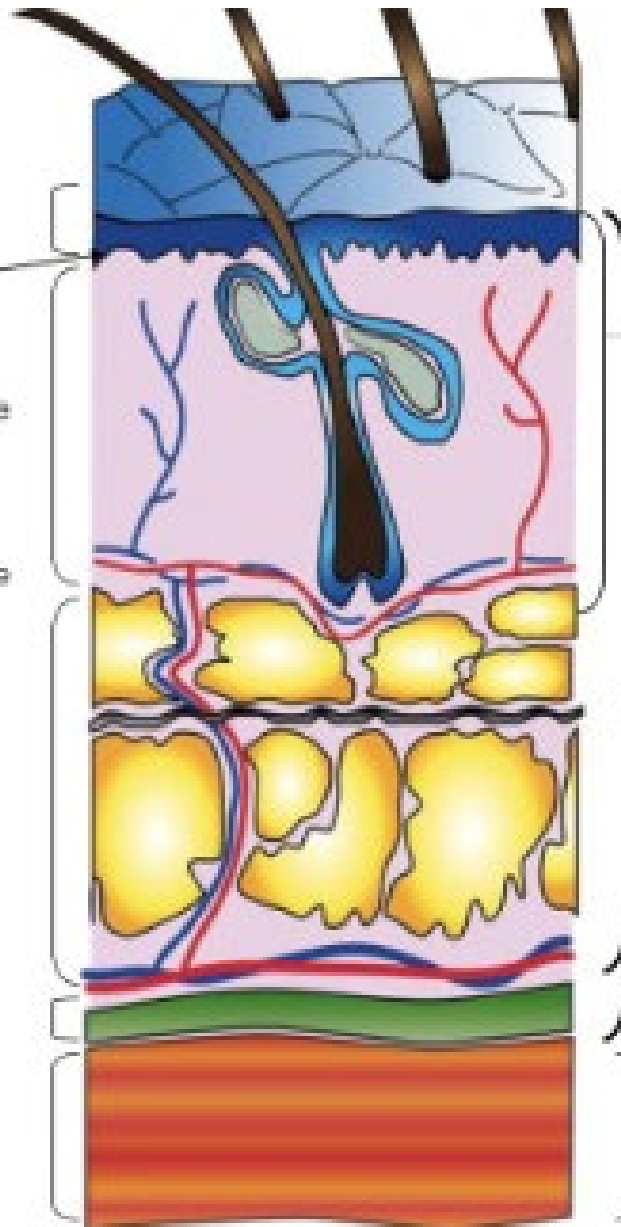
- Terminaison nerveuse
- Réseau vasculaire dermique superficiel
- Pédicule artériel et veineux en chandelier
- Annexes cutanées
- Réseau vasculaire dermique profond

Hypoderme

- Nerfs perforants
- Fascia superficiels
- Réseau vasculaire fascio-aponévrotique

Aponévrose superficielle

Muscle

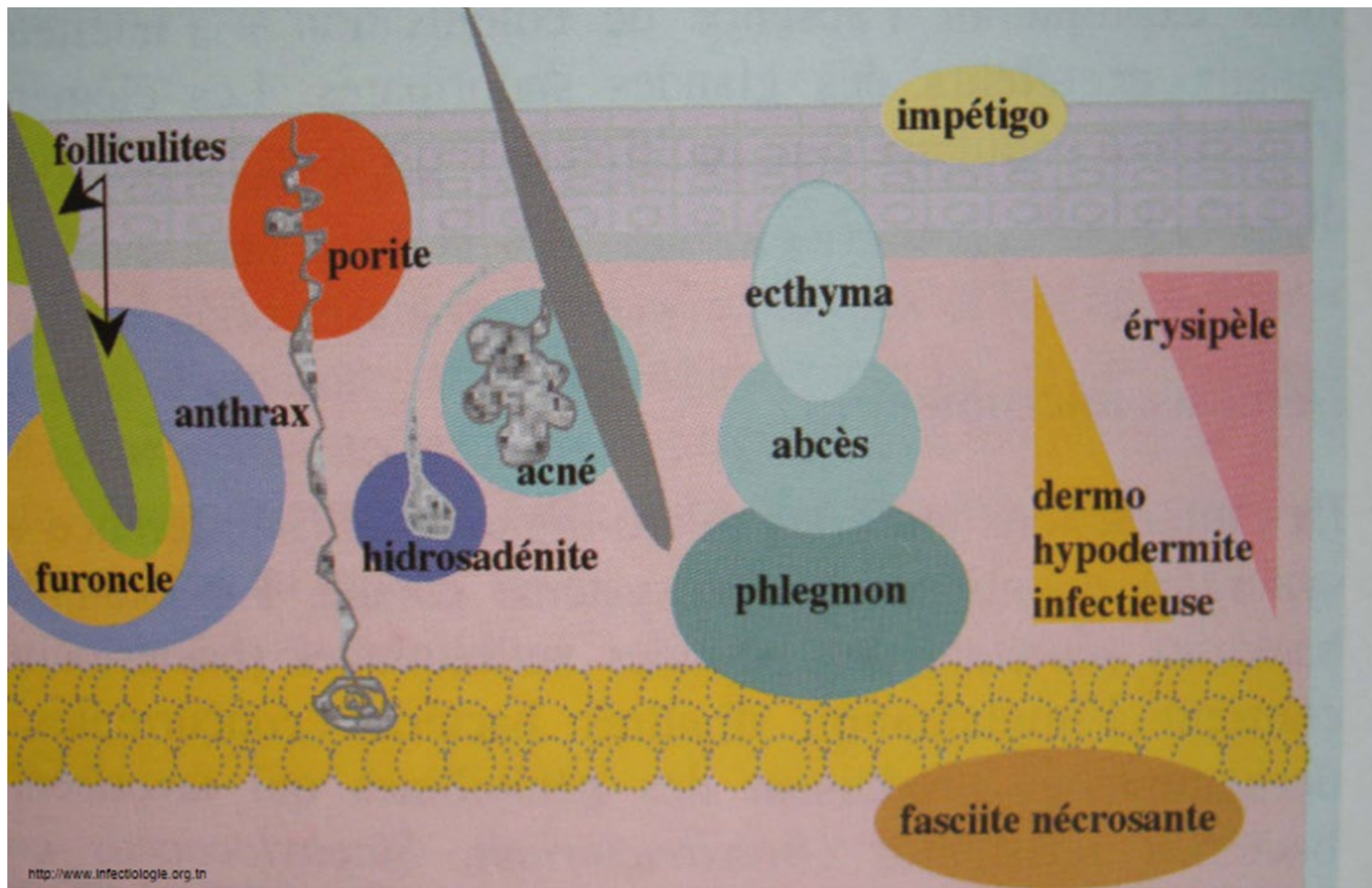


Dermohypodermite
bactérienne non
nécrosante (DHB)

Dermohypodermite
bactérienne
nécrosante (DHBN)

Avec Fasciite
nécrosante

Myosite



Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Messages clés

- Le terme « érysipèle », correspondant à une dermo-hypodermite **non nécrosante** d'origine streptococcique, n'est plus utilisé.
- La durée totale de l'antibiothérapie en ambulatoire de **7 jours** au maximum
- Recommandations à destination de la médecine de ville+++

Dermo-hypodermites bactériennes (DHB)

- Le diagnostic est **clinique**.
 - Apparition brutale d'un placard inflammatoire bien circonscrit associé à une fièvre
 - **Rechercher une porte d'entrée cutanée** loco-régionale (intertrigo interorteils,...)
- **Délimiter au feutre** les contours du placard inflammatoire ou réaliser une **photographie**.

Dermo-hypodermite bactérienne : CAT

- Recherche de **signes de gravité**
 - Troubles de conscience, fréquence respiratoire ≥ 22 /minute et PAS ≤ 100 mmHg
 - Signes toxiques (voir définition diapositive suivante)
 - **Extension rapide** des signes locaux en quelques heures
 - **Douleur très intense**, impotence fonctionnelle
 - Autres 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 h à 48 h malgré l'instauration d'une antibiothérapie adaptée

Dermo-hypodermes bactériennes non nécrosantes (DHBNN)

En l'absence de signes de gravité, pas d'examens complémentaires

- **Agent bactérien**
- Adulte Streptococcus pyogenes (**adénite** fréquente)
- Enfant Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus
- **Complications**
 - Récidive (20 à 30% des cas)
 - Abcédation
 - Décompensation des comorbidités
 - Sepsis, choc septique, choc toxinique, bactériémie (très rares)
- **FDR**
 - ATCD personnels de DHBNN
 - Obésité IMC>30
 - Porte d'entrée cutanée
 - lymphoedème

Dermo-hypodermites bactériennes nécrosantes (DHBN)

- En présence de signes de gravité, allo 15 pour hospitalisation immédiate car il s'agit d'une urgence **médico-chirurgicale** avec mise en jeu du **pronostic vital**
- FDR
 - Diabète
 - Obésité IMC>30
 - Insuffisance veineuse,
 - Immunodépression
 - Dénutrition
 - AOMI
 - Toxicomanie IV
 - varicelle

Dermo-hypodermite bactérienne

- Diagnostic différentiel
 - Poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse : si atteinte des membres inférieurs, bilatérale et sans fièvre
- Formes particulières
 - Staphylococcie « maligne » de la face : si localisation faciale et signes généraux importants
 - Gangrène de Fournier : si localisation périnéale et sepsis

DHBNN

- Critères d'hospitalisation:
 - En urgence si
 - Si signes de gravité locaux ou généraux
 - Risque de décompensation d'une comorbidité
 - Obésité morbide (IMC > 40)
 - Sujet âgé > 75 ans poly-pathologique
 - Age inférieur à un an
 - Risque de non-observance thérapeutique
- Secondairement si
 - Evolution défavorable dans les 24 à 48h après l'instauration de l'antibiothérapie

DHBNN

- Traitement
 - Antibiothérapie orale : pendant **7 jours** (voir tableau)
 - Pas d'antibiothérapie locale
 - Pas de corticoïdes ni d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
 - Si atteinte d'un membre : **repos** avec surélévation du membre atteint
 - Contention veineuse dès l'amélioration de la douleur +++
 - Vérification du statut vaccinal **antitétanique**
 - **Traitement de la porte d'entrée+++**
- En prévention des récurrences
 - Prise en charge des facteurs de risque (**lymphœdème, porte d'entrée, obésité**)
 - **Antibioprophylaxie** à discuter si facteurs de risque non contrôlables et **après 2 épisodes dans l'année écoulée** (uniquement chez l'adulte):
durée en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence (voir tableau)

DHBNN

- Traitement curatif/Prévention antibiotique des récives

Pathologie	Traitement antibiotique 1° intention	Si allergie à la Pénicilline	Durée
DHBNN adulte	amoxicilline : 50 mg/kg/j en 3 prises, maximum 6 g/j	Pristinamycine : 1g x 3/j ou Clindamycine : 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P >100 kg)	7 jours
DHBNN enfant	amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/j d'amoxicilline en 3 prises/j (maximum 3g/j)	Clindamycine : 40 mg/kg/j en 3 prises/j (enfants > 6 ans) Sulfaméthoxazole-triméthoprimé : 30 mg/kg/j (exprimé en sulfaméthoxazole) en 3 prises/j (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans)	7 jours
DHBNN adulte Antibioprophylaxie	Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard) : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines Pénicilline V (phénoxy méthylpénicilline): 1 à 2 millions UI/j selon le poids en 2 prises	Azithromycine : 250 mg/j	A évaluer : en fonction de l'évolution et des facteurs de risque de récive.

Juste un mot sur le traitement des
intertrigos...

Quelles formes galéniques pour quel intertrigo?

- Intertrigo des grands plis : risque de macération+++
suintements+++
 - formes crèmes à éviter
 - Poudre pourquoi pas (mais pas très efficaces...)
 - Le mieux **gel, lait, lotion, solution, émulsion**
- intertrigo des petits plis : sec++ et souvent fissuraire
 - Formes **crèmes+++**, **émulsion** ou **lotion**
- Attention à la posologie **une ou deux fois par jour...**
- **Ne pas oublier la décontamination des chaussures et pantoufles... formes poudre+++ une fois par semaine suffit**
- **Ttt de n'importe quel intertrigo : 21j**

DCI	Nom commercial	Galénique	Posologie
Produits actifs sur candidoses, dermatophytes, et pityriasis versicolor			
Imidazolés			
Bifonazole	<i>Amycor</i>	Cr, pou, sol	1/j
Éconazole	<i>Dermazol Pévaryl</i>	Cr, ému, pou, solCr, ému, pou, sol	2/j
Fenticonazole	<i>Lomexin</i>	Cr	1 à 2/j
Isoconazole	<i>Fazol</i>	Cr, ému	2/j
Kétoconazole	<i>Kétoderme</i>	Cr, unidose	1 à 2/j
Miconazole	<i>Daktarin</i>	Gel, pou, sol	2/j
Omoconazole	<i>Fongamil</i>	Cr, pou, sol	1/j
Oxiconazole	<i>Fonx</i>	Cr, pou, sol	1/j
Sertaconazole	<i>Monazol</i>	Cr	1/j
Sulconazole	<i>Myk</i>	Cr, pou, sol	1 à 2/j
Tioconazole	<i>Trosyd</i>	Cr	2/j
Pyridone			
Ciclopiroxolamine	<i>Mycoster</i>	Cr, pou, sol	2/j
Allylamine (dermatophytes ++)			
Terbinafine	<i>Lamisil</i>	Cr, gel, sol	1/j
Produits actifs sur candidoses cutanées			
Polyènes			
Amphotéricine B	<i>Fungizone</i>	Lotion	2 à 4/j
Produits pour onychomycose			
Imidazolés			
Bifonazole	<i>Amycor onychoset</i>	Cr	1/j
Morpholine			
Amorolfine	<i>Locéryl</i>	Sol filmogène	1 à 2/sem
Pyridone			
Ciclopirox	<i>Mycoster</i>	Sol filmogène	1/j
Produits pour candidoses vaginales			
Imidazolés			
Éconazole	<i>Gyno-PevarylMyleugyn</i>	Ovules	1/j 3 j 1
Fenticonazole	<i>Lomexin Terlomexin</i>	Capsules	1 1/j 3 j
Isoconazole	<i>Fazol</i>	Ovules	1/j 3 j
Miconazole	<i>Gyno-Daktarin</i>	Capsules	2/j 7 j ou 1/j 14 j
Omoconazole	<i>Fongarex</i>	Ovules	1
Sertaconazole	<i>Monazole</i>	Ovules	1
Tioconazole	<i>Gyno-Trosyd</i>	Ovules	1

Les indications cutanées et muqueuses varient d'un produit à l'autre : se rapporter au *Dictionnaire Vidal*. (cr : crème, ému : émulsion)

Imidazolés				
Bifonazole	<i>Amycor</i>		Cr, pou, sol	1/j
Éconazole	<i>Dermazol Pévaryl</i>		Cr, ému, pou, sol	2/j
Fenticonazole	<i>Lomexin</i>		Cr	1 à 2/j
Isoconazole	<i>Fazol</i>		Cr, ému	2/j
Kétoconazole	<i>Kétoderme</i>		Cr, unidose	1 à 2/j
Miconazole	<i>Daktarin</i>		Gel, pou, sol	2/j
Omoconazole	<i>Fongamil</i>		Cr, pou, sol	1/j
Oxiconazole	<i>Fonx</i>		Cr, pou, sol	1/j
Sertaconazole	<i>Monazol</i>		Cr	1/j
Sulconazole	<i>Myk</i>		Cr, pou, sol	1 à 2/j
Tioconazole	<i>Trosyd</i>		Cr	2/j
Pyridone				
Ciclopiroxolamine	<i>Mycoster</i>		Cr, pou, sol	2/j
Allylamine (dermatophytes ++)				
Terbinafine	<i>Lamisil</i>		Cr, gel, sol	1/j
Produits actifs sur candidoses cutanées				
Polyènes				
Amphotéricine B	<i>Fungizone</i>		Lotion	2 à 4/j
Produits pour onychomycose				
Imidazolés				
Bifonazole	<i>Amycor onychoset</i>		Cr	1/j
Morpholine				
Amorolfine	<i>Locéryl</i>		Sol filmogène	1 à 2/sem
Pyridone				
Ciclopirox	<i>Mycoster</i>		Sol filmogène	1/j
Produits pour candidoses vaginales				
Imidazolés				
Éconazole	<i>Gyno-Pevaryl Myleugyn</i>		Ovules	1/j 3 j 1
Fenticonazole	<i>Lomexin Terlomexin</i>		Capsules	1 1/j 3 j
Isoconazole	<i>Fazol</i>		Ovules	1/j 3 j
Miconazole	<i>Gyno-Daktarin</i>		Capsules	2/j 7 j ou 1/j 14 j
Omoconazole	<i>Fongarex</i>		Ovules	1
Sertaconazole	<i>Monazole</i>		Ovules	1
Tioconazole	<i>Gyno-Trosyd</i>		Ovules	1

Les indications cutanées et muqueuses varient d'un produit à l'autre : se rapporter au *Dictionnaire Vidal*. (cr : crème, emu : émulsion, gel : gel, pou : poudre, sol : solution) (à titre informatif)

Infection bactérienne des Plaies chroniques

- Suspicion d'infection de plaie chronique, 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
- **Soins locaux, pas d'antibiotiques, pas d'antiseptiques**
- **Avis spécialisé**
- Si dermo-hypodermite ou abcès associés : voir chapitres correspondants

Furoncles et anthrax

- infection profonde et nécrosante du follicule pilo-sébacé due à **Staphylococcus aureus** (SA).
- lésion papulo-nodulaire très inflammatoire évoluant en 5 à 10 jours vers la nécrose folliculaire avec l'élimination du follicule pileux (bourbillon).
- Formes compliquées de furoncle
 - Conglomérat de furoncles : anthrax
 - Multiplication des lésions
 - Abcédation secondaire
 - Fièvre
 - Apparition d'une dermo-hypodermite péri-lésionnelle

Furoncles et anthrax

– Furoncle simple :

- **pas de prélèvement bactériologique, pas d'atb**
- Toilette eau+ savon
- Pas de manipulation, protection par pansement
- Incision de l'extrémité pour évacuer le bourbillon
- Pansements imbibés d'alcool 70°

– Furoncle compliqué

- **prélèvement bactériologique** du pus avant antibiothérapie, pas de recherche systématique de la Leucocidine de Panton-Valentine (LPV)
- **ATB orale 5j** clindamycine, 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P > 100 kg) ou pristinamycine 1g x 3 /j

FURONCULOSE

- 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**

FURONCULOSE TRAITEMENT

– Lors d'une poussée :

- **antibiothérapie orale:** clindamycine, 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P > 100 kg) ou pristinamycine 1g x 3 /j pendant **7 jours**.
- 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, non partage du linge
- Bains de bouche biquotidiens à la chlorhexidine (adulte et enfant à partir de 6 ans)

Messages clés furoncles, furonculose

- plus de place pour l'antibiothérapie locale+++
- **prélèvement bactériologique si furoncle compliqué ou furonculose**
- Ttt ATB **oral** :
 - **5j** si furoncle compliqué
 - **7j** si furonculose
 - Soins locaux seuls si furoncle simple
- pas de recherche systématique de LPV
- recherche portage staph au niv des gites seulement après échec d'une première décolonisation
- toute décolonisation des gites doit concerner aussi les personnes vivant sous le même toit

ABCES CUTANES

Les abcès cutanés primaires sont le plus souvent dus à **S.aureus**

- Prélèvement bactériologique du pus de l'abcès
 - Traitement
 - **Incision/drainage**
ET
 - **Antibiothérapie pendant 5 jours**
 - Clindamycine PO/IV* : 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P > 100 kg)**
 - Pristinamycine 1g x 3 /j**
- Ou Oxacilline ou cloxacilline IV* : 6 à 12 g/jour ou Céfazoline IV* : 3 à 6 g/ jour
- * non adapté au traitement en ambulatoire
- Renforcement des mesures d'hygiène

Abces CUTANES

- La voie IV n'est pas adaptée à un traitement en ambulatoire.
- La cloxacilline ne doit pas être utilisée par voie orale.
- Des doses de bêta-lactamines moins élevées peuvent être utilisées pour traiter ce type d'infection.

IMPETIGO

- Principalement dû à **S. aureus**, et parfois au **S. pyogenes**.
- Clinique :
 - Formes communes :
 - vésiculo-pustuleuse et secondairement croûteuse
 - bulleuse surtout chez les enfants < 2 ans
 - Formes graves
 - Ecthyma (forme nécrotique creusante)
 - Surface cutanée atteinte > 2 % de la surface corporelle totale chez l'adulte et 1% chez l'enfant (= surface d'une paume de la main)
 - Nombre de lésions > 6
 - Extension rapide des lésions

IMPETIGO

- **Bilan**
 - **Forme localisée ou peu étendue** : pas de prélèvement bactériologique
 - **Forme grave** : **prélèvement bactériologique des lésions actives (pus, liquide de bulle).**
- **Principale complication** = glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique
 - exceptionnelle en France métropolitaine
 - sa recherche systématique dans les suites d'un impétigo n'est pas recommandée

IMPETIGO SIMPLE

- 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
 - Antibiothérapie locale par mupirocine : 3 fois/j durant 5 j (seule indication persistante de l'antibiothérapie locale)
 - Éviction de collectivité : 3 jours après le début du traitement, si lésions non protégées par pansement.

TRAITEMENT de l'IMPETIGO Grave

- **Antibiothérapie orale durant 7 jours**, sans attendre les résultats du prélèvement bactériologique

Adulte	Pristinamycine per os : 1 g x 3 /j ou Céfalexine per os : 2 à 4 g/j A réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques
Enfant	Amoxicilline/acide clavulanique : 80 mg/kg/j ou Céfadroxil : 100 mg/kg/j Allergie aux bêtalactamines: josamycine 50 mg/kg/j A réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques

TRAITEMENT de l'IMPETIGO Grave

- Mesures complémentaires:
 - 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 dehors de la conférence de
consensus...

Antibiothérapie après une plaie

Types de plaies et Hypothèses microbiologiques	Situations cliniques	Traitements anti-infectieux	Durée
Plaies par morsures de mammifères <i>Pasteurella,</i> streptocoques, staphylocoques, anaérobies	Absence de signe infectieux local / général <i>[traitement préemptif systématique]</i>	Protocole 1 : Amoxicilline + acide clavulanique 1 g / 8 heures per os (h, PO) <i>Si allergie aux pénicillines :</i> Protocole 2 : <u>au choix</u> Doxycycline 100 mg / 12 h PO	5 jours
	Présence de signes infectieux locaux/ généraux	<i>Si cyclines contre-indiquées*</i> <i>ET allergie aux pénicillines :</i> Protocole 3 : <u>au choix</u> 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)

SFMU SPILF 2017-Prise en charge des plaies
aux urgences.

Plaies traumatiques

Staphylocoque,
streptocoque
anaérobies (dont
*Clostridium
perfringens*),
entérobactéries,
Bacillus cereus,
Aeromonas (si
exposition à l'eau)

Absence de signe infectieux local ou général		
Plaie fortement souillée	Protocole 1 <i>Si allergie aux pénicillines :</i> Protocole 3	5 jours
Terrain ischémique local		
Dans les autres situations	Pas d'antibiothérapie	
Présence de signes inflammatoires locaux		
Erythème/induration péri-lésionnel < 5 cm même en présence de pus et absence de signe général	Pas d'antibiothérapie <u>SAUF terrain ischémique local</u> → Protocole 1 , 5 jours <i>si allergie aux pénicillines protocole 3</i> , 5 jours	
Erythème/induration péri-lésionnel > 5 cm ou lymphangite ou signes généraux	Absence de critère de gravité Protocole 1 <i>Si atcd d'allergie aux pénicillines :</i> Protocole 3	7 jours
	Présence de critères de gravité locaux (crépitation, nécrose) ou généraux Hospitalisation immédiate et avis chirurgical et infectiologue urgent	

Panaris et ongle incarné

Pas ATB

- Staph Aureus ou Strepto pyogène
- Fréquent, bactérien, peu grave, régression spontanément
- Complications : douleur intense, pulsatile, extension locale rapide visible/phlegmon des gaines: doigt fléchi et douloureux
- CAT: + VAT
 - Bains 4-5min, eau chaude 3-4/j (+/- antiseptique local)
 - Ttt chirurgical ou évacuation au cabinet au stade de collection
 - Protection pansement sec, Arrêt si repas collectivité
 - Si risque de complication (Diabète ID ...):
 - Pristi PO 1g 2 à 3 /j pdt 7j (actif sur SARM) ou cloxacilline PO 50mg/Kg/j 3/j pdt 7j ou amox+ac clav 3G/j pdt 7j
 - Eviter AINS
 - Si abcès, décollement et risque de chute de l'ongle/déformation



Dermohypodermite bactérienne (DHB) non nécrosante (ancien érysipèle) : 7 jours

Adulte Amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour

Si allergie à la pénicilline :

Pristinamycine : 1g x 3 /jour ou clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg

Antibioprophylaxie à partir de 2 épisodes dans l'année, à réévaluer en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence

Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard) : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines

Pénicilline V (phénoxyéthylpénicilline) : 1 à 2 millions UI/jour selon le poids en 2 prises

Si allergie à la pénicilline : Azithromycine : 250 mg/jour

Enfant Amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/jour)

Si allergie à la pénicilline :

Clindamycine : 40 mg/kg/jour en 3 prises par jour (enfants > 6 ans) Sulfaméthoxazole-triméthoprim 30 mg/kg/jour

(exprimé en sulfaméthoxazole) en 3 prises par jour (suspension buvable pour enfants < 6 ans)

Fasciite nécrosante et dermohypodermite bactérienne (DHB) nécrosante : hospitalisation urgente

C'est une urgence médico-chirurgicale menaçant le pronostic vital. Il n'est pas donné de propositions d'antibiothérapie, juste d'appeler le 15 sans examens complémentaires qui pourraient retarder la prise en charge hospitalière.

Abcès cutané : 5 jours

Clindamycine per os/IV : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg ou

Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour ou

Oxacilline ou cloxacilline IV : 6 à 12 g/jour ou

Céfazoline IV : 3 à 6 g/ jour ou

+ incision drainage

Infection bactérienne des plaies chroniques

Si présentation de DHB ou abcès, voir ci-dessus

Si suspicion de plaie chronique cliniquement infectée : avis spécialisé.

Morsures : 7 jours

Amoxicilline-acide clavulanique : 50 mg/kg/jour d'amoxicilline (max 6 g/jour, et max 375 mg/jour d'acide clavulanique) :

Soit en pratique max 3 g de coamoxiclav +/- jusqu'à 3g d'amox.

Si allergie à la pénicilline : Avis secondaire (spécialiste hospitalier)

[NDRL : voir aussi les RBP sur la prise en charge des plaies aux urgences. [info-antibio N° 80/mars 2018](#)]

Furoncle isolé : 0 j

Pas d'antibiothérapie. Soins locaux.

Furoncle compliqué et anthrax : 5 j

Clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg

Pristinamycine : 1 g x 3 /jour

Furonculose : 7j

Clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg

Pristinamycine : 1 g x 3 /jour

Impétigo (formes graves uniquement) : 7j

Adulte Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour ou céfalexine per os : 2 à 4 g/jour

Enfant Amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/jour) ou

céfadroxil : 100 mg/kg/ jour

Si allergie à la pénicilline : Josamycine : 50 mg/kg/ jour

Prise en charge des plaies en structure d'urgence

RBP de la SFMU avec le soutien de la SPLIF: [sur le site de la SFMU](#) – [sur infectiologie.com](#)

Cette RBP concerne tous les éléments de la prise en charge des plaies aux urgences. Info-antibio ne présente que les éléments liés à une éventuelle antibiothérapie. Il n'évoque pas l'évaluation du risque de tétanos, VIH, VHB, VHC ou rage.

Risque infectieux bactérien et plaie

Toutes les plaies sont colonisées, mais toutes ne sont pas infectées. Il n'y a pas d'indication à faire un prélèvement superficiel. Une ponction d'une collection profonde est utile pour obtenir une documentation. Un nettoyage/détersion est toujours nécessaire (SSI ou eau du robinet contrôlée) ainsi qu'une exploration de la plaie. Un antiseptique est indiqué sur les plaies à risque infectieux élevé et sur accord médical au-delà des 24 h. Il n'y a pas de bénéfice franc à leur utilisation pour une plaie franche vue précocement et les plaies suturées ne nécessitent pas la prescription d'un antiseptique mais un lavage simple, quotidien, à l'eau.

Indications de l'antibiothérapie

Pas d'antibiothérapie locale

Pas d'antibiothérapie probabiliste systématique

Pas d'antibiothérapie pour les infections superficielles du site opératoire, avis chirurgical

Pas d'antibiothérapie pour les plaies traumatiques sans signes d'infection locale, ou si érythème/induration <3cm² sans signes généraux

Une antibiothérapie préemptive peut être discutée dans les cas suivants :

- signes cliniques d'infection régionale ou systémique
- prise en charge tardive (au-delà de 24 h)
- inoculum bactérien important ou profond
- difficulté d'accès à un lavage efficace : orifice d'entrée de petite taille, mécanisme vulnérant profond, trajet projectilaire, injection avec ou sans pression
- localisation particulière
- terrain à risque
- parage non satisfaisant

Une antibiothérapie doit être systématique pour les plaies profondes sur morsure même sans signes cliniques

Risque d'infection de 30 à 30%, les signes cliniques pouvant débuter entre h12 et h24.

Pour chat et chien, on cherche en particulier à couvrir le risque de pasteurellose, d'incubation < 24h.

Antibiothérapie systématique en cas d'infection patente (extension locorégionale ou signes généraux)

Modalités de l'antibiothérapie

Plaies par morsure de mammifère sans signes cliniques d'infection : TT de 5 jours PO

Traitement de 1^{ère} intention: amoxicilline/acide clavulanique: 1 g/8h

Allergie aux pénicillines: doxycycline: 100mg/12h

Allergie aux pénicillines et Cl cyclines: pristinamycine: 1 g/8h ou clindamycine: 600 mg/8h ou

cotrimoxazole: 800-160 mg/12h

Plaies par morsure de mammifère avec signes d'infection locale ou générale : TT de 5 jours PO, à poursuivre si infection compliquée ou évolution défavorable. Le texte parle d'une durée de 10 à 14j.

On imagine que le choix d'arrêter à J10 ou de poursuivre jusqu'à J14 dépend de l'évolution clinique à J10

Mêmes molécules que ci dessus

Plaies traumatiques fortement souillées ou terrain ischémique local : TT de 5 jours PO

TT de 1^{ère} intention : amoxicilline/acide clavulanique : 1 g/8h

Allergie aux pénicillines: pristinamycine: 1 g/8h ou clindamycine: 600 mg/8h ou cotrimoxazole: 800-160 mg/12h

Plaies traumatiques avec érythème/induration péri-lésionnel > 5 cm ou lymphangite ou signes généraux : TT de 7 jours PO

Mêmes molécules que ci dessus

Plaies traumatiques et critères de gravité locaux (crépitation, nécrose) ou généraux

Hospitalisation immédiate, avis chirurgical et infectiologique urgent

Et pour finir un mot sur la gale...

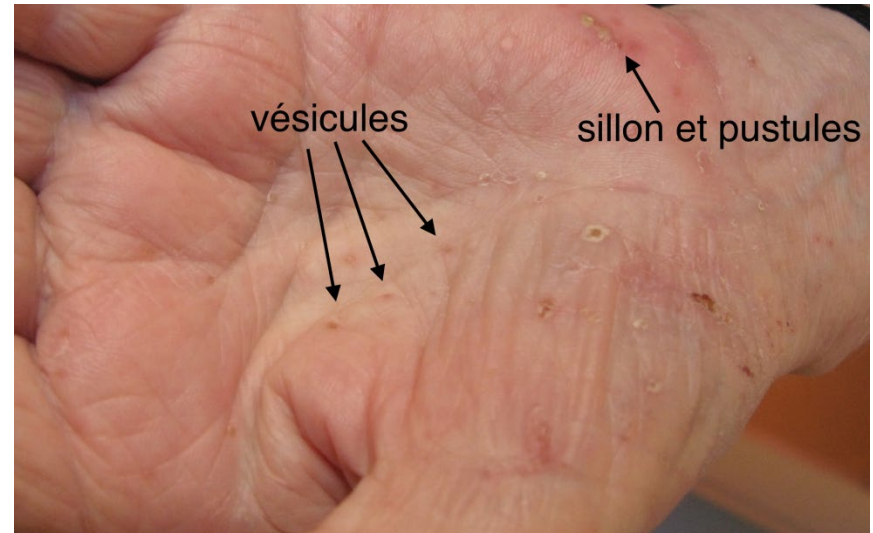
- En recrudescence...
- Due à un acarien : *Sarcoptes scabiei*
- Maître symptôme : le prurit++++
 - à recrudescence nocturne
 - Persistant parfois plusieurs semaines après traitement (ce qui n'est pas un signe de réinfestation)



Les lésions spécifiques

- Les sillons :
lésions de quelques millimètres en forme de lignes sinueuses, dues au trajet du parasite dans la couche cornée de l'épiderme

- Les vésicules perlées :
petites élevures ou minuscules « cloques », de la taille d'une tête d'épingle, situées à l'extrémité du sillon (là où se loge le parasite)



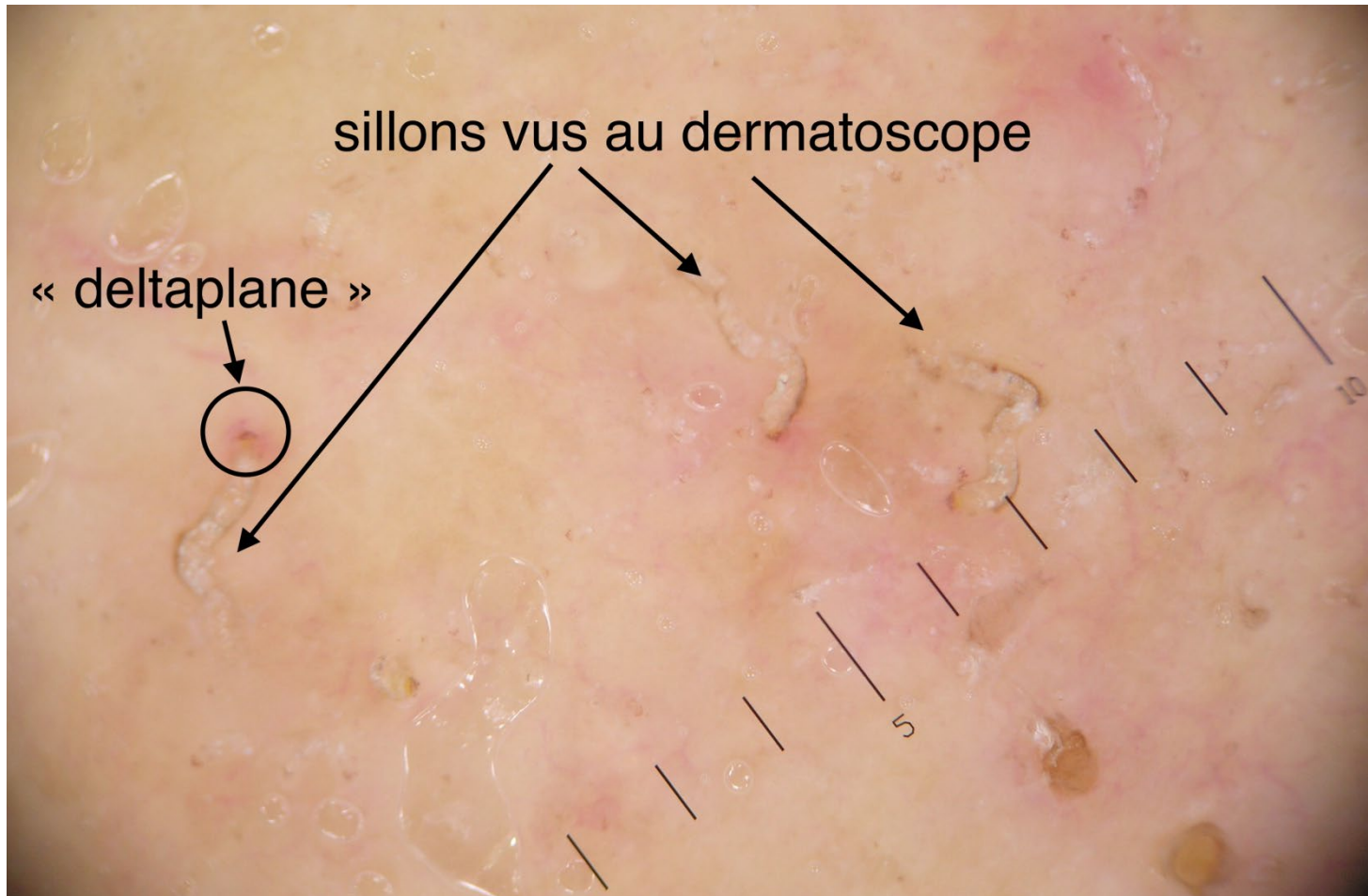
Les lésions spécifiques

- les nodules scabieux

lésions nodulaires rouges ou violacées en relief, en dômes, de plusieurs millimètres, voire centimétriques, qui sont fréquentes en particulier au niveau des bourses chez l'homme. Elles sont d'origine immuno-allergique.



Diagnostic aisé avec un dermatoscope



Quelle est la topographie de ces lésions?

- espaces interdigitaux
- face antérieure des poignets, au niveau des coudes, des aisselles, des fesses, du nombril, de la face interne des cuisses, au niveau des organes génitaux notamment chez l'homme, et des seins chez la femme.
- Le dos et le visage sont habituellement épargnés.
- Particularité de la gale du nourrisson :
 - Atteinte atteinte du visage possible,
 - nodules scabieux autour des aisselles,
 - vésicules perlées ou pustules au niv des paumes des mains et des plantes des pieds.

contagiosité

- La gale = contagieuse.
- Essentiellement par transmission directe, entre humains, par contacts étroits de la peau. Possible contamination pendant les rapports sexuels: **la gale est aussi une IST!**
- transmission indirecte par les vêtements ou la literie possible mais beaucoup plus rare, sauf dans les formes hyperkératosiques.
- (Cf article sur les militaires)

Diagnostic et complications

- Diagnostic exclusivement clinique
 - Aide du dermatoscope si personne entraînée
- Risque d'impétiginisation ou d'eczématisation secondaire des lésions

Traitement

- Traiter de manière concomittante l'ensemble des membres du foyer+++ pour éviter les réinfestations
- 3 volets dans le traitement :
 - Traitement du patient
 - Traitement des sujets contacts
 - Traitement de l'environnement

Traitement

- Aucun des traitements disponibles n' est actif sur les œufs du parasite :
 - Il faut donc impérativement faire 2 traitements complets à 7j d' intervalle pour assurer la guérison.
- Existence d' un traitement local et/ ou général
- Que l' on peut également associer notamment pour les formes hyperkératosiques

Traitement local

- 2 médicaments sont disponibles et pris en charge par l'assurance maladie :
 - la perméthrine crème
 - le benzoate de benzyle en lotion
- Appliquer uniformément en fine couche sur toute la peau du corps (les organes génitaux, les plis, les paumes et les plantes compris) après un bain ou douche, sur une peau propre et sèche. Le cuir chevelu et le visage seront traités éventuellement, selon la prescription médicale.
- laisser agir le médicament plusieurs heures :
 - toute une nuit pour la perméthrine en crème (de 8 à 12 heures, au moins 8 heures),
 - toute une journée (24 heures) pour le benzoate de benzyle en lotion,
 - puis reprendre une douche ou un bain pour laver et éliminer le médicament.

Traitement oral

- ivermectine : 200 μg par kg de poids, en comprimés,
- Une prise à jeun est recommandée par le Vidal mais beaucoup d'experts recommandent l'inverse puisque les corps gras alimentaires facilitent l'absorption du médicament
- (cf publi)
- Traitement de l'entourage et de l'environnement dans le même temps

Désinfection de l'environnement

- Laver à 60°C tout ce qui peut l'être (linge de toilettes, draps, certains vêtements)
- Ce qui ne peut être lavé à 60°C :
 - décontamination en les enfermant dans des sacs poubelle avec un **insecticide acaricide** pulvérisé dans le sac, et hermétiquement clos pour 4 heures.
 - Ou bien laisser les vêtements « en quarantaine » dans un sac hermétiquement fermé pendant 3 j (8 j en cas de forme hyperkératosique)
- Les parasites sont également tués par le froid et par la chaleur à 60°C :
 - on peut donc placer les vêtements dans un congélateur pour la nuit, ou faire un cycle de séchoir à 60°C .
- Renouveler l'opération à 7j

Cas particuliers

- La femme enceinte et l'allaitement :
 - la perméthrine crème, le benzoate de benzyle en lotion, et l'ivermectine peuvent être utilisés chez la femme enceinte, quel que soit le terme de la grossesse. cf. lecrat.fr
 - Pendant l'allaitement, on privilégie le traitement oral par ivermectine.
- enfants :
 - l'ivermectine est utilisable à partir de 15 kg de poids (les comprimés peuvent être écrasés dans un laitage).
 - la perméthrine crème est utilisable à partir de l'âge de deux mois, la quantité appliquée est adaptée en fonction de l'âge de l'enfant.
 - le benzoate de benzyle en lotion est utilisable à partir de l'âge de un mois avec une durée de contact limitée. A partir de deux ans, même protocole que pour l'adulte.