

Traitement des infections cutanées

(dans la vraie vie 😊)

Journée des référents en antibiothérapie
18 octobre 2019



Mathilde Réveillon-Istin
(ASR MIT Rouen-Le Havre)



Cas clinique 1 : Paulette

- 78 ans
- Atcd : ulcères veineux MI, diabète
- « Grosse jambe rouge et douloureuse » - 38,5° - 80 kg -
IMC = 31
- Dg : **DHBNN**, sans signes de gravité



↓
*Dermohypodermite
bactérienne non
nécrosante - HAS 2019*

1. Hospitalisation → ATB IV
2. AUGMENTIN per os
3. AMOXICILLINE per os
4. Durée = 7 jours
5. Durée = 14 jours

Cas clinique 1 : Paulette

- 78 ans
- Atcd : ulcères veineux MI, diabète
- « Grosse jambe rouge et douloureuse » - 38,5° - 80 kg - IMC = 31
- Dg : **DHBNN**, sans signes de gravité



↓
*Dermohypodermite
bactérienne non
nécrosante - HAS 2019*

1. **Hospitalisation → ATB IV**
2. AUGMENTIN per os
3. AMOXICILLINE per os
4. **Durée = 7 jours**
5. Durée = 14 jours



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Février 2019

DHBNN : Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante

- Streptocoque β hémolytique de groupe A : 58 à 73%
- Streptocoque du groupe G : 14 à 25 % des cas
- Enfant / toxicomanes : *S. aureus* ++
- Morsures animales : *Pasteurella*,
Capnocytophaga, anaérobies, voire BGN
- Retour voyage : SARM, *Burkholderia pseudomallei*, *Corynebacterium diphtheriae*,
Bacillus anthracis

Signes de gravité à rechercher

En cas de DHB, il est recommandé de rechercher la présence d'un ou de plusieurs des éléments suivants, qui doivent faire suspecter une forme grave :

- **signes généraux de sepsis** (Score de qSOFA chez l'adulte : troubles de conscience, fréquence respiratoire > 22 /minute et PAS ≤ 100 mmHg), ou de choc toxique ;
- **douleur particulièrement intense** discordante avec les signes locaux, impotence fonctionnelle ;
- **signes locaux de gravité** : lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, nécrose locale ;
- **extension rapide des signes locaux en quelques heures** ;
- **aggravation des signes locaux 24 à 48 heures après** l'introduction de la première antibiothérapie, malgré un traitement adapté.

+ Prudence atteintes de la face et OGE

Critères hospitalisation

Devant un tableau de DHBNN, il est recommandé d'hospitaliser d'emblée le patient dans les cas suivants :

- présence de signes de gravité locaux ou généraux
- maladie associée à un risque de décompensation ou de complications (cf. paragraphe 1.5) : immunodépression, diabète déséquilibré, insuffisance cardiaque à partir du stade III NYHA, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique, etc. ;
- obésité morbide (IMC > 40) ;
- impossibilité de traitement ou de surveillance médicale à domicile, risque de non-observance thérapeutique, personne en état de précarité, impossibilité de prendre un traitement par voie orale ;
- sujet âgé > 75 ans et polyopathologique avec risque de mauvaise réponse au traitement et/ou risque de décompensation de pathologie chronique ;
- âge inférieur à 1 an.

Une hospitalisation secondaire est recommandée en cas :

- d'apparition de signes de gravité locaux ou généraux ; ou
- d'évolution défavorable dans les 24 à 48 heures suivant l'instauration du traitement antibiotique, notamment en cas de fièvre persistante, d'extension du placard inflammatoire.

AE

Antibiothérapie

Chez l'adulte, le traitement antibiotique curatif par voie orale recommandé d'une DHBNN est :

- en première intention : amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour ;
- en cas d'allergie à la pénicilline : pristinamycine (1 g x 3 /jour) ou clindamycine (600 mg x 3/jour, et jusqu'à 600 mg x 4/jour si poids > 100 kg).

Il est recommandé de prescrire ce traitement pour une durée de 7 jours.

La régression complète des signes cutanés est souvent retardée (2, voire 3 semaines) par rapport aux signes généraux, et un tel délai ne doit pas conduire à prolonger l'antibiothérapie.

Il est recommandé de ne pas prescrire d'antibiothérapie locale.

Antibiothérapie

Chez l'adulte, le traitement antibiotique curatif par voie orale recommandé d'une DHBNN est :

- en première intention : amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour ;
- en cas d'allergie à la pénicilline : pristinamycine (1 g x 3 /jour) ou clindamycine (600 mg x 3/jour, et jusqu'à 600 mg x 4/jour si poids > 100 kg).

Il est recommandé de prescrire ce traitement pour une durée de 7 jours.

En cas de DHBNN de l'adulte survenant dans certaines situations particulières, le traitement antibiotique curatif recommandé est :

- DHBNN après morsure : amoxicilline-acide clavulanique oral : 50 mg/kg/jour d'amoxicilline sans dépasser 6 g/jour, et sans dépasser 375 mg/jour d'acide clavulanique, pour une durée de 7 jours ;
- en cas de suspicion d'érysipélateoïde (rouget du porc) : amoxicilline (50 mg/kg/jour) pour une durée de 7 jours.

Dans les situations suivantes, un avis spécialisé est recommandé :

- DHBNN liées aux soins ;
- exposition aquatique et marine ;
- injection septique (toxicomanie IV).

Antibiothérapie

Chez l'adulte, le traitement antibiotique curatif par voie orale recommandé d'une DHBNN est :

- en première intention : amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour ;
- en cas d'allergie à la pénicilline : pristinamycine (1 g x 3 /jour) ou clindamycine (600 mg x 3/jour, et jusqu'à 600 mg x 4/jour si poids > 100 kg).

Il est recom

- Pas d'AINS
- Repos & surélévation de membre
- +/- HBPM
- VAT

En cas d
traitement

- DHBNN
d'amoc
clavul
- en c
(50 mg

res, le

kg/jour
d'acide

xicilline

Dans les situations suivantes, un avis spécialisé est recommandé :

- DHBNN liées aux soins ;
- exposition aquatique et marine ;
- injection septique (toxicomanie IV).

Paulette

- Hospitalisation : dépend du contexte +++ (entourage, respect du repos au lit...)
- AMOXICILLINE en 1^{ère} intention même si diabétique et même si ulcère

Infections des plaies chroniques

Il est recommandé d'évoquer le diagnostic d'infection bactérienne d'une plaie chronique face aux situations cliniques suivantes :

- une dermohypodermite aiguë en contiguïté d'une plaie : placard inflammatoire fébrile péri-lésionnel (cf. DHBNN) ;
- un abcès ou une suppuration franche au sein de la plaie (cf. abcès).

En l'absence de dermohypodermite ou de suppuration franche : le diagnostic d'infection bactérienne d'une plaie est difficile. Il est recommandé de l'évoquer en cas d'association de plusieurs signes cliniques :

- 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.

Un avis spécialisé est recommandé dans ce type de situation.

Cas clinique 2 : Françoise



- 50 ans, caucasienne, pas atcd
- « Abscès du pli de l'aîne » trainants...
- 1 fille adoptée (Cap vert), séjours réguliers en Afrique...
- Clinique : ADP cervicales (1cm), perlèche (« j'ai aussi une mycose vaginale dont je ne me sors pas »), **furoncles inguinaux**
- Bio : CRP 15 mg/l, sérologie VIH négative 2013

1. AUGMENTIN per os
2. CLINDAMYCINE ou PYOSTACINE per os
3. Pas d'ATB pour ne pas aggraver candidose
4. Sérologie VIH
5. Bilan d'un déficit immunitaire

Cas clinique 2 : Françoise



- 50 ans, caucasienne, pas atcd
- « Abscès du pli de l'aîne » trainants...
- 1 fille adoptée (Cap vert), séjours réguliers en Afrique...
- Clinique : ADP cervicales (1cm), perlèche (« j'ai aussi une mycose vaginale dont je ne me sors pas »), **furoncles inguinaux**
- Bio : CRP 15 mg/l, sérologie VIH négative 2013

1. AUGMENTIN per os
2. **CLINDAMYCINE ou PYOSTACINE per os**
3. Pas d'ATB pour ne pas aggraver candidose
4. **Sérologie VIH**
5. Bilan d'un déficit immunitaire

Furoncle non compliqué

AE

Dans la majorité des cas, le furoncle guérit spontanément.

En cas de furoncle isolé et non compliqué, la prise en charge recommandée comprend uniquement des soins locaux :

- interdiction de manipulation du furoncle (celle-ci augmente 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) ;
- protéger la lésion avec un pansement.

Il est recommandé de ne pas traiter par antibiothérapie (locale ou générale).

Les formes compliquées de furoncles sont les suivantes :

- conglomérat de furoncles : anthrax ;
- multiplication des lésions ;
- apparition d'une dermohypodermite péri-lésionnelle ;
- abcédation secondaire ;
- présence de signes systémiques (fièvre).

Furoncle non compliqué

AE

Dans la majorité des cas, le furoncle guérit spontanément.

En cas de furoncle isolé et non compliqué, la prise en charge recommandée comprend uniquement des soins locaux :

- interdiction de manipulation du furoncle (celle-ci augmente 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) ;
- protéger la lésion avec un pansement.

Il est recommandé de ne pas traiter par antibiothérapie (locale ou générale).

~~Les formes compliquées de furoncles sont les suivantes :~~

Les situations à risque de complication sont :

- âge inférieur à 1 an ;
- immunodépression ;
- présence de comorbidités (diabète, obésité, etc.) ;
- localisation rendant le drainage difficile (face, main, siège péri-orificiel) compliquer d'une thrombophlébite (face) ;
- absence de réponse au traitement initial.

Furoncle compliqué ou à risque de complication

Des mesures d'hygiène rigoureuses (changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours) doivent être systématiquement associées.

Il est recommandé de ne pas utiliser une antibiothérapie locale.

- Chez l'adulte : dans le cas d'un furoncle compliqué ou à risque de complication, une antibiothérapie par voie générale est recommandée, après la réalisation d'un prélèvement bactériologique, et sans en attendre les résultats.

AE

Cette antibiothérapie repose sur des molécules actives contre le SA (clindamycine ou pristinamycine ; cf. tableau 1).

La durée du traitement recommandée est de 5 jours.

Ce traitement antibiotique sera, si nécessaire, réadapté en fonction de l'évolution clinique et du résultat des prélèvements bactériologiques (antibiogramme).

- Chez l'enfant : un avis spécialisé (pédiatre hospitalier) est recommandé car les formes compliquées abcédées sont plus fréquentes.

+/- décontamination des gites

- Péni M IV uniquement,
- C1G : Céfadroxil PO, Céfazoline IV
- Augmentin PO
- Bactrim PO
- Josamycine PO

Françoise

- Découverte de VIH
- + hépatite B et hépatite C guéries ...
- CD4 130 / mm³
- Occasions manquées de dépistage ++

Cas clinique 4 : Jonathan

- Urgences : « Suspicion de Lyme »
 - 26 ans - pas atcd
 - Paresthésies des 2 MI + radiculalgie S1 gauche, sans lombalgie – apyrétique
 - CRP négative, NFS normale
1. C'est un Lyme c'est sûr → PL
 2. Le Lyme ça n'existe pas
 3. C'est une DHBNN
 4. Traitement par AMOXICILLINE
 5. Traitement par DOXYCYCLINE



Cas clinique 4 : Jonathan

- Urgences : « Suspicion de Lyme »
- 26 ans - pas atcd
- Paresthésies des 2 MI +
radiculalgie S1 gauche, sans
lombalgie – apyrétique
- CRP négative, NFS normale

1. **C'est un Lyme c'est sûr → PL**
2. Le Lyme ça n'existe pas
3. C'est une DHBNN
4. Traitement par AMOXICILLINE
5. **Traitement par DOXYCYCLINE**



Jonathan

- PL :

leuco = 284/mm³, 91% lympho

Protéinorrachie = 0,72 g/l

IgG anti-Borrelia positive dans le LCR

- Sérologie Lyme positive - Western Blot positif

- Neuroborréliose précoce

- DOXYCYCLINE 14 jours

- Amélioration complète

Formes cutanées : l'Erythème Migrant

ANTIBIOTIQUE		POSOLOGIE	DUREE
Adultes et enfants à partir de 8 ans			
1^{ère} ligne	<u>Doxycycline</u>	100 mg x 2/j Enfant : 4 mg/kg/j en 2 prises (max 100 mg/prise, et 200 mg/j)	14 j pour érythème(s) migrant(s), GRADE A
2^{ème} ligne	Amoxicilline	1 g x 3/j Enfant : 50 mg/kg/j en 3 prises toutes les 8 h si possible* (max 1 g par prise)	21 j pour lymphocytome borrélien GRADE B
Enfants < 8 ans			
1^{ère} ligne	<u>Amoxicilline</u>	50 mg/kg/j en 3 prises toutes les 8 h si possible*	14 j pour érythème migrant, 21 j pour lymphocytome borrélien
2^{ème} ligne	Azithromycine	20 mg/kg/j sans dépasser 500 mg/j	5 j pour érythème migrant, 10 j pour lymphocytome borrélien

Borréliose de Lyme et maladies vectorielles à tiques

Recommandations des sociétés savantes françaises en 2019

JNI 20^{es} Journées Nationales d'Infectiologie

Lyon
et la région Auvergne-Rhône-Alpes
du mercredi 5 juin 2019
au vendredi 7 juin 2019

Formes neurologiques

Antibiotique	Adultes	Enfants	Durée
Neuroborréliose précoce (Symptômes <6 mois)			
Doxycycline	100 mg x 2/j	À partir de 8 ans: 4 mg/kg/j (maximum 200 mg/j) en 2 prises	14 j
Ceftriaxone i.v.	2 g x 1/j	80 mg/kg x 1/j (maximum 2 g)	14 j
Neuroborréliose tardive (symptômes >6 mois)			
Doxycycline*	100 mg x 2/j 200 mg x 2/j en cas d'atteinte du système nerveux central**	À partir de 8 ans : 4 mg/kg/j (maximum 200 mg/j), en 2 prises ; 8 mg/kg/j en cas d'atteinte du système nerveux central** (maximum 400 mg/j), en 2 prises ;	21 j
Ceftriaxone i.v.	2 g x 1/j 80 mg/kg x 1/j en cas d'atteinte du système nerveux central,** en 1 ou 2 administration(s)	80 mg/kg x 1/j (maximum 2 g) 80 mg/kg x 1/j en cas d'atteinte du système nerveux central,** en 1 ou 2 administration(s)	21 j

Borréliose de Lyme et maladies vectorielles à tiques

Recommandations des sociétés savantes françaises en 2019

Take Home

- **DHBNN** : AMOX en 1^{ère} intention, sauf enfant plutôt AUGMENTIN
 - Attention : morsures, retour de voyage, toxicomanie
 - Alternative : CLINDAMYCINE et PRISTINAMYCINE
 - Pas examens complémentaires (microbiologique)
- **Fasciite nécrosante** : urgence médico-chir, dg clinique
- **Plaie chronique** : définition surinfection
Si suspicion atteinte osseuse → biopsie osseuse
- **Durées ATB raccourcies** même si persistance de signes locaux ++
 - DHBNN : 7 jours
 - Abscess : 5 jours en post chirurgie
 - Furoncle : 5 jours
 - Impétigo grave : 7 jours (pristinamycine ou C1G)

Merci 😊

