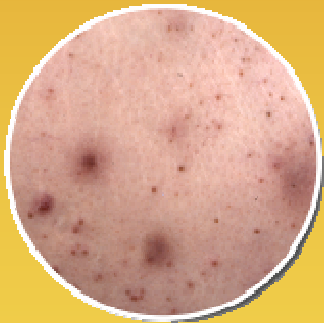


Les infections cutanées bactériennes

Docteur

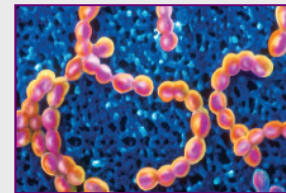
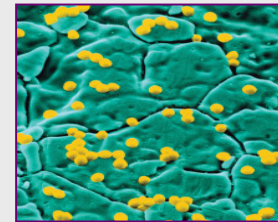




- ▶ **Flore cutanée commensale (permanente) occupant les couches superficielles de l'épiderme et les annexes pilaires**
- ▶ **1 000 000 bactéries/cm²**
 - Staphylocoques blancs (coagulase négative)
 - Bacilles Gram (+) : Corynébactéries aérobies, Propionibactéries anaérobies (*P. acnes*)
 - Bacilles Gram (-) (ex : *E. coli*, Entérobactéries)
 - Pityrosporum (champignon de la peau grasse)



- **Staphylocoques dorés (78%)**
- **Streptocoques A (4%)**
- **Bacilles Gram (-) (18%)**





- ▶ 2 germes responsables dans 82 % des cas en ville :
Staphylococcus aureus, Streptocoques du groupe A
- ▶ Portage chronique ou intermittent : 1/3 des individus au niveau des récessus nasaires antérieurs
- ▶ Facteurs de pathogénicité :
 - Toxines nécrosantes, épidermolytiques.
 - Enzymes : coagulase, fibrinolysine
 - Capacité de résistance aux antibiotiques

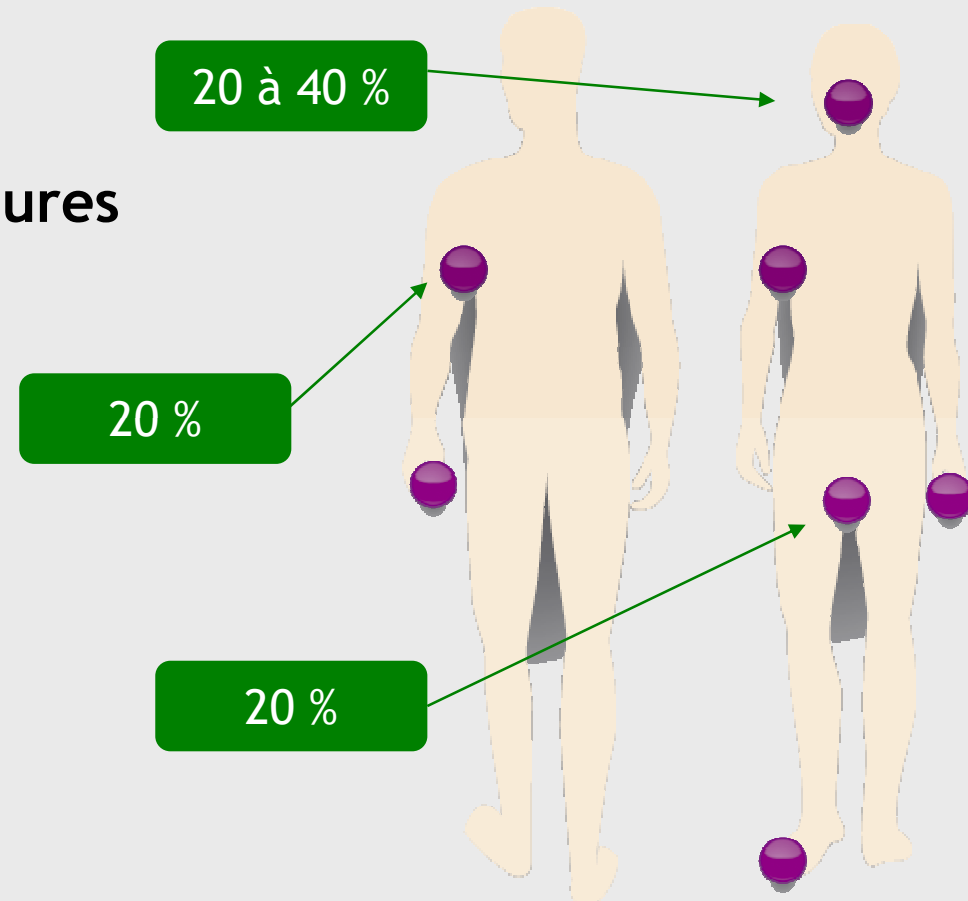


	Staphylocoques dorés Méti-S	Streptocoques du groupe A
Infection du follicule pilo-sébacé	++++ Staphylocoque "blanc" +	
Impétigo	+++	+++
Ecthyma	++	++
Dermatoses impétiginisées	+++	++
Abcès et phlegmon	+++	+
Panaris	+++	+
Erysipèle	+/-	++++
Plaies aiguës infectées	+++	+
Morsures, griffures	++	+

Le staphylocoque doré est méti-S pour 95% des infections en ville



- ▶ **Gîtes ou foyers staphylococciques**
- ▶ **Portage de quelques heures à quelques mois**
- ▶ **Gîtes :**





- **Hygiène défectueuse**
- **Hypersudation**, macération
- **Humidité** et chaleur,
- **Vie communautaire**, malnutrition, alcoolisme, diabète
- **Déficits immunitaires** : HIV, cancer, corticothérapie orale et locale prolongée



Classification pragmatique

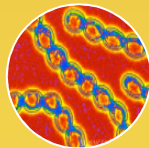
► Infections cutanées bactériennes superficielles

Infections cutanées bactériennes mixtes

Infections cutanées profondes



Infection dûe au
Staphylocoque doré



Infection dûe au Streptocoque
du groupe A





- ▶ Infection très **superficielle** des parois des **follicules pileux**
- ▶ Petites saillies acuminées avec un point blanc au sommet
- ▶ A recrudescence estivale, plus fréquente dans les régions chaudes
- ▶ **Visage (hommes)**, dos, poitrine, fesses, **jambes (femmes)**
- ▶ Fréquentes chez le **diabétique**

Traitement : Antiseptique , Antibiotique per os anti-staphylococcique



- ▶ **Folliculites à pyocyanique**
- ▶ **Folliculites pityrosporiques**
- ▶ **Folliculites candidosiques : héroïnomanie**
- ▶ **Pili incarnati de la barbe (chez le sujet noir surtout)**



▶ **Homme de 34 ans**

- Éruption de lésions majoritairement folliculaires du dos, puis extension aux membres
- Évolution par poussées d'intensité variable depuis 3 mois

▶ **TRT antérieurs :**

- Antiseptiques, Pénicilline G,
- Pénicilline M, dermocorticoïdes

➔ **Efficacité très relative**

▶ **Quel est votre diagnostic ?**





- ▶ **Impossibilité de différencier à l'œil nu ces 2 types d'infections**
- ▶ **c'est le prélèvement qui oriente le Dg**
- ▶ **à traiter par antifongique local**



Folliculite bactérienne



Folliculite pityrosporique



- ▶ **Patient africain, 32 ans**
 - Éruption papulofolliculaire touchant toute la région de la barbe très gênante esthétiquement
 - Évolution chronique, par poussées depuis 15 ans
 - Résistante à tous les traitements antibiotiques et antimycosiques
 - Cicatrices chéloïdes
- ▶ **Quel est votre diagnostic ?**





- ▶ **Rasoirs jetables (3 ou 4 lames), à passer 1 seule fois dans le sens du poil,**
 - **Mousse à raser et gel après-rasage adaptés**
 - **Utilisation d'érythromycine topique ou de peroxyde de benzoyle ou les 2 (association) en traitement d'appoint ou sur des lésions peu nombreuses**
 - **Traitement par un antibiotique anti-staphylococcique per os pendant 7 à 10 jours en cas de surinfection**



- ▶ **Évolution cyclique :**
 - Saillie rouge, douloureuse, œdème périphérique
 - Le bourbillon → cratère → **cicatrice déprimée et définitive**
- ▶ **Siège : dos, cuisses, fesses, moins souvent sur la barbe et les jambes**
- ▶ **Complication des furoncles du visage : Staphylococcie maligne de la face**

Traitement : Antiseptique, Antibiotique (antibiotique, anti-staphylococcique per os au moins 5 jours)



- ▶ Infections mycosiques (kérion par exemple)
- ▶ Infections dues à d'autres germes



- ▶ **Traiter toute lésion de folliculite le plus précocement possible**
- ▶ **Dépister les porteurs chroniques, en cas d'infections répétées**
- ▶ **Ne jamais manipuler de lésions furonculeuses situées dans l'angle partant de la commissure labiale, l'oreille et le canthus externe de l'œil du fait du risque de staphylococcie maligne de la face**



► Conglomérat de furoncles
évolution chronique

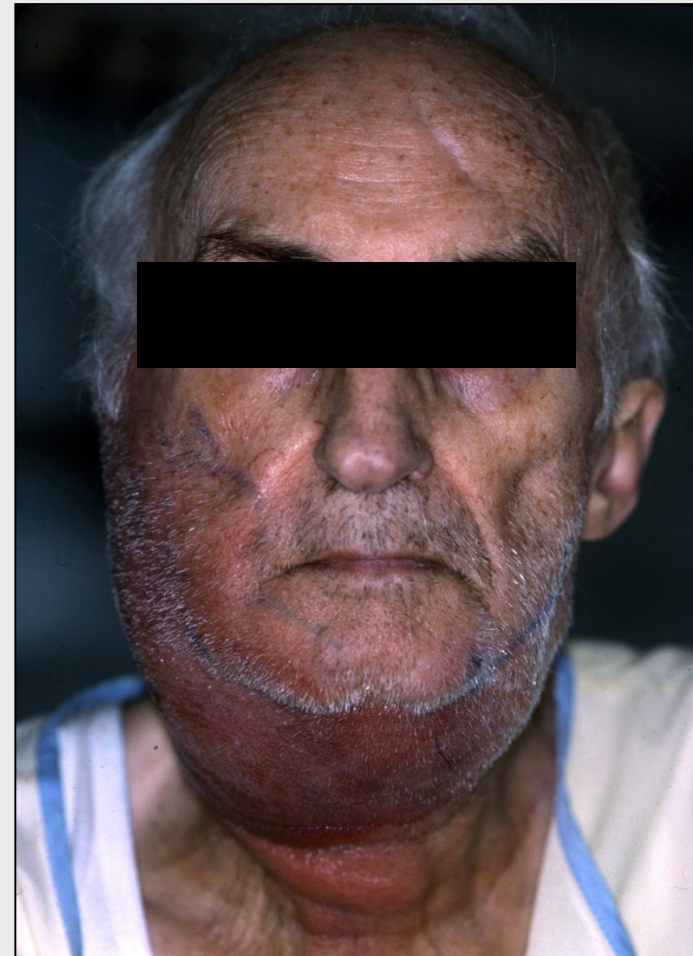
**TRT : Antiseptique et Antibiotique
(anti-staphylococcique per os
pendant au moins 10 à 15 jours)**



▶ Homme 58 ans

- Placard érythémateux œdématié, rouge, sensible et douloureux du côté droit du visage
- Fièvre 40°C, altération de l'état général, asthénie, anorexie

▶ Quel est votre diagnostic ?





► **Interrogatoire :**

manipulation
intempestive d'une lésion du visage

l le risque est la thrombophlébite du sinus ca

► **Traitement :**

Péni M IV 5-7 jr 3g/jr puis relais par Péni M
3g/jr 15 jrs





- ▶ Infections staphylococciques des tissus cutanés de l'extrémité d'un doigt
- ▶ Douleurs importantes et pulsatiles.
- ▶ Complications :
 - Phlegmons des gaines tendineuses et ostéo-arthrite
- ▶ Post-traumatique (tic d'arrachage des peaux...)

Traitement :
Antiseptique (en bain)
et Antibiotique (anti-
staphylococcique per
os pendant 10 à 15
jours) +/- chirurgie



Sommaire

Les incontournables

Classification pragmatique

Diagnostic positif

En pratique

- ▶ **Périonyxis candidosique**
- ▶ **Panaris herpétique**



- ▶ Patient de 28 ans, souffrant d'un panaris de l'index gauche depuis 4 ans, avec une évolution par poussées, environ 6 à 8 poussées/an et d'une durée moyenne de 7 à 10 jours

Les antibiotiques à spectre étroit ou large n'ont eu que peu d'efficacité.

Pas d'antécédents particuliers

- ▶ Quel est votre diagnostic ?





1. Chronicité de l'évolution et très longue durée
2. Nombre de poussées important
3. Absence d'efficacité des antibiotiques

Décision de prélèvement myco-bactério-virologique

4. Prélèvement positif : Herpès simplex virus

Diagnostic de Panaris Herpétique

- ▶ Traitement :
 - Valaciclovir 500 mg
 - 2 x /jour pdt 5 jours





- ▶ **Infection ± profonde des follicules pileux**
- ▶ Agent responsable : staphylocoque
- ▶ **Barbe**
- ▶ Vaste placard d'érythème, œdème, arrondi ou polycyclique, parsemé d'orifices pilaires d'où sort du pus, puis croûtes à la fin



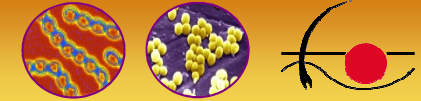
**TRT : Pas de rasoir manuel, antiseptique, antibiotique
(*anti-staphylococcique per os au moins 10 jours*)**



- ▶ ***Sycosis trichophytique***
- ▶ **Acné papulopustuleuse et inflammatoire**



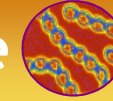
- ▶ **Utiliser des crèmes/mousses/gel de rasage adaptés et des après-rasages antiseptiques**
- ▶ **Utiliser un moyen de rasage non agressif (rasoir électrique) ou rasoirs jetables (changés régulièrement toutes les 8 à 10 utilisations)**
- ▶ **Bien préparer la barbe avant le rasage (juste après une douche ou un bain)**
- ▶ **Utiliser une solution antibiotique locale dès le début de l'inflammation**



- ▶ Fréquent, **contagieux**
- ▶ Bulles éphémères, pustulettes à contenu trouble, croûtelles mélicériques
- ▶ Visage, **orifices naturels**, mains, membres inférieurs, membres
- ▶ Risque de glomérulonéphrite (souche streptococcique M49)

Traitement : Antiseptique, Antibiotique anti-staphylococcique ou anti-streptococcique per os pendant 8 jours)





- ▶ **surinfection superficielle de dermatoses prurigineuses par staphylocoques ou streptocoques ou les deux**
 - Eczéma, Dermatite Atopique
 - Gale
 - Piqûres d'insectes
 - Plaies et brûlures

Classification pragmatique

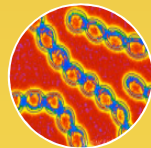
Infections cutanées bactériennes superficielles

▶ Infections cutanées bactériennes mixtes

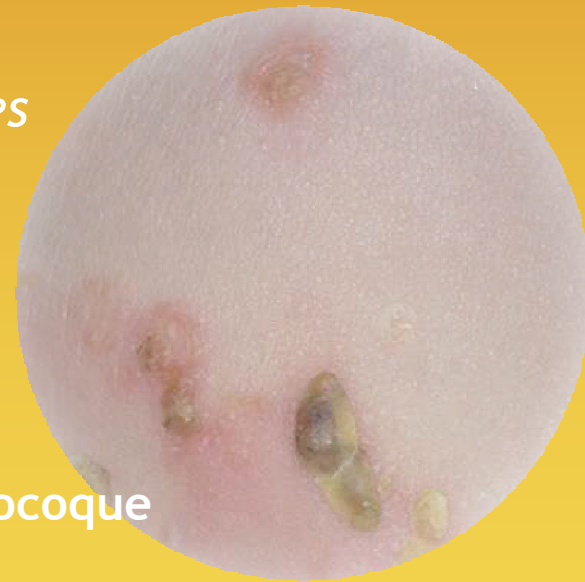
Infections cutanées profondes



Infection dûe au
Staphylocoque doré



Infection dûe au Streptocoque
du groupe A





- ▶ Dermo-épidermite aiguë ou subaiguë
- ▶ Placard érythémateux chaud et douloureux avec parfois des vésicules, et/ou caractérisé par un bourrelet périphérique
- ▶ œdème important 90 % des cas : membres inférieurs, parfois visage, OGE, pieds
- ▶ **Fièvre** (40°C), frissons, céphalées, adénopathies
- ▶ Bulles et purpura possibles (gravité)
- ▶ Lymphoedème secondaire favorisant les récives





- **Hyperleucocytose et syndrome inflammatoire**
- **Streptocoque Beta hémolytique du groupe A, G, C, B**
- **Prélèvements locaux : ???**
- **ASLO**





- si hospitalisation :Pénicilline G IV (10 à 15 Millions d'UI pendant 15 j),
- alternative per os : pristinamycine (6 cpj-15j)

- ▶ Héparinothérapie: discutée
- ▶ Recherche d'une porte d'entrée infectieuse
- ▶ Surélévation MI + contention élastique



Intertrigo dermatophytique



- **Récidives : extencilline 2,4/ 6 mois**
- **Dissémination hémotogène**
- **Évolution → fasciite ? : pas AINS+++**
- **Lymphoedème**





- ▶ **Homme 18 ans**
Garde-forestier
Présente sur la poitrine
un placard rouge, chaud,
peu sensible, de forme
concentrique et d'évolution
centrifuge en quelques jours,
fébricule et fatigue
- ▶ **Quel est votre diagnostic ?**





- ▶ Arguments contre un érysipèle:
 - Absence de bourrelet périphérique
 - Sensibilité légère ou absente
 - Évolution centrifuge
- ▶ Interrogatoire :
 - Travail en forêt régulier

Piqûre d'arthropode
(probablement d'une tique)
suggérant une maladie de Lyme



Tique : *Borrelia burgdorferi*



- ▶ Formation **dermo-épidermique** ou **hypodermique**
- ▶ Placard érythémateux inflammatoire **très douloureux** de taille variable
- ▶ A un stade avancé : contenu **puriforme**
 - ➔ Fièvre, adénopathies, altération de l'état général, voire lymphangite ou septicémie



TRT : Incision, drainage, méchage, antiseptique, antibiotique (anti-staphylococcique per os 10 à 15 jours)

Classification pragmatique

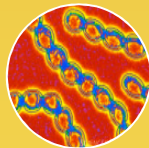
Infections cutanées bactériennes superficielles

Infections cutanées bactériennes mixtes

► Infections cutanées profondes



Infection dûe au
Staphylocoque doré



Infection dûe au Streptocoque
du groupe A





- ▶ **Immunodéprimé, neutropénique, enfant avec varicelle**
- ▶ **Prise d'AINS ++**
- ▶ **Artérite sévère**
- ▶ **Mal perforant diabétique**
- ▶ **Morsure humaine ou animale,**
- ▶ **Topographie autre que les membres inférieurs**
- ▶ **Signes généraux de gravité**



- ▶ Décrit initialement chez les **jeunes femmes** utilisant des **tampons vaginaux** pendant les règles, mais peut compliquer toute staphylococcie cutané
- ▶ Signes cardinaux : T°, hypotension, érythrodermie desquamative..

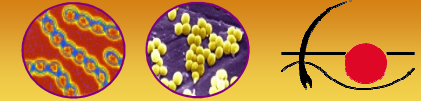
TRT : Hospitalisation, remplissage vasculaire, antibiotique anti-staphylococcique IV.



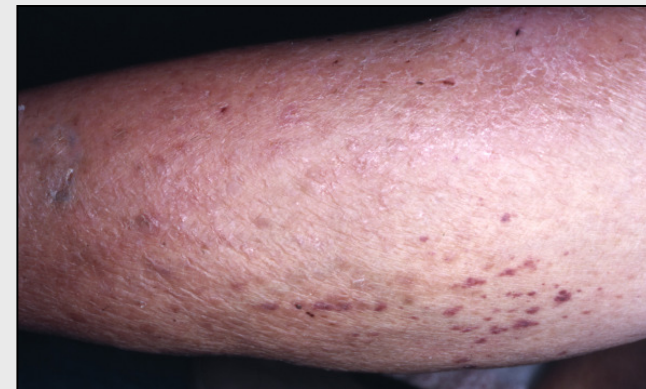
- ▶ **Étiologie en règle générale streptococcique ou staphylococcique**
- ▶ **pouvant évoluer rarement vers une cellulite**
- ▶ **Diagnostic différentiel : phlébite**



TRT : Antibiotique (anti-staphylococcique et antistreptococcique per os ou IV) et traitement de la porte d'entrée



- ▶ Propagation de l'infection le long des aponévroses (sous l'hypoderme)
 - + cloisons intermusculaires
- ▶ Nécroses
 - Virulence du germe (enzymes, toxines)
 - Thromboses vasculaires locales
- ▶ Syndrome général « toxique »



TRT : Antibiotique (anti-staphylococcique et anti-streptococcique per os ou IV) et traitement de la porte d'entrée + hospitalisation



- ▶ **Syndrome local :**
 - Œdème induré
 - Marbrures, cyanose, lividité, nécroses
 - intérêt IRM pour apprécier extension néc
 - Hypoesthésie cutanée (crépitation, gaz à la radio)

- ▶ **Syndrome général « toxique »**
 - Fièvre (ou hypothermie profonde et choc)
 - Confusion, tachycardie
 - Hypotension artérielle
 - Défaillance multi viscérale
 - Élévation des CPK





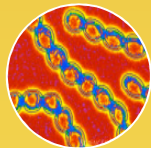
- ▶ Hospitalisation
- ▶ Exérèse des tissus nécrosés
+++ **urgente**
 - Concertation réa / chir /
dermato
- ▶ Surveillance étroite
- ▶ Forte morbidité ++++
- ▶ 20-40% de mortalité



Diagnostic positif



Infection dûe au
Staphylocoque doré



Infection dûe au Streptocoque
du groupe A





- **Ponction-aspiration (lésion fermée) > écouvillon (lésion ouverte)**
- **Biopsie+ mise en culture**
- **Biologie moléculaire :PCR**



- ▶ Privilégier un anti-staphylococcique :
diminution du taux de résistance
- ▶ Une **pénicilline M** (bristopen , orbénine)
- ▶ pristamycine
- ▶ acide fucidique

- ▶ sur les staph Méti-R: vancomycine, linézolide



- ▶ **Éviter de manipuler les lésions (visage +++)**
- ▶ Traiter les dermatoses sous-jacentes (dermocorticoïde de la dermatite atopique)
- ▶ **Éradiquer le portage dans les gîtes staphylococciques en cas d'infections récidivantes**



Dépister des pathologies sous-jacentes en cas de chronicité ou de sévérité de l'infection (diabète, immuno-dépression)



- ▶ **Hygiène soignée**
- ▶ **Lavage fréquent des mains**
- ▶ **Éviter le port de vêtements irritants et abrasifs (serrés, synthétiques)**
- ▶ **Extraire systématiquement tous les corps étrangers si minimes soient-ils**
- ▶ **Précaution d'usage pour les cathéters veineux : changement toutes les 72 heures**
- ▶ **Grande vigilance et surveillance de tous traitements favorisant le développement des infections**



► ***Staphylococcus aureus***
ou *Streptococcus pyogenes* ? Ou les deux ?



Furonculose
chronique
(staphylocoque)



Impétigo
(staphylocoque
et streptocoque)



Érysipèle
bulleux
(streptocoque)

FOCUS