

PRINCIPALES INFECTIONS CUTANÉES A GERMES PYOGENES

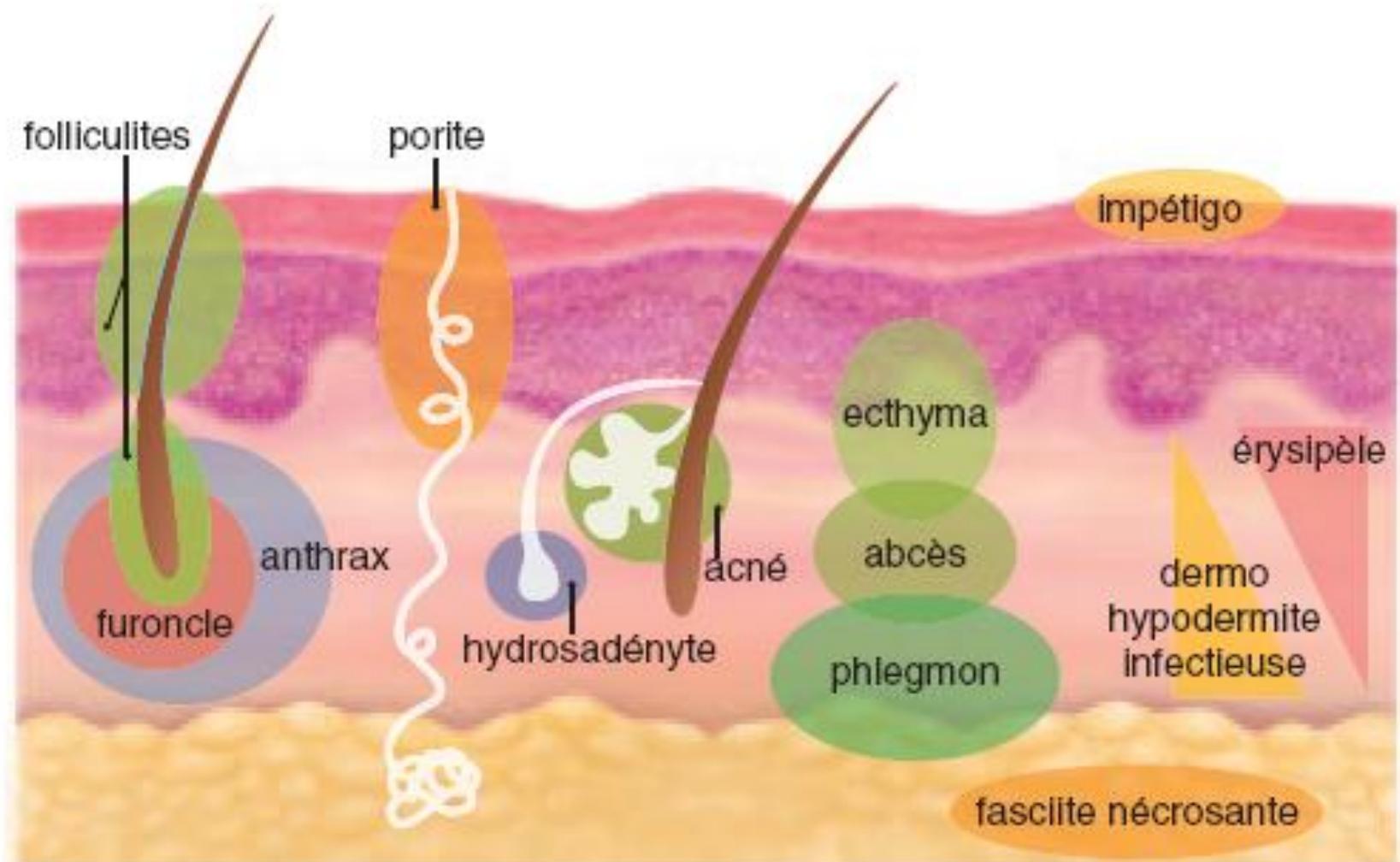
Dr ZERGUINE

INTRODUCTION

- Manifestations cutanées en relation avec la présence de germes pyogènes dans l'organisme.
- La peau normale est colonisée par une flore bactérienne (un million/cm²)
 - **Flore résidente ou permanente :** comporte
 - **Des cocci Gram (+) :** Staphylococcus epidermidis, capitis, hominis.
 - **Des bacilles Gram (+) :** Corynébactéries.
 - **Des bactéries Gram (-) :** Cocci (Neisseria) et des bacilles (Acinetobacter, Proteus...)
 - **Flore transitoire ou contaminante :**
 - **Contamination externe ou d'un portage muqueux.**
 - Staphylocoques dorés (S. aureus) et streptocoques (Streptococcus pyogènes)

- **Niveaux de défense** de la peau contre les bactéries pathogènes:
 1. Protection **mécanique** grâce à la continuité des cornéocytes ;
 2. Protection **chimique** liée : au pH cutané voisin de 5,5, au sébum qui recouvre les cornéocytes renforçant la barrière kératinocytaire.
 3. Protection **biologique** par la présence constante d'une flore bactérienne protectrice
 4. Activité **immunitaire** très développée (cellules de Langerhans épidermiques)
- **L'altération d'un ou plusieurs de ces mécanismes de défense est responsable de la survenue des infections cutanées suivantes.**

CLASSIFICATION



IMPÉTIGO

- ❑ L'impétigo est une infection cutanée bactérienne superficielle (**Epidermite**) non folliculaire.
- ❑ Favorisé par la promiscuité, la mauvaise hygiène et l'effraction cutanée.
- ❑ Autoinoculable et non immunisante

EPIDEMIOLOGIE

- **Age:** enfant 5-6 ans, parfois : N. né et nourrisson
Adulte: sous forme d'une impétiginisation
- **sexe ratio=1**
- **Contagiosité :** très contagieuse, avec de petites épidémies familiales ou des collectivités
- **Germes en cause:**-staphylocoque doré pathogène (70%)
 - streptocoque bêta hémolytique (20%)
 - streptocoque alpha hémolytique (10%)

CLINIQUE

TDD impétigo vésiculo-bulleux de l'enfant

- lésion élémentaire
- → *vésiculo-bulle superficielle*
 - qlq mm à 3cm sous-cornée, à contenu rapidement trouble (pustule),
 - flasque et fragile évoluant rapidement vers la formation :
- → *Une érosion érythémateuse, suintante, superficielle*
- → Recouverte de *croûtes jaunâtres* (« mélicériques », (couleur de miel)
 - à extension centrifuge
 - ± aréole inflammatoire périphérique ;
- il coexiste des lésions d'âges différents ;(*vésiculo-bulle, érosion, croûtes*)



- Groupement:

- ❖ *Soit isolées*

- ❖ *Soit groupées :*

- plaques crouteuses par extension périphérique*

- tendance a la guérison centrale ; aspect circiné*



- Topographie:

- ❖ Souvent **péri-orificielle** au départ puis

- ❖ *diffusion au visage (+++) puis au reste du corps par portage manuel ; Et n'importe quelle zone du tégument*

- Signe fonctionnel: prurit modéré

- S associé:

- *ADP régionales fréquentes ;*

- *Signes généraux (pas de fièvre).*



FORMES CLINIQUES

1. Impétigo géant phlyctenulaire = impétigo bulleux

- N. né et du nourrisson +++
- Staphylococcique +++
- Petites épidémies sporadiques (crèches, maternités)
- Clinique : Les bulles de grande taille (1 à 5 cm), avec un érythème périphérique.



© 2000 Galderma SA



2. Impétigo ecthyma

- Impétigo creusant touchant l'épiderme+derme (ulcéreux)
- Facteurs favorisants: stase veineuse, mauvaise hygiène, diabète, alcool, immunodépression.
- Germe: **staph+++**, strept B hemolytique gr A, ou mixte
- Clinique: ulcération nécrotique recouverte de croûtes noires
- Siège: membres inférieurs.

3. Impetiginisation: impétigo de l'adulte

- Infection secondaire a une dermatose pré existante par le staph ou le strept
- la dermatose devient suintante et purulente







DIAGNOSTIC POSITIF

- **L'interrogatoire** : âge, épidémie, dermatose pré existante
- **Clinique**: Aspect polymorphe, Siège: péri-orificiel
- **Bacterio**: rarement demandée. Inutile en pratique.
- **Histologie**: rarement demandée.

EVOLUTION COMPLICATIONS

- Sous traitement

- ❖ Régression en qlq jours, sans cicatrice sauf dans l'ecthyma.

- Sans traitement

- ❖ **Complications septiques :**

- **Locales** : abcès, lymphangite, rarement ostéomyélite et arthrite septique.
- **Générales** : bactériémies, des septicémies, et des pneumonies.

- ❖ **Immunologiques** : La GNA due au streptocoque du groupe A

- Rechercher une **protéinurie** par une bandelette urinaire 3 semaines après l'infection.

EVOLUTION COMPLICATIONS

❖ **Toxiniques** :

- **Épidermolyse staphylococcique aiguë** ou le syndrome **SSSS** (staphylococcal scalded skin syndrome)
- **Scarlatine staphylococcique** avec érythème diffus prédominant dans les plis et ne s'accompagnant pas de bulles, évoluant vers une desquamation en 10 à 20 jours.

❖ **Récidives** : faire un prélèvement des gîtes à staph (fosses nasales +++) chez le malade et la famille.



TRAITEMENT

→ Les mesures générales :

- Eviction scolaire de quelques jours ;
- Examiner l'entourage notamment en collectivité ;
- Traitement éventuel des gites à staph si récidives.
- Mesures d'hygiène : port de sous-vêtements propres, ongles coupés courts ;
- traitement étiologique d'une dermatose prurigineuse sous-jacente.

→ Traitement local

- Il est systématique et souvent suffisant :
- **Lavage** biquotidien à l'eau et au savon ;
- **Antiseptiques** (chlorhexidine, povidone iodée, permanganate de potassium)
- +/- **antibiotiques** topiques (acide fusidique, mupirocine) en applications bi- ou triquotidiennes
- **Durée 8 à 10 jours.**

→ Traitement général antibiotique

Si → lésions étendues, extensives, signes généraux majeurs

- **ATB à large spectre** d'action (agir sur le staph et le strpto)
- **Pénicilline M** (oxacilline, cloxacilline) : 30 à 50 mg/kg/j ;
- **Amoxicilline + acide clavulanique** ou **céphalosporine** de première génération
- **Synergistine** (pristinamycine 30 à 50 mg/kg/j) ou acide fusidique (1 à 1,5 g/j chez l'adulte ; 30 à 50 mg/kg/j chez l'enfant) ;
- **durée du traitement = en principe 10 jours.**

INFECTIONS FOLLICULAIRES

Infections du follicule pilo-sébacé
le plus souvent due au
Staphylocoque doré.

1. FOLLICULITES :

A/ Folliculites superficielles :

- Clinique : papulo-pustules centrées par un poil et à base souple
- Siège : visage (barbe, front), tronc (dos, face ant. tronc), région fessière et jambes
- Evolution : aigué
- TRT : essentiellement local 2 x/j pendant 8 - 10 jours

Antiseptiques locaux : hexamidine ou dérivés iodés

Règles d'hygiène générale.



© 2000 Galderma SA





B/ Folliculites profondes :

- Clinique : nodule rouge, ferme, douloureux, surmonté d'une pustule et toujours centré par un poil
- Evolution subaiguë sans évacuation de pus
- TRT :

Traitement local : antiseptiques iodés ou hexamidine
et des ATB topiques. à raison de 2 x/j pendant 8 - 10 jrs
Parfois trt général anti-staph : oxacilline

2. FURONCLES

1/ Définition :

- Folliculite profonde, **nécrosante** (nécrose de tout l'appareil pilo-sébacé)

2/ Clinique :

Furoncle isolé :

- Débute par une **folliculite profonde** puis apparaît une zone nécrotique, jaunâtre appelée le « **bourbillon** » qui va s'éliminer en laissant une **zone ulcérée**.
- Guérison → cicatrice définitive

Anthrax

- C'est un agglomérat de furoncles, réalisant un placard inflammatoire hyperalgique parsemé de pustules
- Signes généraux : F° + ADP régionales.





Staphylococcie maligne de la face : rare.

- Elle vient compliquer la manipulation d'un furoncle médio-facial.
- Clinique : dermo-hypodermite profonde du visage + signes généraux marqués.
- Evolution : vers une thrombophlébite du sinus caverneux gravissime

Furoncle récidivant : (furonculose)

- Evolue par poussées espacées de qqs semaines à mois
- **Facteurs favorisants** : diabète, séborrhée, l'hypersudation, défaut d'hygiène, obésité, déficit immunitaire
- **Rechercher des gîtes du Staph. :**
 - Fosses nasales (50 %),
 - Milieu intestinal (20 % → surtout NRS),
 - Périnée et plis (dans 25 % des cas → ombilic, aisselle, rétroauriculaire, CAE).

3/ Traitement

➔ Furoncle ou anthrax isolé :

- **ATB générale anti staph est indiquée si**
 - Furoncle volumineux, Furoncle médiofacial, anthrax, furonculose
 - Existence des signes généraux
 - Terrain : diabétique, immunodépression

Les molécules sont alors : la pénicilline M, la synergistine, l'acide fusidique.
Pdt 10 jrs

- **Traitement local** seul peut suffire: Antiseptique + ATB locaux : 2 fois par j pendant 10 jrs
- **Mesures d'hygiène locale et générales :**
 - lavage soigneux des mains avant et après les soins,
 - mise en place d'un pansement

→ Staphylococcie maligne de la face :

- ATB antistaphylococcique par voie IV, associée à une anticoagulation.
- + TRT local et mesures d'hygiène

➔ Furonculose

- Les mesures générales :
 - Port de vêtements amples
 - Hygiène rigoureuse : douche quotidienne avec chlorhexidine,
 - Lavage à 90 °C du linge
- prélèvement au niveau des gites à staph chez le patient et chez l'entourage familial puis TRT si positif ➔ (acide fusidique, mupirocine) 2×/jr, 10jr/mois pdt 6mois-1an.
- Antibiothérapie par voie générale +TRT local
- Arrêt de travail en cas de profession comportant un risque de contamination alimentaire.

ERYSIPELE

- ❑ C'est une **dermo-hypodermite** bactérienne aiguë **non nécrosante** liée le plus souvent (85 %) à **un streptocoque** hémolytique du groupe A
- ❑ Touche habituellement les **membres inférieurs**

Épidémiologie

- Affection **fréquente**, Sexe ratio=1
- **Age:** adulte **55-65 ans**, parfois adulte jeune, rarement l'enfant
- **Topographie** : mbrs infs (**80%**), la face.
- ***Les facteurs favorisants:***
 - la porte d'entrée locorégionale
 - ❑ Plaie chronique
 - ❑ Fissuration interorteil
 - ❑ Simple traumatisme des extrémités , plaie opératoire
 - L'insuffisance veineuse ou lymphatique des membres inférieurs
 - Facteurs généraux
 - ❑ Diabète ; l'immunosuppression ; âge avancé

Diagnostics

A. Diagnostic positif

- Le diagnostic est clinique (+++)
- Le germe est rarement mis en évidence (porte d'entrée ou hémocultures).

a) *Aspects cliniques*

- Forme habituelle de l'adulte : tableau de « **grosse jambe rouge aiguë fébrile** » **unilatérale**.
 - Le début est brutal :
 - Fièvre élevée (39 à 40 °C) voire des frissons
 - puis les signes cutanés :
 - Placard inflammatoire : érythémato- œdémateux, rouge vif, chaud et douloureux à la palpation
 - bien limité, s'étendant progressivement.
 - Des décollements bulleux superficiels (conséquence mécanique de l'œdème dermique) ou des lésions purpuriques.
 - Signes associées: -ADP inguinale inflammatoire
 - Il existe fréquemment une porte d'entrée locorégionale.



b) Examens complémentaires

- Aucun examen complémentaire n'est indispensable.
 - Souvent **hyperleucocytose** à PNN.
 - Syndrome **inflammatoire biologique** : CRP, VS
 - Sérologie des streptocoques (ASLO/ASD/ASK) : non spécifique, Élévation franche des taux 2 à 3 semaines d'intervalle (Dgc rétrospectif)

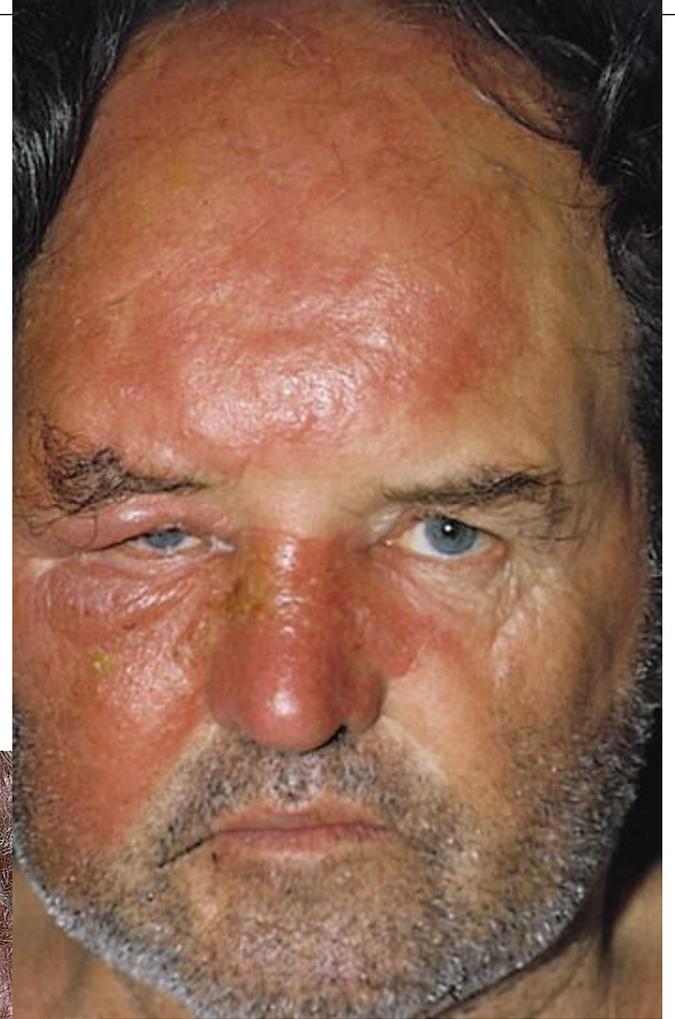
- Formes typiques → pas d'examen bactériologique

c) *Formes cliniques*

- **Symptomatiques** : Ce sont les formes bulleuses, purpuriques, pustuleuses, et abcédées
- **Topographiques** :
 - **Visage**: (5 à 10 % des cas), svt unilatéral et très oedémateux, avec un bourrelet périphérique marqué.
 - Plus rarement: membre supérieur, abdomen, thorax ...
- **Évolutives** : *Les formes subaiguës*:
 - La fièvre et l'hyperleucocytose sont modérées, voire absentes
 - Le dgc: clinique + + + +
La régression sous antibiothérapie par pénicilline ou macrolides.



ISI Masson Paris 2004





B. Diagnostic différentiel

- *Au visage :*

- Eczéma aigu
- Staphylococcie maligne de la face
- zona ophtalmique

- *Au membre :*

- Phlébite, parfois associée
- poussée inflammatoire de lipodermatosclérose d'origine veineuse ;
- syndrome oedémateux aigu des membres inférieurs ; envenimations

B. Diagnostic différentiel

- *fasciite nécrosante* :

L'importance des signes toxiques généraux

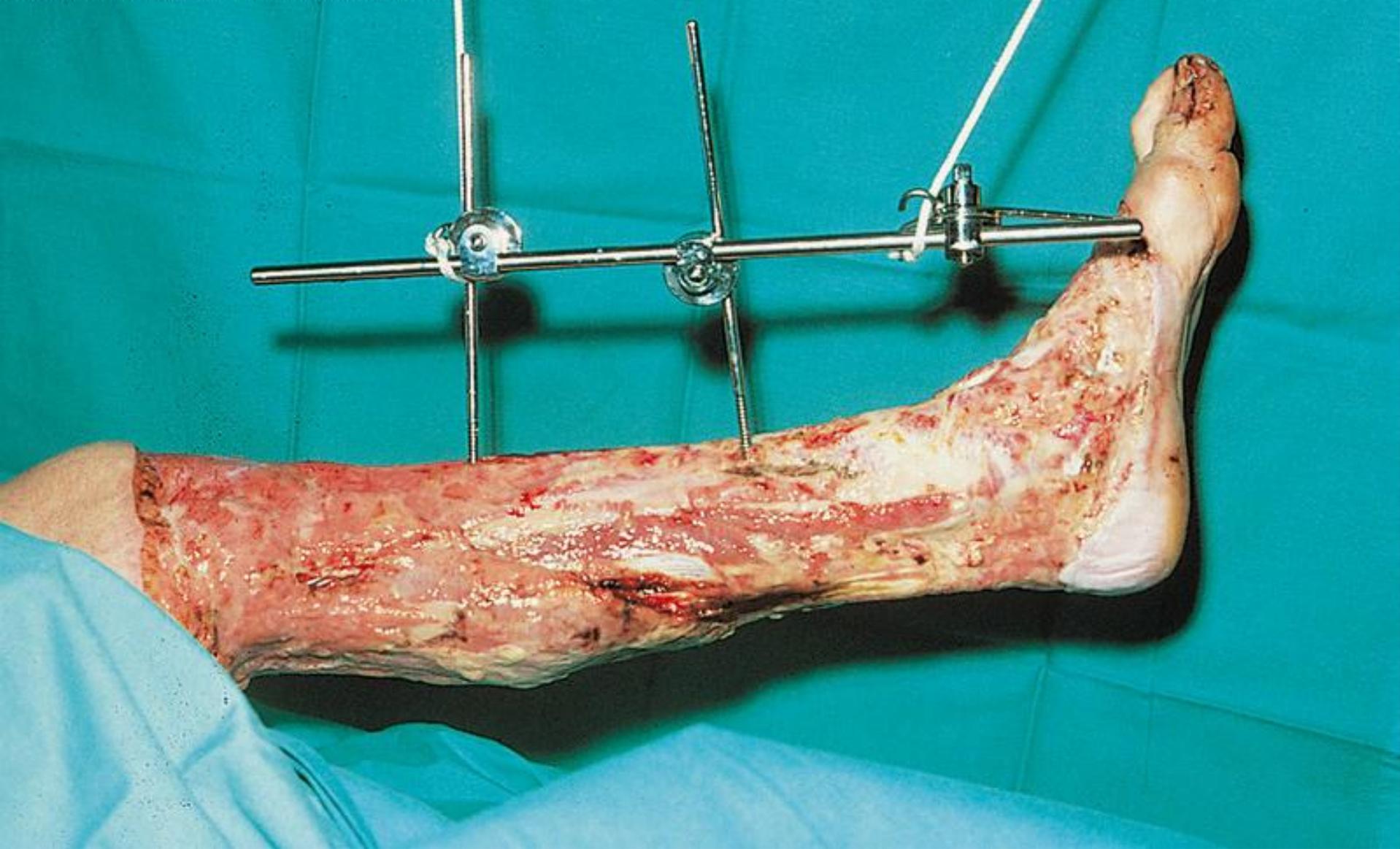
l'absence d'amélioration sous antibiothérapie

l'extension locale des signes de nécrose, une crépitation



Exploration chirurgicale qui assure le diagnostic







Évolution

❖ **Sous trt:** L'apyrexie est obtenue en 48—72 h

❖ **Les complications**

❖ **Systemiques** (septicémie) exceptionnelles

❖ **Locorégionales** plus fréquentes

❖ abcès localisés

❖ Évolution vers une forme nécrosante

❖ lymphoedème résiduel

❖ Risque de récurrence (+++)

Traitement

- Hospitalisation si:
 - Doute diagnostique
 - Signes généraux marqués
 - Complications locales ou générales
 - Comorbidité significative
 - Contexte social défavorable
 - Absence d'amélioration à 72 heures

1. *Moyens*

→ L'antibiothérapie systémique antistreptococcique:

- β lactamines (+++) :
 - Pénicilline G injectable (traitement de référence) : 10 à 20 millions d'unités (MU)/j en 4 à 6 perfusions
 - Pénicilline V orale: 4 à 6MU/j en 3 prises quotidiennes après obtention de l'apyréxie
 - Pénicilline A orale : amoxicilline (3 à 4,5 g/j en 3 prises quotidiennes) en 1^{re} intention en cas de traitement à domicile ou en relais de la pénicillineG après obtention de l'apyréxie.
- Synergistines : pristinamycine: 2 à 3g/j en 3 prises quotidiennes ;
- Clindamycine : 600 à 1200 mg/j en 3 à 4 prises (effets indésirables digestifs)
- Glycopeptides, cephalosporine

2. *Traitement adjuvant*

- ❖ Repos strict au lit jusqu'à la régression de l'inflammation
- ❖ Traitement anticoagulant préventif: si érysipèle + insuffisance veineuse du membre inférieur
- ❖ Les AINS et CTC sont **formellement déconseillés** (risque évolutif vers la nécrose plus important).
- ❖ Il faut prescrire :
 - Antalgiques : en cas de douleur
 - Traitement adapté de la porte d'entrée
- ❖ Contention : si œdème

3. *Indications*

- Si hospitalisation : pénicilline G IV au moins jusqu'à l'apyrexie puis relais per os (pénicilline V, amoxicilline per os). Durée totale : 10 à 20 jours.
- Si à domicile : amoxicilline per os pendant 15 jours environ.
- Pristinamycine (ou clindamycine)
 - Si allergie aux β lactamines
 - en 2e intention notamment si une étiologie staphylococcique est suspectée.

4. *Prévention des récurrences*

- Traitement d'une porte d'entrée persistante et d'une insuffisance veino-lymphatique.
- Hygiène cutanée soignée.
- En cas de récurrences multiples : discuter une pénicillinothérapie au long cours (Extencilline) 2,4MU en IM toutes les 2 à 3 semaines