

Infections Cutanées D'origine Bactérienne

Introduction :

Un ensemble de manifestations cutanées **inflammatoires** et **suppuratives** en relation avec la présence de germes pyogènes dans l'organisme. Il s'agit des cocci gram+ (staphylocoque et streptocoque) dans 80% des cas. Elles sont des atteintes localisées, comparativement aux éruptions d'origine virale, comme la varicelle ou l'érythème infectieux, qui atteignent fréquemment plusieurs régions du corps.

La principale problématique : est de ne pas méconnaître, devant un « **Placard rouge aigu fébrile** », **une forme nécosante** d'emblée ou risquant de le devenir.

Les infections cutanées peuvent évoluer vers une infection plus grave, telle qu'une infection nécosante avec gangrène des tissus mous et atteinte systémique. Elles peuvent aussi se compliquer d'une bactériémie occasionnant des localisations à distance notamment l'arthrite septique, l'ostéomyélite ou une endocardite.

La sémiologie cutanée occupe donc une place importante dans leur prise en charge car les décisions thérapeutiques essentielles doivent le plus souvent être prises sur des critères cliniques, en l'absence de documentation microbiologique de l'infection.

En général, les infections cutanées durent tant qu'un traitement adéquat n'est pas entrepris.

Rappel :

La peau dispose d'une protection naturelle contre la pénétration et la pullulation des bactéries pathogènes, qui associe plusieurs niveaux de défense. Elle héberge en permanence des bactéries à la surface de l'épiderme et dans les follicules pileux. Ce portage bactérien constant et physiologique est plus marqué dans certaines zones telles les grands plis, le périnée et les orifices narinaux, qui constituent des « gîtes » fréquents en cas de portage.

- **protection mécanique** : grâce à la continuité des cornéocytes
- **protection chimique liée** : PH, sébum, substances à activité antibactérienne
 - * Au pH cutané voisin de 5,5 peu propice à la croissance bactérienne ;
 - * Au sébum qui recouvre les cornéocytes d'un film hydrophobe renforçant la barrière kératinocytaire et s'opposant à l'adhésion des bactéries aux kératinocytes ;
 - * à la présence de substances à activité spécifiquement antibactérienne (défensines, lysozyme, cathélicidines...) qui s'attaquent, notamment, à la paroi des bactéries ;
- **protection biologique par** :
 - * la présence constante de bactéries commensales non pathogènes résidentes qui se comportent en compétiteurs biologiques vis-à-vis d'espèces plus dangereuses

*l'activité d'un réseau immunitaire très développé associant : des cellules de Langerhans épidermiques qui tissent un véritable filet de protection continu à la surface des téguments aux macrophages dermiques et aux lymphocytes à tropisme cutané, activés par les cellules de Langerhans qui leur présentent les antigènes bactériens dans le ganglion lymphatique de drainage.

Facteurs favorisants

La survenue d'une infection bactérienne est souvent la conséquence d'une altération d'un ou plusieurs de ces mécanismes de défense :

- ☐ Rupture de la barrière kératinocytaire permettant la pénétration des germes
- ☐ Modification du PH cutané
- ☐ Disparition du film sébacé, flore commensale résidente : détergents, antiseptiques
- ☐ Passage à un statut permanent de germes en principe transitoires
- ☐ Certaines conditions physiques : chaleur, humidité, macération
- ☐ Altérations immunitaires : Diabète, Immunodépression

La peau normale est colonisée par une flore bactérienne (un million/cm²)

Tableau 1 Types de flore bactérienne présente à la surface de l'épiderme.

Flore commensale résidente habituellement pathogène	Flore transitoire éventuellement pathogène
Streptocoques microcoques	Staphylocoque doré (+++)
Staphylocoque épidermidis « blanc »	Bacilles Gram négatif : <i>Escherichia coli</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Proteus</i>
Quelques staphylocoques dorés	
Cocci Gram négatif : <i>Neisseria</i>	
Bacilles Gram positif : corynebactéries aérobies et anaérobies (<i>Propionibacterium acnes</i>)	
Bacilles Gram négatif : quelques <i>Proteus</i> , <i>Acinetobacter</i> et <i>Pseudomonas</i>	

Introduction

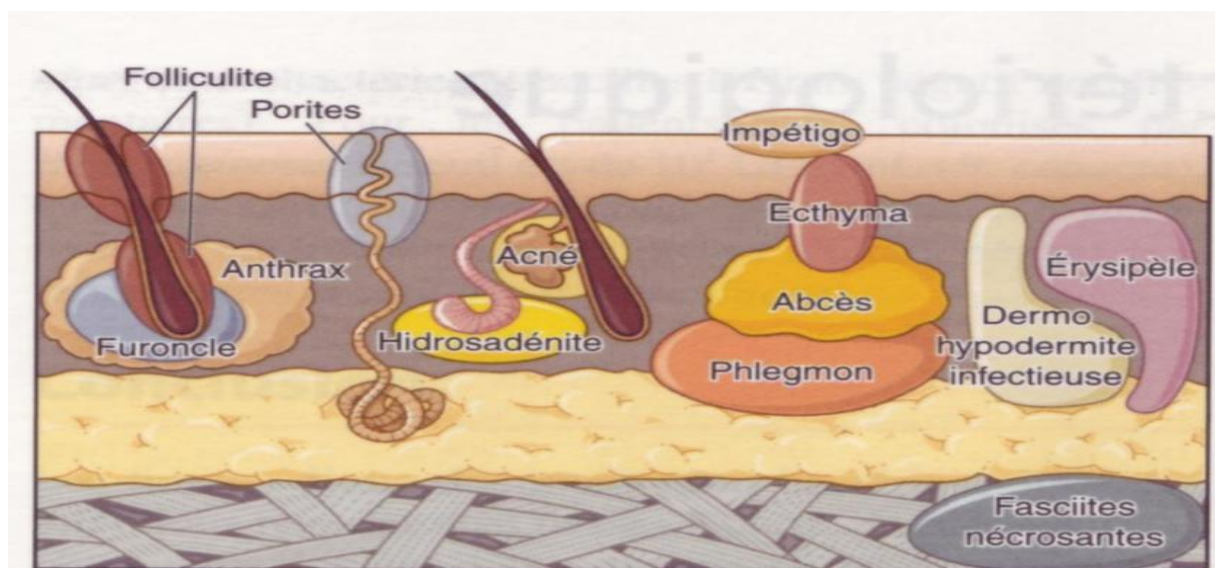
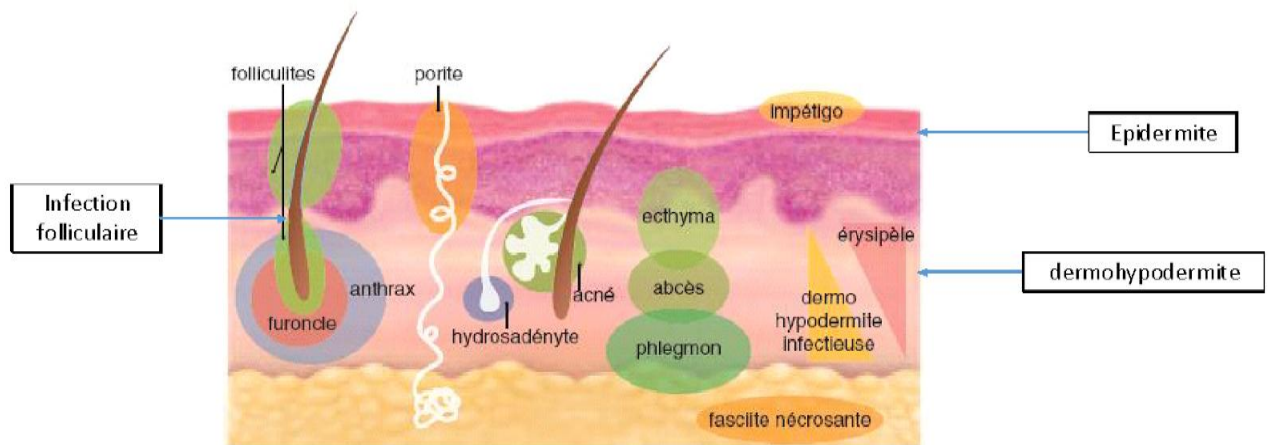
Rappel

Classification

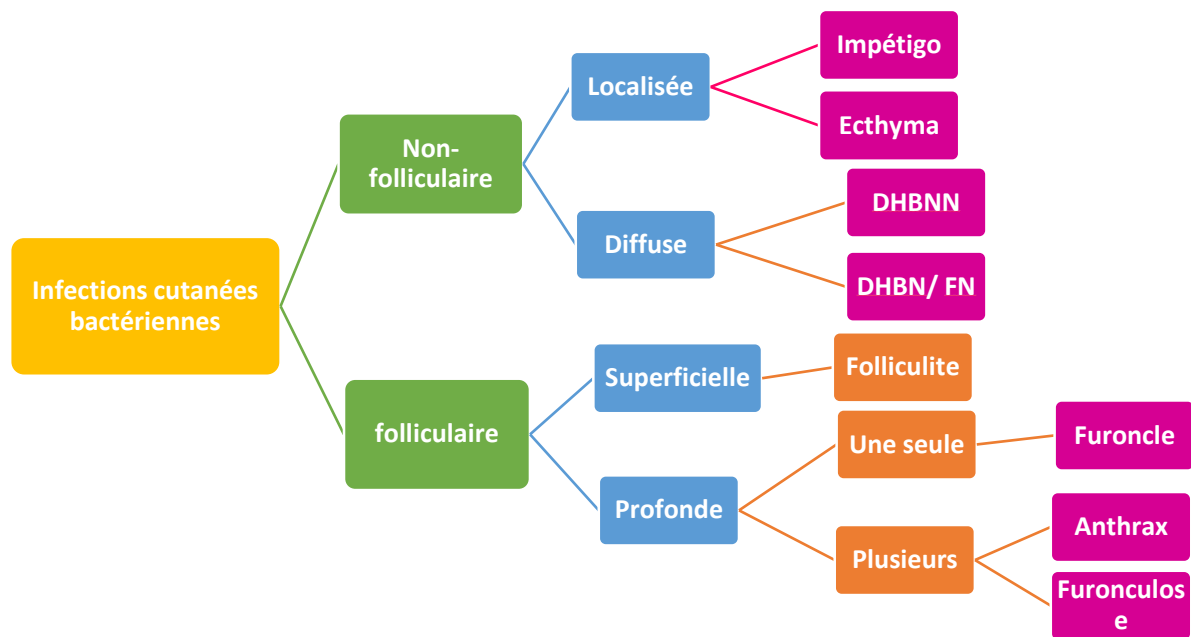
I- Epidermite

II- Infection folliculaire

III- dermohypodermite



Classification :



I- Non folliculaires

I-1 Localisées

I-1-A- Impétigo :

Infection cutanée purement épidermique dues au *Streptocoque* β -hémolytique du groupe A et/ou à *staphylocoque* doré.

Il s'agit d'une Infection auto- et hétéro-inoculable, non immunisante, hautement contagieuse. L'impétigo atteint surtout l'enfant avec de petites épidémies familiales ou en collectivités, plus rarement l'adulte où il complique presque toujours une affection cutanée prurigineuse préexistante, en particulier une ectoparasitose (impétiginisation).



Le diagnostic est essentiellement clinique dont l'aspect est non prédictif du germe en cause.

Le prélèvement bactériologique est pratiqué en cas de doute diagnostique ou si l'identification du germe est importante (SARM).

Clinique :

1/Forme habituelle de l'enfant

La lésion élémentaire est une vésiculo-**bulle** superficielle, **sous-cornée**, à contenu rapidement trouble (**pustule**), flasque et fragile évoluant rapidement vers une érosion recouverte de croûtes jaunâtres « mélicériques », à extension **centrifuge** $\pm$ aréole inflammatoire périphérique, avec coexistence de lésions d'âges différents.

De siège Souvent **péri-orificiel** au départ puis il diffuse au visage (+++) et au reste du corps suite au portage manuel, associées à des adénopathies régionales fréquentes sans signes généraux.

Exceptionnellement peut se compliquer d'une glomérulonéphrite post streptococcique.



2/ Impétigo géant phlyctenulaire ou impétigo bulleux

Fréquent chez le nouveau-né (< 2 ans) secondaire au *S.aureus*

La Lésion élémentaire, de siège ubiquitaire est une bulle large (1 à 5 cm), entourée d'un érythème périphérique qui se rompt rapidement et se couvre d'une croûte. Les signes généraux absents se compliquant rarement de Schock syndrome toximique.



I-1-B- Ecthyma

Une forme creusant d'impétigo lié à *streptococcus pyogènes* et/ou à *staphylococcus aureus* habituellement localisée aux membres inférieurs Observé sur un terrain volontiers : immunodéprimé, d'éthylisme chronique, d'artériopathie. Il s'agit d'une ulcération parfois croûteuse avec une évolution cicatricielle



I-1-C- Impétiginisation ou Impétigo de l'adulte : Il s'agit de la surinfection d'une dermatose prurigineuse avec apparition de croûtes mélicériques ou plus rarement de pustules.



Evolution et complication :

En cas de traitement : on note une régression en quelques jours, sans cicatrice sauf dans l'ecthyma

En absence de traitement : l'évolution est émaillée par des complications notamment :

1/Complications septiques :

***Locales :** abcès, lymphangite, rarement ostéomyélite et arthrite septique.



***Générales :** bactériémies, des septicémies, et des pneumonies

2/Immunologiques :

La GNA due au streptocoque du groupe A

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

3/Toxiniques :

***Épidermolyse staphylococcique aiguë ou le syndrome SSSS**

***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.

4/Récidives : gites nasales +++

Traitement :

1/ Traitement Local :

Est systématique et souvent suffisant dans les formes peu étendues

- lavage biquotidien à l'eau et au savon ;
- antiseptiques (chlorhexidine ou povidone iodée), notamment, sous forme moussante
- et/ou antibiotiques topiques (acide fucidique, mupirocine en 2^e intention) en applications bi- ou triquotidiennes : préférer les pommades grasses pour ramollir et faire tomber les croûtes ;
- durée 8 à 10 jours.

2/Traitement général antibiotique

- En cas de : lésions étendues, extensives, signes généraux majeurs, terrain immunocompromis ou si les soins locaux sont incertains.
 - pénicilline M (oxacilline, cloxacilline) : 30 à 50 mg/kg/j ;
 - amoxicilline+acide clavulanique ou C1G
 - 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.

3/Mesures complémentaires

- Examen de l'entourage notamment en collectivité
- Traitement éventuel de la fratrie
- Prélèvement et traitement (mupirocine) des gîtes pour l'enfant et toute la famille en cas de récurrence
- Mesures d'hygiène : sous-vêtements propres, ongles coupés courts
- Traitement étiologique d'une dermatose prurigineuse sous-jacente
- Une éviction de collectivité est recommandée en fonction de la localisation des lésions.

I-2- Diffuse

Les dermohypodermes bactériennes aiguës, nécrosantes et non nécrosantes, sont des infections bactériennes aiguës des tissus situés entre l'épiderme et les muscles

Elles se manifestent le plus souvent par des **placards inflammatoires** accompagnés de **signes généraux**.

Elles peuvent être subdivisées en trois formes principales :

- La **dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN)** à type d'érysipèle streptococcique
- **les autres dermohypodermes bactériennes d'origine non streptococcique**
- la **dermohypodermite bactérienne aigue nécrosante (DHBN)**, incluant la fasciite nécrosante.

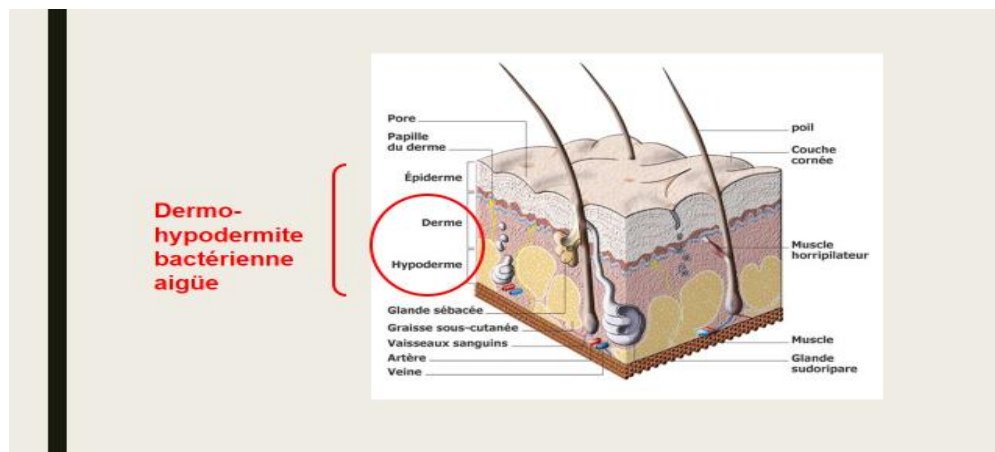
I-2-A- Dermohypodermite non nécrosante (DHNN) :

- La **dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN)** est une infection aiguë non nécrosante d'origine bactérienne, limitée au derme et à l'hypoderme.

Elles surviennent en majorité chez l'adulte, rares chez l'enfant et sont principalement dues au streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA, *Streptococcus pyogenes*), moins fréquemment du groupe G et accessoirement à d'autres groupes (C, B) la porte d'entrée est décelable dans 50 à 70% cas

L'érysipèle est la dénomination historique et francophone de la forme clinique commune des DHBNN à streptocoque de l'adulte. L'atteinte prédomine le plus souvent aux **membres inférieurs** mais peut toucher d'autres régions anatomiques comme **le visage**. Leur principale complication est **la récurrence**.

L'érysipèle est une infection bactérienne qui s'étend horizontalement de proche en proche dans le derme profond et l'hypoderme à partir d'une brèche cutanée.



Facteurs favorisants :

- un œdème, quelle qu'en soit la cause (lymphotoedème, œdème de stase, insuffisance veinolympathique, œdème de l'insuffisance cardiaque. . .)
- le diabète
- L'obésité
- Antécédents d'érysipèle
- l'immunosuppression
- les irradiations antérieures.



Erysipèle des mb < :

La porte d'entrée est le plus souvent

- un intertrigo inter orteils
- un ulcère veineux du membre inférieur
- Plaie cutanée traumatique,
- Dermatoses érosives (eczéma, varicelle).
- Parfois elle reste inconnue.

Cliniquement :

- Début brutal,
- Fièvre (39 à 40°C)
- Placard cutané inflammatoire bien circonscrit
- ± bulles, ± purpura
- Nécrose (-), crépitation (-)
- ADP ± lymphangite

Diagnostic clinique+++ : Il est **recommandé :**

- de rechercher une **porte d'entrée** cutanée locorégionale
- de **marquer au feutre les contours** du placard inflammatoire permettant de suivre l'évolution
- ou d'en réaliser une **photographie**

L'absence de porte d'entrée visible ne doit pas faire écarter le diagnostic.



Pas d'examens complémentaires indispensables sauf si gravité :

- GB, CRP
- Pas d'intérêt sérologies streptocoques
- Bactériologie : Hémocultures positives < 10%
- Echo doppler si doute/ phlébite

Erysipèle du visage :

La principale PE est l'oreille (eczéma du conduit externe, fissure rétro auriculaire).

Les signes cliniques d'une DHBNN à streptocoques sont :

- L'apparition brutale d'un placard inflammatoire de dermohypodermite bien circonscrit, unilatéral en cas de localisation au membre, accompagné ou précédé de fièvre et/ou de frissons.
- Il s'accompagne inconstamment d'une adénopathie régionale ou d'une traînée de lymphangite.



Critères d'hospitalisation

1/ 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** (Complications des DHBNN) : 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 poly pathologique avec risque de mauvaise réponse au traitement et/ou risque de décompensation de pathologie chronique
- * **Age < à 1 an**

2/ Une **hospitalisation secondaire** est recommandée en cas :

- D'apparition de signes de gravité locaux ou généraux
- 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

Traitement

Chez l'adulte :

- En première intention :
Amoxicilline : 50 mg/kg/j en trois prises per os avec un maximum de 6 g/j
- en cas d'allergie à la pénicilline : pristinamycine (1 g × 3/j)

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.

En raison des modifications physiologiques et pharmacologiques **chez le sujet obèse**, il faut adapter les doses d'antibiotiques. Les voies d'injection intramusculaire et sous-cutanée seront

à éviter en raison de la couche lipophile sous-cutanée. L'absorption par voie orale est en principe non modifiée en dehors d'un éventuel retard de remplissage gastrique.

• Traitement curatif/Prévention antibiotique des récidives

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-triméthoprim : 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 récurrence.

➤ Associé au :

*Repos avec surélévation du membre atteint est recommandé jusqu'à amélioration des signes locaux

*Une anticoagulation à dose prophylactique sera discutée en fonction des facteurs de risque thromboembolique du patient

*Mise à jour de la vaccination antitétanique

Chez l'adulte la prise en charge des facteurs de risque existants est recommandée au décours du traitement d'une DHBNN en vue de **prévenir les récidives** :

*Le lymphœdème doit être traité par compression médicale

*Les portes d'entrée existantes (plaies, intertrigo, dermatose sous-jacente) doivent faire l'objet d'un traitement adapté ;

*L'obésité doit être prise en charge : orientation vers une consultation spécialisée

*Il est recommandé de **NE PAS PRESCRIRE** des corticoïdes ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour le traitement d'une DHBNN.

En cas de prise chronique d'AINS, il est recommandé d'arrêter transitoirement ce traitement jusqu'à la guérison de la DHBNN. En cas de prise chronique de corticoïdes ou d'aspirine à dose antiaggrégante, ceux-ci seront poursuivis sans modification de doses

L'antibioprophylaxie chez les patients présentant des facteurs de risque non contrôlables ou non résolutifs, il est recommandé de la proposer à partir de deux épisodes de DHBNN dans l'année écoulée.

➤ **Benzyl-pénicilline G retard** 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines

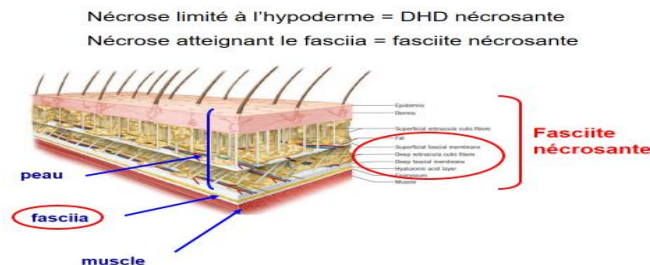
➤ **pénicilline V (phénoxy méthylpénicilline)** PO 1 à 2 millions UI/j selon le poids en deux prises

➤ **Azithromycine** (250 mg/j) si allergie à la pénicilline.

La durée optimale n'est pas déterminée et sera à réévaluer en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence

I-2- B- Dermohypodermite nécrosante (DHN)

Ce sont des infections aiguës nécrosantes du **derme et de l'hypoderme** pouvant atteindre le **fascia** (comme dans la FN), voire le **muscle**, qui s'accompagnent souvent de la production d'endo et d'exotoxines.



Leur évolution est souvent fulminante, mettant en jeu le pronostic vital (mortalité entre 20 % et 30 %).

Les DHBN-FN sont plus fréquentes chez l'adulte et surviennent surtout après 50 ans.

Elles peuvent être **mono microbiennes**, et alors principalement dues au **SGA** ou **poly microbiennes** associant SGA, bactéries aérobies (notamment SA, entérobactéries, *Pseudomonas aeruginosa*, etc.) ou anaérobies favorisées par le diabète, l'artériopathie, un mauvais état général et ou une prise d'AINS++++

Facteurs de risque

Chez l'adulte : Les principaux facteurs de risque sont :

- *le diabète
- *les anti-inflammatoires non stéroïdiens,
- *l'immunodépression (corticoïdes, chimiothérapie, immunosuppresseurs, insuffisance rénale chronique, cirrhose),
- *la malnutrition,
- *l'âge supérieur à 60 ans,
- *la toxicomanie intraveineuse,
- *l'insuffisance veineuse, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)
- *l'obésité.

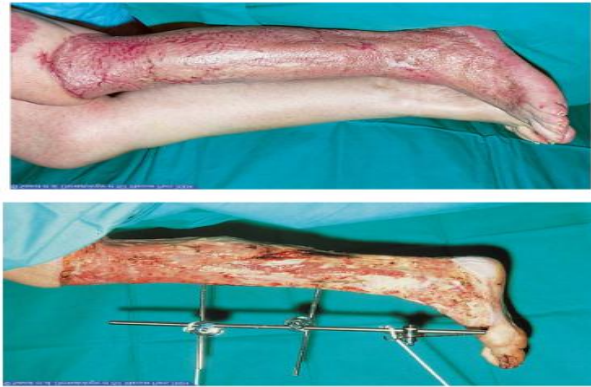
Chez l'enfant, la varicelle est le principal facteur de risque de DHBN

Le diagnostic clinique de FN et DHBN est difficile.

Il est recommandé de suspecter ce diagnostic devant une dermohypodermite présentant les caractéristiques cliniques suivantes :

- **Signes généraux de sepsis** (Score de qSOFA ≥ 2 chez l'adulte : troubles de conscience, fréquence respiratoire $> 22/\text{min}$ et PAS $< 100 \text{ mmHg}$) 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 48 heures après l'introduction de la première antibiothérapie, malgré un traitement adapté.

La suspicion d'une FN nécessite une **hospitalisation en urgence**.



Les membres inférieurs constituent le site de prédilection des DHBN mais toutes les localisations sont possibles.

Formes cervicales

Elles font suite à des foyers infectieux buccodentaires, cervicaux ou ORL

Formes périorbitaires

Elles surviennent chez l'enfant, faisant suite à un traumatisme ou une infection du tractus supérieur

Formes thoracoabdominales

Elles font suite à des chirurgies de tout type.

Forme périnéale (gangrène de Fournier)

La porte d'entrée en est génitale, anorectale ou cutanée, faisant suite à une chirurgie ou acte invasif diagnostique ou à une PE primitive (bartholinite, pathologie anale).

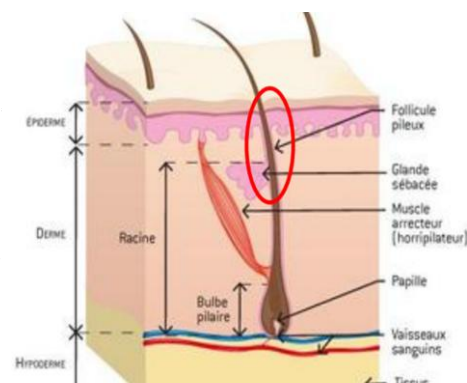
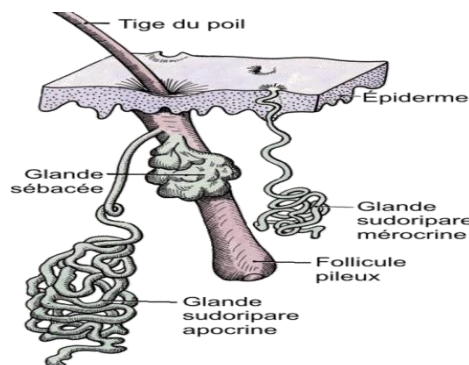
Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale nécessitant un :

- Débridement chirurgical large de l'ensemble des tissus nécrosés
- ATB par voie IV, adapté en fonction des prélèvements, pdt 14-21 jrs
- PEC des défaillances d'organe
- PEC des comorbidités
- Traitement de la PE
- Prévention antitétanique si nécessaire

II- Infection folliculaire :

II-1- Superficielle ou Folliculite

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



Favorisée par : macération, frottement, rasage entraînant des lésions papuleuses érythémateuses centrées par des poils évoluant vers des pustules dans un contexte d'apyrexie



Il existe des

* **Folliculite superficielle** : ostium folliculaire, pustule très superficielle

* **Folliculite profonde** : entre l'ostium et l'abouchement de la glande sébacée c'est la Folliculite aigüe nécrosante (nécrose de tout l'appareil pilo-sébacé)



LE : Débutant par une papule érythémateuse centrée par un poil avec **induration** périfolliculaire,

Puis un nodule induré, entouré par un œdème important Saillant, Centré par une pustule qui s'ouvre laissant sourdre une goutte de pus (**bourbillon**). La lésion est **douloureuse**

D'autres Formes particulières notamment l'orgelet, sycosis



Traitement :

- Hygiène, antiseptiques pluriquotidiens :
- Sycosis : mousse à raser antiseptique, rasoirs jetables, espacer le rasage
- ATB per os uniquement dans les formes étendues : amoxicilline-acide clavulanique, si allergie pristinamycine

II-2- Profonde :

II- 2-A- Furoncle :

Une infection profonde du follicule pilosébacé, due au staphylocoque doré et à la leucocidine penta Valentine (LPV+++). Favorisée par la macération et le frottement.

Il s'agit d'un nodule rouge, chaud, douloureux, induré centré par une pustule folliculaire.

Elle évolue en 5 à 10 jours vers la **nécrose** et l'élimination du follicule pileux (bourbillon), au prix d'une cicatrice déprimée. En absence du traitement il peut évoluer vers la staphylococcie maligne de la face ou a des localisations secondaires



II- 2-B- Anthrax :

- c'est une agglomération des furoncles dans une même région.
- Il réalise un placard très inflammatoire, recouvert de nombreuses pustules qui vont se creuser en un cratère.
- La partie haute du dos est son siège habituel.

Les signes généraux sont intenses avec fièvre et malaise



II- 2-C- Furonculoses :

- Multiplicité et la chronicité du furoncle pendant des mois et des années.
- La recherche d'un diabète ou d'un déficit immunitaire ainsi qu'un gîte staphylococcique (narines, rétro-auriculaire, pli inter fessier, cicatrices d'anciens furoncles.....)s'avère nécessaire **Devant toute furunculose**

Complications

A/locorégionale :

- **Staphylococcie maligne de la face :**
- **Urgence**
- Complique un furoncle Centro-facial suite a une manipulation
- Très rapidement : placard inflammatoire, rouge, douloureux, se recouvrant de pustules, d'extension centrifuge (de proche en proche)
- Hospitalisation et traitement ATB urgents
- Complication : thromboses des sinus caverneux, thrombose cérébrale



- Abscess sous cutané
- Lymphangite
- Dermohypodermite aigue

B/ Systémique :

- Endocardite
- Bactériémie à SA
- Infections osteo-articulaires

Traitement

1-Furoncle isolé :

- Hygiène rigoureuse
- Antiseptique local.

2-Furoncle centro-faciale (fièvre, extension de la lésion) : antibiothérapie orale (pénicilline M orale, pristinamycine, acide fusidique).

3-Anthrax :

- Excision chirurgicale de tissus nécrosés,
- Antibiothérapie par voie générale (selon l'antibiogramme),
- Soins locaux.

4-Furonculose :

- Hygiène rigoureuse ;
- Antibiothérapie per os (selon l'antibiogramme) ;

 	
	
FURONCLE SIMPLE	FURONCLE COMPLIQUE
PAS de prélèvement bactériologique	Prélèvement bactériologique du pus avant antibiothérapie, PAS de recherche systématique de la Leucocidine de Panton-Valentine (LPV)
Soins locaux uniquement Pas de manipulation du furoncle (limite 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) Protection de la lésion avec un pansement	Antibiothérapie orale pendant 5j : CLINDAMYCINE 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P > 100 kg) pristinamycine 1g x 3 /j Pas d'antibiothérapie locale Mesures d'hygiène rigoureuses (changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours)
PAS d'antibiothérapie (locale ou générale)	Chez l'enfant : avis spécialisé (pédiatre hospitalier) car les formes compliquées abcédées sont plus fréquentes

Protocole De Décolonisation

- *Application nasale de pommade de mupirocine 2 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, changé fréquemment le linge de toilette
- *Mesures d'hygiène de l'environnement (linge, vaisselle, entretien des locaux),
- *Bains de bouche biquotidiens à la Chlorhexidine (adulte et enfant à partir de 6 ans)
- *Traitement local prolongé des gîtes par antiseptiques ou antibiotiques, (acide fusidique, mupirocine) 2*/jr, 10jr/mois pendant 6mois-1an.
- *Prélèvement bactériologique et traitement des gîtes pour tous les membres de la famille

Conclusion

La majorité des infections cutanées bactériennes sont dues à des cocci Gram+ : streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, Staphylococcus aureus.

Ces infections sont auto-inoculables et non immunisantes.

Elles sont favorisées par des facteurs locaux (plaies, dermatoses préexistantes, macération cutanée...), notamment des affections prurigineuses (ectoparasitoses, dermatite atopique, varicelle...) pour l'impétigo et des brèches cutanées (intertrigo des orteils, ulcère de jambe, brûlure) pour l'érysipèle, à rechercher dans tous les cas

Les infections récurrentes à staphylocoque témoignent souvent d'un portage chronique personnel et/ou dans l'entourage familial.

Le diagnostic de ces infections cutanées est surtout clinique.

Les complications sont rares mais potentiellement graves

La prévention des récurrences repose sur : le traitement des portes d'entrée (plaies et intertrigo à dermatophytes dans l'érysipèle) ; la détection et décontamination des gîtes en cas de furoncles.