

Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant IC-155

- Connaître la définition d'une mycose superficielle
- Connaître les signes d'une infection candidosique et des mycoses (candidoses incluses) orale, génitale, unguéale, d'un pli
- Connaître les facteurs favorisant des infections cutanéomuqueuses à candida et mycoses
- Photographies d'un exemple typique de ces mycoses
- Connaître les indications du prélèvement mycologique de la peau et des phanères
- Connaître les principes du traitement des mycoses (candidoses incluses)
- Connaître la définition d'un panaris
- Connaître la définition d'un abcès
- Connaître les principes du traitement d'un abcès
- Connaître les principes du traitement d'un panaris
- Connaître la définition d'une dermohypodermite bactérienne non nécrosante et nécrosante
- Connaître l'épidémiologie et les facteurs de risque des dermohypodermes bactériennes non nécrosantes et nécrosantes chez l'adulte et l'enfant
- Connaître les orientations diagnostiques d'une grosse jambe rouge aiguë
- Connaître les signes sémiologiques évocateurs de dermohypodermite bactérienne chez l'adulte et chez l'enfant
- Connaître les localisations les plus fréquentes de dermohypodermite bactérienne non nécrosante et nécrosantes
- Connaître les signes de gravité d'une dermohypodermite
- Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (photographies d'un érysipèle adulte, d'une dermohypodermite non nécrosante enfant)
- Dermohypodermite bactérienne non nécrosante : connaître les examens à réaliser (et à ne pas réaliser)
- Connaître le principe du traitement d'une dermohypodermite bactérienne et la notion d'urgence médicochirurgicale dans les formes nécrosantes ; Dermohypodermite bactérienne non nécrosante : connaître le traitement (antibiothérapie recommandée et si allergie pénicilline, mesures complémentaires (adulte et enfant)
- Savoir qu'il faut rechercher une porte d'entrée devant une dermo-hypodermite
- Connaître la définition et physiopathologie de l'anthrax et du furoncle
- Connaître les signes cliniques du furoncle
- Photographie de furoncle
- Connaître les principes du traitement du furoncle
- Connaître les complications du furoncle
- Furonculose : connaître les facteurs favorisant, les examens à réaliser
- Connaître la définition, la physiopathologie, l'épidémiologie de l'impétigo et de l'impétiginisation
- Connaître les modalités du diagnostic d'un impétigo crouteux, d'un impétigo bulleux, d'une impétiginisation
- Impétigo : photographies d'un impétigo crouteux, d'un impétigo bulleux, d'une impétiginisation)
- Connaître les principes du traitement (adulte et enfant) : antibiothérapie et mesures complémentaires
- Connaître les modalités du diagnostic des complications d'un impétigo
- Connaître la définition et la physiopathologie de la folliculite
- Connaître les signes cliniques de la folliculite
- Connaître les principes du traitement de la folliculite
- Photographie de folliculite
- Connaître les complications possibles des folliculites
- Connaître les mécanismes physiopathologiques des cellulites faciales
- Connaître les signes cliniques d'une cellulite faciale collectée et séreuse
- Connaître les différentes portes d'entrée d'une cellulite de la face
- Connaître les examens de première intention
- Connaître les signes de gravité d'une cellulite faciale et complications graves
- Connaître les principes thérapeutiques des cellulites faciales

Connaître la définition d'une mycose superficielle OIC-155-01-A

Mycose : infection provoquée par des champignons ou mycètes microscopiques ;

Mycose superficielle : mycoses qui touchent la peau, les phanères (ongles, cheveux et poils) et les muqueuses, en particulier au niveau digestif et génital

Connaître les signes d'une infection candidosique et des mycoses (candidoses incluses) orale, génitale, unguéale, d'un pli OIC-155-02-A

	Dermatophytes	Levures
Agents infectieux	Champignons microscopiques filamenteux et kératinophiles	Champignons microscopiques unicellulaires de forme ovoïde ou sphérique habituellement commensaux de la peau et des muqueuses

Facteurs favorisants locaux	Contamination par contact avec des squames sur le sol (intertrigo petits plis), par contact avec animaux (dermatophytie cutanée, teigne) Utilisation de peignes, brosses contaminés par des squames (teignes à transmission interhumaine) Effraction épidermique Contamination favorisée par la macération (plis chez les obèses, séchage insuffisant, chaussure fermée ou de sécurité, contact répété avec l'eau...)	*humidité, macération (contacts répétés avec l'eau, occlusion, obésité, port de gants, transpiration...) *pH acide *irritations chroniques *xérostomie
Facteurs favorisants généraux		*terrain (immunosuppression, âges extrêmes de la vie et grossesse) *médicaments (immunosuppresseurs, antibiotiques)

Photographies d'un exemple typique de ces mycoses OIC-155-04-A

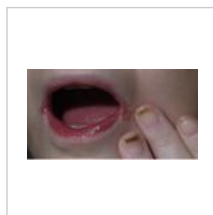


Figure 1. Perlèche candidosique

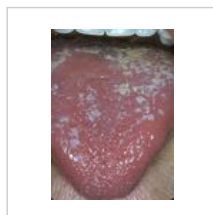


Figure 2. Muguet candidosique

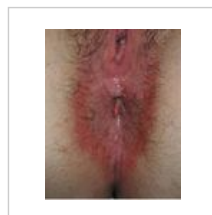


Figure 3. Vulvo-vaginite candidosique



Figure 4. Intertrigo candidosique des grands plis

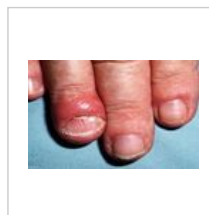


Figure 5. Péri-onyxis candidosique

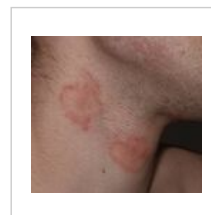


Figure 6. Dermatophytie de la peau glabre

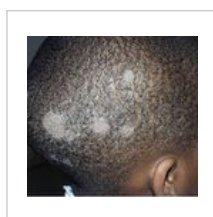


Figure 7. Teignes microsporiques

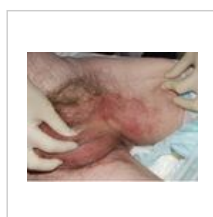


Figure 8. Intertrigo dermatophytique des grands plis

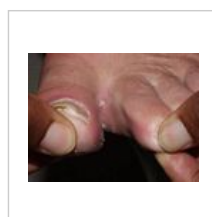


Figure 9. Intertrigo dermatophytique inter-orteil

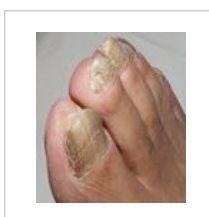


Figure 10. Onychomycoses

Connaître les indications du prélèvement mycologique de la peau et des phanères OIC-155-05-B

	Dermatophytes	Levures
Indications du prélèvement mycologique	Indispensable avant tout traitement topique ou systémique pour les atteintes unguéales et du cuir chevelu	Pas de prélèvement systématique Prélever devant : - une atypie clinique, un doute diagnostique ou diagnostic alternatif fréquent (périoronxis) - des lésions chroniques, récidivantes - une résistance à un traitement adapté et bien observé

Connaître les principes du traitement des mycoses (candidoses incluses) OIC-155-06-B

	Dermatophytes	Levures
Principes généraux	*Traitement des facteurs favorisants *Traitement simultané de tous les foyers	
Principes thérapeutiques	*traitements topiques pour des atteintes cutanées limitées pour une durée de 2 à 3 semaines *traitements antifongiques par voie systémique pour les atteintes diffuses, les teignes (associés à un traitement local), l'atteinte unguéale pour une durée de quelques semaines à plusieurs mois	*traitements topiques pour des atteintes cutanées limitées pour une durée de 1 à 3 semaines *traitements antifongiques par voie systémique pour les atteintes diffuses, l'atteinte unguéale, une atteinte non accessible à un traitement topique (muqueuse oesophagienne) les patients immunodéprimés, pour une durée de quelques semaines à plusieurs mois

Connaître la définition d'un panaris OIC-155-07-A

Infection du repli unguéal, principalement liée à *Staphylococcus aureus*, se manifestant par des douleurs pulsatiles de l'extrémité d'un doigt.

Connaître la définition d'un abcès OIC-155-08-A

Collection purulente localisée dans le derme et/ou l'hypoderme

Connaître les principes du traitement d'un abcès OIC-155-09-B

Incision et drainage de l'abcès.

Antibiothérapie pendant 5 jours active sur le *Staphylococcus aureus* (voie orale : clindamycine ou pristinamycine, voie IV : oxacilline/cloxacilline ou cefazoline, chez l'enfant : amoxicilline/acide clavulanique ou céphalosporine de 1ère génération)

Connaître les principes du traitement d'un panaris OIC-155-10-B

Antiseptiques locaux en bains pluriquotidiens

Incision et drainage en cas de collection purulente ou de complication (phlegmon des gaines)

Antibiothérapie anti-staphylococcique par voie orale en cas de résistance et/ou complication

Connaître la définition d'une dermohypodermite bactérienne non nécrosante et nécrosante OIC-155-11-A

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN) : infection aiguë non nécrosante d'origine bactérienne, intéressant le tissu cutané, principalement due au streptocoque β -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*)

Dermohypodermite bactérienne nécrosante (DHBN) et **fasciites nécrosantes** (FN) : infections nécrosantes du derme et de l'hypoderme pouvant atteindre le muscle, avec production d'endo- et d'exotoxines, mettant en jeu le pronostic vital. Il s'agit d'une urgence médicochirurgicale

Connaître l'épidémiologie et les facteurs de risque des dermohypodermites bactériennes non nécrosantes et nécrosantes chez l'adulte et l'enfant OIC-155-12-B

	Dermohypodermite bactérienne non nécrosante	Dermohypodermite bactérienne nécrosante
Epidémiologie	<p>Chez l'adulte, Incidence estimée en France entre 10 et 100 cas pour 100 000 habitants</p> <p>Prédominance féminine</p> <p>Age moyen de 60-65 ans</p> <p>Chez l'enfant, survient chez des enfants antérieurement sains et plutôt jeunes, âgés de moins de 3 ans</p>	<p>Chez l'adulte, Incidence estimée à de 0,4/100 000/hab, avec une augmentation après 50 ans.</p> <p>Chez l'enfant, Prévalence estimée à 0,8 par million de patients par an</p>
Facteurs de risque	<p>Chez l'adulte, Locaux : ulcère de jambe, intertrigo inter-orteils, plaie, lymphœdème (insuffisance lymphatique), insuffisance veineuse, antécédent d'érysipèle</p> <p>Généraux obésité</p>	<p>Chez l'adulte, âge élevé</p> <p>comorbidités associées : diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance hépatocellulaire, insuffisance rénale, obésité, homme</p> <p>Chez l'enfant,</p> <ul style="list-style-type: none">- porte d'entrée cutanée : traumatisme, morsure- la varicelle- une immunodépression

Connaître les orientations diagnostiques d'une grosse jambe rouge aiguë OIC-155-13-A

Diagnostic différentiel de la DHBNN aux membres inférieurs (à l'exception des DHBNN)

- **dermite de stase de l'insuffisance veineuse** (appelée à tort « eczéma variqueux »), mais poussées inflammatoires le plus souvent bilatérales, apyrexie
 - **eczéma de contact**, piqûres d'insecte, érythème migrant, fièvres périodiques familiales, arthrite aiguë, bursite, **thrombose veineuse superficielle ou profonde**
-

Connaître les signes sémiologiques évocateurs de dermohypodermite bactérienne chez l'adulte et chez l'enfant OIC-155-14-A

Chez l'adulte et l'enfant

Diagnostic est clinique,

Survenue **brutale** d'un placard inflammatoire associé à des signes généraux.

Signes locaux : apparition aiguë d'un **placard inflammatoire** (érythème, chaleur, œdème, douleur), d'**extension progressive** sur quelques jours, et **bien limité** ; présence de bulles non hémorragiques ou d'un purpura également rapportés ; **adénopathie locorégionale** ou **lymphangite (Figure 10)**.

Signes généraux : fièvre élevée (38,5° à 40°C), frissons, sensation de malaise

Connaître les localisations les plus fréquentes de dermohypodermite bactérienne non nécrosante et nécrosantes OIC-155-15-A

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante, chez l'adulte

- localisée le plus souvent aux membres inférieurs (70 à 90 % des cas)
- autres localisations : membre supérieur dans 5-10 % (contexte de néoplasie du sein chez la femme), face (5 % des cas)

La localisation chez l'enfant est différente avec une prédominance moins nette des localisations aux membres inférieurs (porte d'entrée cutanée : surinfection de lésions de varicelle)

Dermohypodermite bactérienne nécrosante, les localisations les plus fréquentes sont celles-citées précédemment.

Connaître les signes de gravité d'une dermohypodermite OIC-155-16-A

Signes locaux

- Douleur intense, au-delà de toute mesure, au-delà de la zone érythémateuse, œdémateuse et infiltrée ; impotence fonctionnelle
- crépitation, zones cyaniques livédoïdes, nécrose cutanée, hypoesthésie ou anesthésie
- extension très rapide (quelques heures)
- aggravation des signes locaux après 48 h d'antibiothérapie bien menée

Signes généraux

Signes de sepsis : hypotension (l'hypotension est un signe tardif chez l'enfant, la tachycardie est un meilleur signe précoce), tachycardie, confusion (irritabilité ou somnolence chez le nourrisson), polypnée.

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (photographies d'un érysipèle



Figure 11.
Dermohypodermite
bactérienne non
nécrosante de
l'adulte



Figure 12.
Dermohypodermite
bactérienne non
nécrosante de
l'enfant

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante : connaître les examens à réaliser (et à ne pas réaliser) OIC-155-18-A

Devant une dermohypodermite bactérienne non nécrosante, **aucun examen** biologique, microbiologique ou d'imagerie n'est à réaliser.

Connaître le principe du traitement d'une dermohypodermite bactérienne et la notion d'urgence médicochirurgicale dans les formes nécrosantes ; Dermohypodermite bactérienne non nécrosante : connaître le traitement (antibiothérapie recommandée et si allergie pénicilline, mesures complémentaires (adulte et enfant) OIC-155-19-A

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

Traitements ambulatoire, sauf

- présence de signes de gravité locaux ou généraux,
- existence d'une maladie associée à risque de décompensation : immunosuppression, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, obésité.
- âges extrêmes (nouveau-né ou sujet très âgé)
- absence d'une réponse satisfaisante au traitement dans les 72 heures suivant son instauration
- et également pour l'enfant : difficultés de compréhension ou de communication de l'entourage laissant envisager des difficultés de surveillance à domicile

Chez l'adulte,

- antibiothérapie orale pour une durée de 7 jours, anti *Streptococcus pyogene*

amoxicilline : 50 mg/kg/jour en 3 prises avec un maximum de 6 g/jour ; si 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).

Chez l'enfant,

- antibiothérapie orale pour une durée de 7 jours, anti *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes*

amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/jour) ; si allergie aux β -lactamines : **clindamycine** : 40 mg/kg/jour en 3 prises par jour (enfants > 6 ans) ; ou **sulfaméthoxazole-triméthoprim** : 30 mg/kg/jour (exprimé en sulfaméthoxazole) en 3 prises par jour (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans).

Mesures associées

Pas d'antibiothérapie locale

Ne pas prescrire d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Repos avec surélévation du membre atteint

Anticoagulation à dose prophylactique à discuter en fonction des facteurs de risque thrombo-emboliques du patient

Port d'une contention veineuse efficace dès amélioration des douleurs

Traitement de la porte d'entrée (intertrigo)

Mise à jour de la vaccination anti-tétanique si nécessaire

Dermohypodermite bactérienne nécrosante

Urgence vitale qui impose une prise en charge médico-chirurgicale très rapide en unité de soins intensifs avec une antibiothérapie large spectre et un débridement chirurgical précoce.

Savoir qu'il faut rechercher une porte d'entrée devant une dermo-hypodermite OIC-155-20-A

Prise en charge de la porte d'entrée pour prévenir une **récidive** de la dermohypodermite bactérienne (première complication)

Atteinte mycologique à rechercher, peut être multifocale, c'est-à-dire intertrigo + plante + ongle

Prise en charge spécialisée

Connaître la définition et physiopathologie de l'anthrax et du furoncle OIC-155-21-A

Furoncle : infection profonde et nécrosante du follicule pilo-sébacé due à *Staphylococcus aureus*, excréteur d'une toxine le plus souvent (ex. leucocidine de Panton-Valentine)

Anthrax : conglomérat de furoncles

Connaître les signes cliniques du furoncle OIC-155-22-A

Lésion papulo-nodulaire très inflammatoire qui évolue en 5 à 10 jours vers la nécrose folliculaire avec élimination du follicule pileux (bourbillon).

Photographie de furoncle OIC-155-23-A



Figure 13. Furoncles

Connaître les principes du traitement du furoncle OIC-155-24-B

Mesures d'hygiène (changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours)

Limiter les manipulations (protection par pansement)

Dans le cas d'un **furoncle compliqué ou à risque de complication** (i.e. furoncles de la région médio-faciale, des furoncles multiples, d'un terrain débilite), une antibiothérapie anti *Staphylococcus aureus* par voie générale est recommandée, après la réalisation d'un prélèvement bactériologique, et sans en attendre les résultats.

La durée du traitement recommandée est de 5 jours.

Connaître les complications du furoncle OIC-155-25-B

- Anthrax
 - Dermohypodermite péri-lésionnelle
 - Abcédation secondaire
 - Furonculose : répétition de furoncles pendant plusieurs mois, voire des années, rôle discuté de facteurs favorisants comme le diabète ou l'immunodépression, portage de staphylocoques au niveau des gîtes bactériens (nez, gorge, anus, périnée) à dépister par des prélèvements.
 - Staphylococcie maligne de la face (**cf rubriques dédiées 'cellulite faciale'**)
-

Furonculose : connaître les facteurs favorisants, les examens à réaliser OIC-155-26-B

Facteurs favorisants

- Facteur contact avec une personne infectée à *Staphylococcus aureus* LPV+ à l'occasion d'un contact surtout intra-familial
- Portage nasal peut favoriser les récurrences
- Comorbidités comme le diabète, l'infection par le VIH

Examens à réaliser

- Furoncle isolé : pas de prélèvement bactériologique.
- Furoncle à risque de complications ou furunculose: prélèvement bactériologique, recherche de facteur favorisant (VIH, diabète, hypogammaglobulinémie).

Connaître la définition, la physiopathologie, l'épidémiologie de l'impétigo et de l'impétiginisation OIC-155-27-A

Impétigo : lésions cutanées vésiculo-pustuleuses secondairement croûteuses dues à une infection superficielle non folliculaire de la peau à *Staphylococcus aureus* et/ou à *Streptococcus pyogenes*.

Le terme « **impétiginisation** » désigne l'infection d'une dermatose préexistante par *Staphylococcus aureus* et/ou à *Streptococcus pyogenes*.

Pathologie pédiatrique (pic de prévalence entre 0 et 10 ans), prédominance estivale.

Connaître les modalités du diagnostic d'un impétigo crouteux, d'un impétigo bulleux, d'une impétiginisation OIC-155-28-A

Diagnostic clinique.

- Lésion élémentaire: vésiculo-bulle qui se rompt rapidement avec évolution vers une érosion croûteuse mélicérique (70% des formes cliniques) ;
- pourtour de la bouche, mais toutes les zones de la peau peuvent être touchées

Impétigo : photographies d'un impétigo crouteux, d'un impétigo bulleux, d'une impétiginisation) OIC-155-29-A

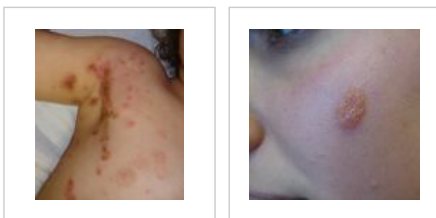


Figure 14. Lésions d'impétigo bulleux et crouteux

Figure 15. Lésion unique d'impétigo crouteux

Connaître les principes du traitement (adulte et enfant) : antibiothérapie et mesures complémentaires OIC-155-30-B

Impétigo localisé ou peu étendu :

Antibiothérapie locale par mupirocine : 2 à 3 fois par jour durant 5 jours.

Formes étendues ou graves d'impétigo :

Antibiothérapie orale durant 7 jours, sans attendre les résultats microbiologiques (enfant: amoxicilline/acide clavulanique ou cefadroxil ou si allergie pénicillines, josamycine

adulte: pristinamycine ou cefalexine)

Mesures associées

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, pas d'antibiothérapie locale ;

Éviction de collectivité : si lésions non couvrables par pansement : 3 jours d'éviction après le début du traitement.

Connaître les modalités du diagnostic des complications d'un impétigo OIC-155-31-B

[Ecthyma \(forme nécrotique creusante\)](#)

[Extension des lésions d'impétigo](#)

[Dépistage de glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique dans les suites d'un impétigo non recommandé](#)

Connaître la définition et la physiopathologie de la folliculite OIC-155-32-A

Folliculite : Infection superficielle du follicule pilo-sébacé secondaire à *Staphylococcus aureus*

Connaître les signes cliniques de la folliculite OIC-155-33-A

Pustule (lésion liquidienne à liquide purulent), **centrée par un poil**, avec érythème péri-folliculaire ;

Lésions en nombre variable, siégeant sur les régions pileuses (cuisses, périnée, bras, thorax et dos)

Connaître les principes du traitement de la folliculite OIC-155-34-B

[Guérison spontanée.](#)

[Soins locaux : ne pas manipuler la lésions, lavage à l'eau et au savon ; protéger la lésion avec un pansement. Pas d'antibiothérapie \(locale ou générale\)](#)

Photographie de folliculite OIC-155-35-A



Figure 16. Folliculite

Connaître les complications possibles des folliculites OIC-155-36-B

[Furoncle](#)

[Furonculose](#)

Connaître les mécanismes physiopathologiques des cellulites faciales OIC-155-37-B

Cellulite faciale : infection grave pouvant engager le pronostic vital.

[Infection des espaces aponévrotiques profonds de la face et du cou : l'absence de barrière anatomique permet la diffusion de l'infection de manière rapide, de la base du crâne au diaphragme.](#)

Connaître les signes cliniques d'une cellulite faciale collectée et séreuse OIC-155-38-A

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante de la face (infection au *Streptococcus pyogenes*) : placard inflammatoire unilatéral, très bien limité, avec parfois un bourrelet périphérique

Cellulite faciale d'origine dentaire :

1) Stade **séreux** : **placard inflammatoire érythémateux œdématisé** (non fluctuant), inflammation gingivale, et présence d'une dent porteuse d'une carie profonde.

2) Stade **collecté** : après 3-4 jours d'évolution : aggravation des signes inflammatoires locaux, douleur permanente et pulsatile, insomnante et la présence d'une fluctuation à la palpation. Présence d'un trismus (s'il s'agit d'une atteinte dentaire postérieure).

3) Stade **gangréneux** : signes généraux marqués (fièvre à 40 °C, choc septique), diffusion rapide des signes cutanés, possibles crépitations à la palpation.

Staphylococcie maligne de la face

Très rare.

Furoncle manipulé, topographie centro-faciale, placard inflammatoire à bords mal limités, et importance des signes généraux. Doit faire rechercher des signes de thrombophlébite du sinus caverneux (céphalées, cordon veineux facial, exophtalmie, ophtalmoplégie, œdème papillaire, baisse unilatérale de l'acuité visuelle).

Connaître les différentes portes d'entrée d'une cellulite de la face OIC-155-39-B

Porte d'entrée dentaire ou péri-dentaire (80% des cas) : [DHB d'origine buccodentaire \(stade séreux ou collecté\)](#)

DHB d'origine cutanée : [Effraction cutanée souvent non retrouvée \(DHBNN de la face\)](#), [manipulation de furoncle \(staphylococcie maligne de la face\)](#)

Connaître les examens de première intention OIC-155-40-B

[Ne doivent pas retarder la prise en charge](#)

[Bilan infectieux dont les hémocultures](#)

[Scanner cervico-facial injecté en cas de doute diagnostique \(permet, au stade collecté, de visualiser la taille de la collection, et son impact sur les VADS\)](#), [éliminer une thrombophlébite du sinus caverneux en cas de suspicion de staphylococcie maligne de la face](#)

Connaître les signes de gravité d'une cellulite faciale et complications graves OIC-155-41-A

Signes locaux

- Douleur intense
- Collection
- crépitation, zones cyaniques livédoïdes, nécrose cutanée, hypoesthésie ou anesthésie
- trismus

Signes généraux

Signes de sepsis : hypotension, tachycardie, confusion, polypnée.

Connaître les principes thérapeutiques des cellulites faciales OIC-155-42-B

[Dépend de l'étiologie de la cellulite faciale.](#)

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante de la face

[Prise en charge identique à la dermohypodermite bactérienne non nécrosante des membres inférieurs.](#)

Cellulite faciale d'origine dentaire

[A partir du stade collecté, urgence médico-chirurgicale](#)

[Antibiothérapie large spectre couvrant les *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* et anaérobies \(*Prevotella*, *Fusobacterium*, actinomycètes etc.\).](#)

[Anticoagulation préventive ou curative si thrombophlébite associée.](#)

[Prise en charge chirurgicale de la porte d'entrée et exérèse des tissus nécrosés le cas échéant](#)

Staphylococcie maligne de la face

[Urgence médicale](#)

[Antibiothérapie IV couvrant le *Staphylococcus aureus*](#)

[Anticoagulation curative selon d'atteinte de la veine faciale.](#)