

Les infections cutanées bactériennes

Introduction :

Les infections cutanées bactériennes regroupent l'ensemble des infections touchant une et/ou les trois couches de la peau : épiderme, derme et hypoderme.

Les deux principales bactéries en cause sont *Streptococcus pyogenes* et *Staphylococcus aureus*.

Le spectre clinique est large. L'antibiothérapie est probabiliste, le diagnostic clinique permettant d'orienter vers un germe particulier. De plus, il est primordial, dans le cadre des dermohypodermes bactériennes, de rechercher et de traiter une éventuelle porte d'entrée

I) Impétigo

- La définition

L'impétigo est une infection cutanée superficielle, épidermique, à *Staphylococcus aureus* et/ou à *Streptococcus pyogenes* du groupe A.

La maladie est plus fréquente chez l'enfant et le nourrisson.

Elle est très contagieuse et survient par petite épidémie dans les collectivités d'enfants ou en milieu familial, justifiant une éviction scolaire.

Le diagnostic est clinique.

Chez l'adulte, l'impétigo est rarement primitif et doit faire rechercher une dermatose sous-jacente, secondairement impétiginisée.

- La clinique

La forme typique de l'enfant : : **Impétigo vésiculo-bulleux**

La lésion élémentaire est une bulle superficielle. Très fragile, elle passe souvent inaperçue et évolue rapidement vers une érosion recouverte de croûtes jaunâtres mélicériques (couleur de miel) à extension centrifuge.

Le siège est souvent périorificiel péri-nasal, péri-buccal (visage++), puis d'autres lésions apparaissent par auto-inoculation aux **zones accessibles** au grattage : mains, cuir chevelu, membres.

Groupement : éléments d'âge différent.

En l'absence de complications, il n'y a ni fièvre, ni signes généraux.

La guérison se fait sans cicatrice.

- les Formes cliniques

Il existe plusieurs formes cliniques.

L'impétigo bulleux du nourrisson

Réalise des bulles de grande taille, localisées le plus souvent sur le siège.

Il survient le plus souvent dans les crèches et est dû au *Staphylocoque aureus*.

L'ecthyma est une forme creusante d'impétigo, recouvert d'une croûte noirâtre, habituellement localisé aux membres inférieurs et survenant plus volontiers sur terrain débilité.

Il guérit au prix d'une cicatrice indélébile.

L'impétiginisation d'une dermatose sous-jacente est fréquente en cas de dermatose prurigineuse. Elle est marquée par l'apparition, au cours d'une dermatose de croûtes mélicériques.

- Les Examens complémentaires

Le diagnostic est avant tout clinique. Le prélèvement bactériologique peut mettre en évidence un streptocoque du groupe A et/ou un *Staphylocoque aureus*

- Évolution

Traité, l'impétigo évolue favorablement.

En l'absence de traitement, Le risque majeur, mais en réalité exceptionnel, est l'apparition d'une glomérulonéphrite post streptococcique,

En conséquence, un contrôle de la protéinurie à trois semaines de l'épisode infectieux est nécessaire. Les récurrences sont possibles, la maladie n'étant pas immunisante.

- Le Traitement

Le traitement local peut suffire en cas de surface cutanée atteinte inférieure à 2 % de la surface corporelle totale, pas plus de cinq sites lésionnels atteints, et absence d'extension rapide.

Une antibiothérapie locale : de l'acide fusidique, ou de la mupirocine, à raison de deux applications par jour, pendant dix jours.

Le traitement antibiotique par voie générale est recommandé dans les impétigos plus sévères (impétigos bulleux, ecthymas, surface cutanée atteinte supérieure à 2 %, plus d'une dizaine de lésions actives ou une extension rapide).

Les armes thérapeutiques :

Les C1G (céphalosporine de 1^{ère} génération) à la dose de 50 mg/kg par jour en deux à trois prises

L'association amoxicilline/acide clavulanique pour l'adulte entre 02 à 03 g/j ; peut être utilisée chez l'enfant à la posologie de 40/5mg à 80/10mg/kg/j.

La pristinamycine à la posologie adulte 02 à 03g pendant 08 à 14j ; pour l'enfant 50mg /kg/j en 02 à 03 prises

On peut également utiliser l'acide fusidique.

II) Folliculite, furoncle, et furonculose

- Folliculite superficielle

• Infections superficielle du follicule pilo-sébacé (ostium folliculaire).

• Lésion élémentaire/aspect clinique :

—pustule, **centrée par un poil**, avec érythème péri-folliculaire.

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

- **Furoncle**

Définition : c'est une Infection profonde et nécrosante du follicule pilo-sébacé.

Agent : Staphylocoque aureus +++.

Lésion élémentaire/aspect clinique :

—papule ou nodule inflammatoire, douloureux, centrés par une pustule sur une zone pileuse.

—évolution vers une zone nécrotique centrale (bourbillon) en quelques jours

- **Furonculose :**

Furoncles d'évolution chronique

Rôle discuté de facteurs favorisants comme le diabète ou l'immunodépression.

Diagnostic différentiel

. Autres folliculites infectieuses :—fongiques

—bacilles Gram négatifs.

. *Pseudo-folliculites (non infectieuses)* : maladie de Behçet, maladie de Crohn.

. *Hidradénite suppurée (maladie de Verneuil).*

. Kyste épidermique inflammatoire ou surinfecté : notion de kyste préexistant (visage).

Traitement des folliculites et furoncles

Dans tous les cas• Mesures d'hygiène générales : lavages des mains fréquents avec des antiseptiques

Éviter la manipulation du furoncle (risque de Staphylococcie maligne de la face).

• Soins antiseptiques locaux pluriquotidiens sous forme topique (solution) tel : chlorhexidine, polyvidone iodée. .

. **Pour les furoncles** Antibiothérapie systémique par voie orale active sur le *Staph. aureus*, si comorbidité et/ou risque de complication :

- céphalosporine de 1ère génération (cefalexine) ;
- pristinamycine en cas d'allergie et/ou contre-indication ;
- durée du traitement : 10 jours.

III) Dermphypodermite bactérienne aigue non nécrosante (Érysipèle)

Définition

L'érysipèle est une Dermo-Hypodermite Bactérienne Aigue, non nécrosante (DHBANN), d'origine streptococcique, pouvant récidiver.

L'atteinte prédomine le plus souvent aux membres inférieurs mais peut toucher d'autres régions anatomiques comme le visage.

Facteurs de risque

Ces facteurs doivent être impérativement recherchés car ils peuvent être à l'origine de récurrence.

Les facteurs de risque locaux combinent

- une insuffisance vasculaire, d'origine veineuse ou lymphatique et
- une effraction de la barrière cutanée : le plus souvent un intertrigo inter orteils mycosique, mais il peut aussi s'agir d'un ulcère de jambe, d'une plaie récente ou chronique d'origine traumatique ou inflammatoire.

L'obésité est le seul facteur de risque général identifié

Présentation clinique : tableau d'une grosse jambe rouge aigue fébrile

La DHBANN associe trois signes cliniques apparaissant dans l'ordre chronologique suivant :

- fièvre élevée (39–40 °C) et
- frissons inflammatoire.
- La lésion cutanée est une plaque érythémateuse, douloureuse, oedémateuse, bien limitée par un bourrelet périphérique au niveau du visage, de limites moins nettes au niveau des membres inférieurs, sans nécrose.

Les contours de la plaque doivent être systématiquement marqués.

Une porte d'entrée locale est fréquemment retrouvée.

La présence d'une adénopathie inflammatoire satellite est fréquente.

Les signes cliniques de gravité faisant suspecter une forme grave de DHBA et obligeant à un transfert vers un milieu hospitalier spécialisé sont des signes

- généraux (signes de choc, résistance à un traitement antibiotique, présumé efficace) et
- locaux (nécrose, lividité, cyanose, anesthésie locale, intensité des douleurs locales) qui doivent être systématiquement recherchés

Les examens complémentaires :

Le diagnostic est avant tout clinique et aucun examen complémentaire n'est indispensable au diagnostic.

Le bilan biologique peut montrer

- Une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles
- Une élévation de la protéine C réactive (CRP), vitesse de sédimentation (VS) accélérée.

Évolution

Sous antibiothérapie adaptée, l'évolution est satisfaisante.

L'apyrexie est obtenue en 48 à 72 heures et la guérison est obtenue en dix jours en moyenne.

La persistance des signes généraux, des douleurs importantes persistantes ou majorées ou l'aggravation des signes locaux (extension du placard inflammatoire) après 48 à 72 heures nécessitent un changement thérapeutique.

Récidives

Les récurrences sont possibles.

De ce fait, le traitement de la porte d'entrée est un point primordial de la prise en charge.

Un traitement adapté du lymphœdème et/ou de l'insuffisance veineuse doit être mis en place par contention mécanique adaptée et drainage lymphatique si besoin.

Le diagnostic différentiel : au membre inférieure

- 1- Thrombophlébite : Œdème du mollet, Douleur profonde, Homans +, Pouls distaux abolis
- 2- Syndrome des loges : Conséquence d'une compression par plâtre trop serré
- 3- Panniculite inflammatoire : Nodules hypodermiques, Placard rougeâtres +/- limités

Traitement

Hospitalisation et repos

- Le traitement doit être anti streptocoque
 - o **Pénicilline G** 20mu/j en IVL à répartir sur 04 prises jusqu'à apyrexie puis relais per os par amoxicilline 03G/j pendant 15 à 20j.
 - o Si allergie à la pénicilline ou absence de réponse : PRISTINAMYCINE 03g/j
- TRT symptomatique : antalgique jamais d'AINS.
- Si alitement prolongé : anticoagulants préventifs
- **Traitement préventif**
 - o Traitement de la porte d'entrée
 - o Traitement étiologique : (l'insuffisance veineuse ou lymphatique : contention)
 - o Si récurrence : une antibioprophylaxie type benzathine benzylpénicilline (2,4 MUI en intramusculaire /15 à 21j.

Conclusion :

La DHBANN est une infection cutanée, généralement bénigne,

Qui peut s'avérer grave par ses complications,

Pour cela qu'elle mérite toute notre attention quant à sa prise en charge.

