



**UNIVERSITÉ ALGER 1**  
**Benyoucef BENKHEDDA**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

# **INFECTIONS CUTANÉES BACTÉRIENNES À PYOGÈNES**

Dr. Lemya Mezdour

Maitre assistante en dermatologie

Cours à l'intention des étudiants de 6<sup>ième</sup> année médecine.

# INTÉRÊT DE LA QUESTION

- Établir le diagnostic d'impétigo.
- Identifier les différentes formes cliniques de l'impétigo.
- Décrire le principe de traitement de l'impétigo.
- Définir les folliculites, le furoncle et la furonculose.
- Identifier les diagnostics différentiels des folliculites infectieuses.
- Prendre en charge les folliculites infectieuses.
- Reconnaître une dermo-hypodermite bactérienne aigue non nécrosante.
- Identifier les situations d'urgence et reconnaître les complications de la dermo-hypodermite bactérienne aigue non nécrosante.
- Prendre en charge une dermo-hypodermite bactérienne.

# **PLAN**

- **Introduction.**
- **Généralités .**
- **Classification.**
- **Infections cutanées bactériennes Non-folliculaires:**
  - 1- Impétigo.**
  - 2 - Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante.**
  - 3- Dermo-hypodermite bactérienne nécrosante.**
- **Infections cutanées bactériennes folliculaires:**
  - 1- Folliculites**
  - 2- Furoncles**
  - 3- Furonculoses**
- **Conclusion**

# INTRODUCTION

- Manifestations cutanées **inflammatoires et suppuratives**.
- Germes pyogènes (cocci gram+ , 80% )
- Relativement localisées.
- **La principale problématique** : est de ne pas méconnaître, devant un « **Placard rouge aigu fébrile** », **une forme nécrosante** d'emblée ou risquant de le devenir.

# Généralités

- 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 narinaires, qui constituent des « gîtes » fréquents en cas de portage.

- **Protection mécanique** : grâce à la continuité des cornéocytes .

# Généralités

- **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.

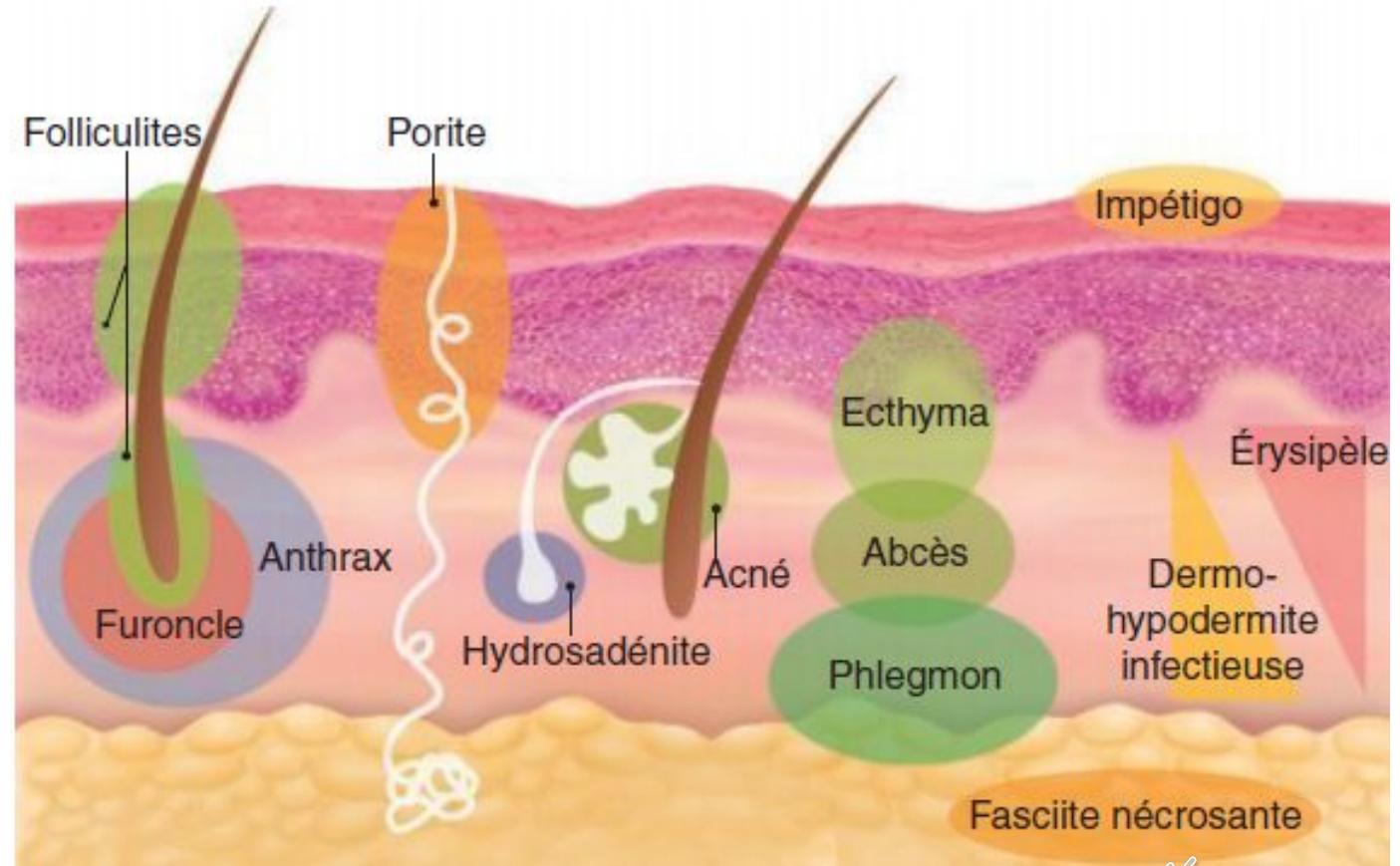
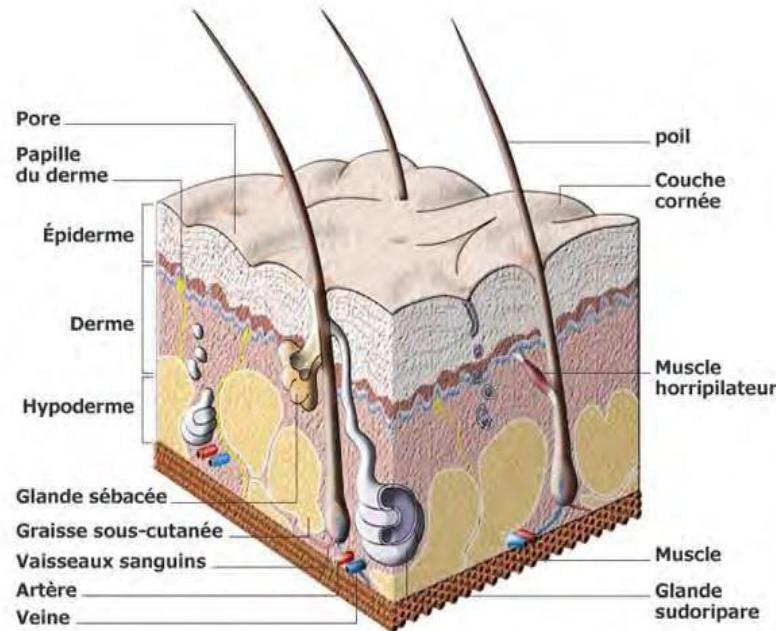
## Facteurs favorisants :

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

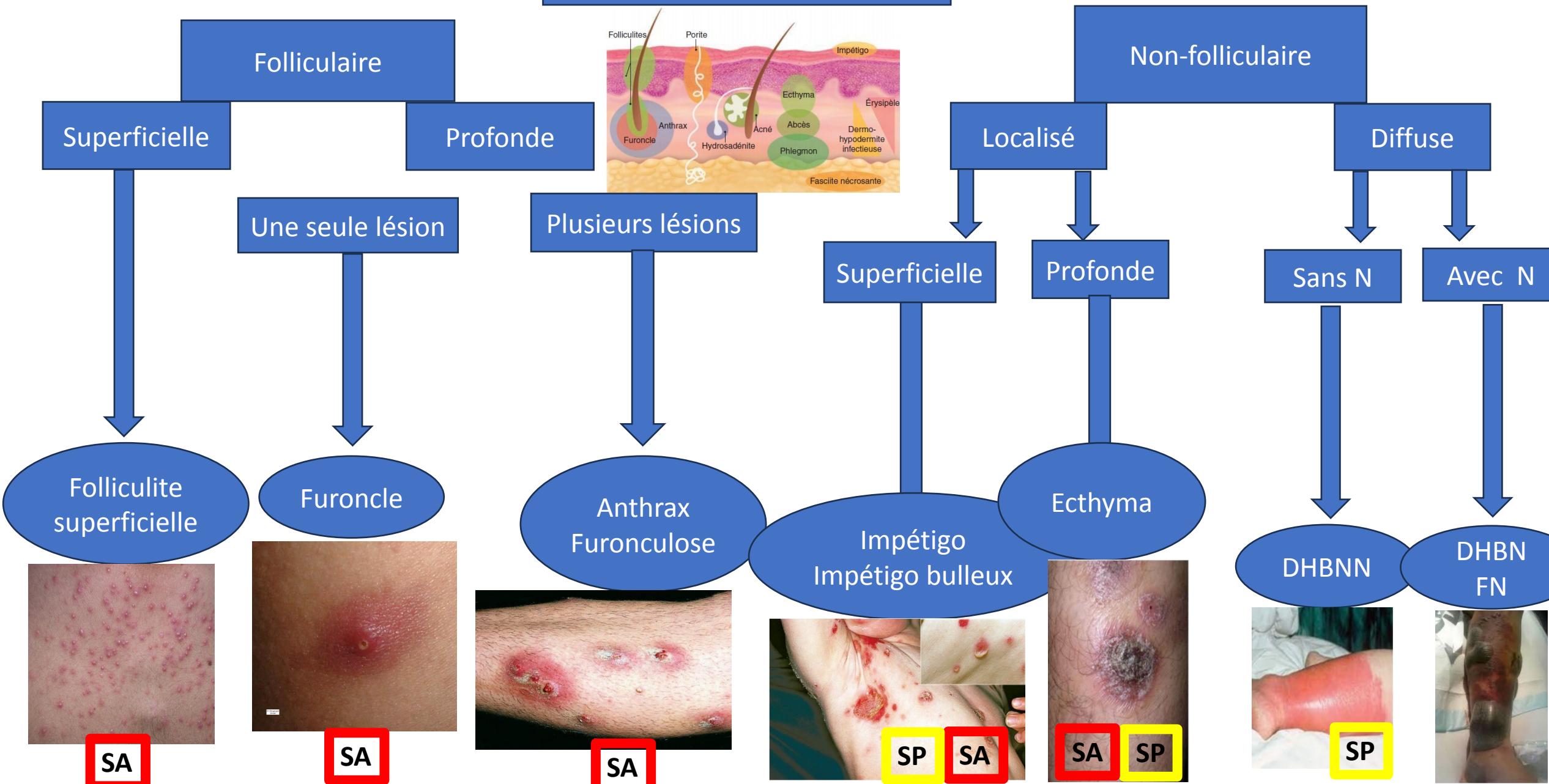
- Rupture de la barrière kératinocytaire permettant la pénétration des germes
- Modification du PH cutané
- Disparition du film sébacé, flore commensale résidente : détergents, antiseptiques
- Passage à un statut permanent de germes en principe transitoires
- Certaines conditions physiques : chaleur,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

# CLASSIFICATION

# Infections cutanées bactériennes



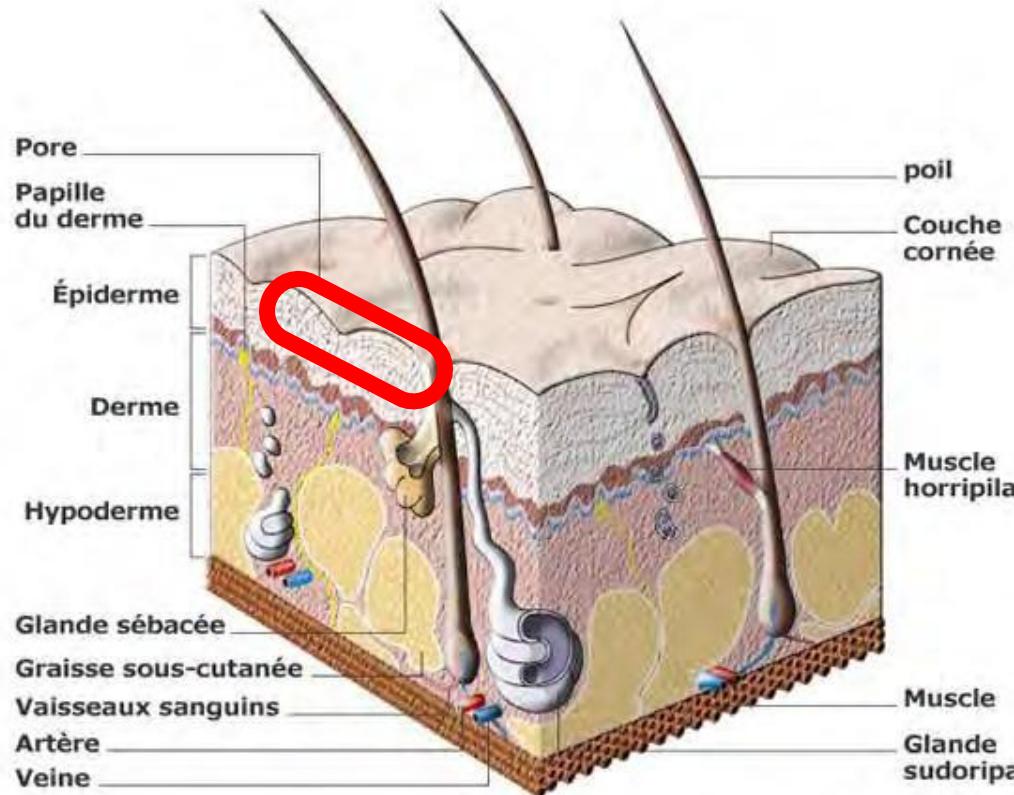
# Infection cutanée bactérienne



# Infections cutanées bactériennes Non-folliculaire

# 1- IMPÉTIGO

- Vésiculo-pustule => érosion croûteuse mélicérique .
- Infection de l'épiderme.
- SA (90 %) +/- toxines exfoliatines (Dsg 1)
- Diag clinique
- Prélèvement si forme grave.
- Contagiosité ++: auto-inoculation, épidémies familiales/ collectivité.



# 1- IMPÉTIGO

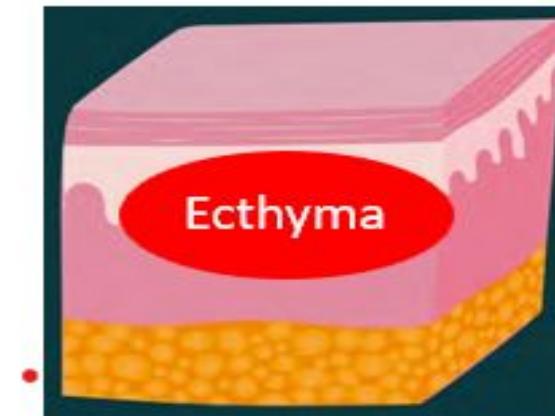
Impétigo non bulleux



Impétigo bulleux

Ecthyma

Impétiginisation

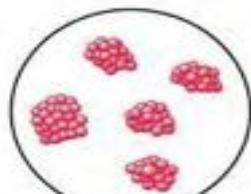


Vésiculo-pustule → croutes

Bulles → croutes

ulcération creusante → croutes chronique → cicatrice

Surinfection de dermatoses prurigineuse



Staphylococcus



Streptococcus



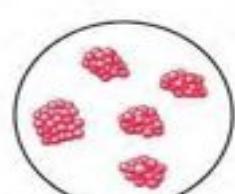
Staphylococcus



Staphylococcus



Streptococcus



Staphylococcus

# 1-IMPÉTIGO

**Forme habituelle de l'enfant: Impétigo non bulleux.**

- LE : Vésicule-bulle , sous-cornée,  pustule, flasque et fragile  Une érosion  croûtes jaunâtres « mélicériques » +/- aréole inflammatoire.
- Extension **centrifuge** .
- Lésions d'âges différents.
- Souvent **péri-orificiel**  **Visage**  **Corps** .
- ADP régionales ++/ Signes généraux---



# 1-IMPÉTIGO

## Impétigo bulleux

Fréquent chez le nouveau-né , NRS (< 2 ans)

SA +++.

Ubiquitaire.

LE : une bulle large  se rompe rapidement et se couvre d'une croute.

SG: Absents.

Cpc : Sd SSSS rarement.



# 1-IMPÉTIGO ECTHYMA

- Forme creusante d'impétigo
- SP et/ou SA.
- LE: Ulcération crouteuse.
- Membres inférieurs
- ID, éthylyisme chronique, artériopathie
- Évolution cicatricielle



# 1-IMPÉTIGO

## Impétiginisation

- Infection bactérienne le plus souvent **staphylococcique** d'une dermatose préexistante (le plus souvent prurigineuse).
- La dermatose devient **suintante et purulente**



# Formes graves d'impétigo

Rares.

- Ecthyma.
- Impétigo > 2 % SC



- Impétigo > de 06 lésions.

- Extension rapide des lésions



Formes Graves  **Examen bactériologique**



# TRAITEMENT DE L'IMPÉTIGO



Soins de toilette quotidiens + vaseline

Pas d'antiseptique en association aux soins de toilette



Impétigos localisés ou peu étendus

L'ATB locale deux à trois fois par jour.



5 JOURS

Adulte



Impétigos graves

Enfant



7 JOURS



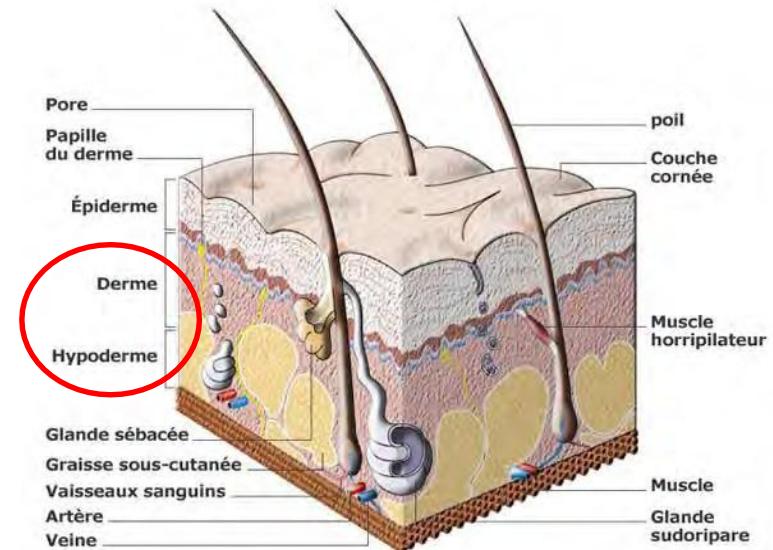
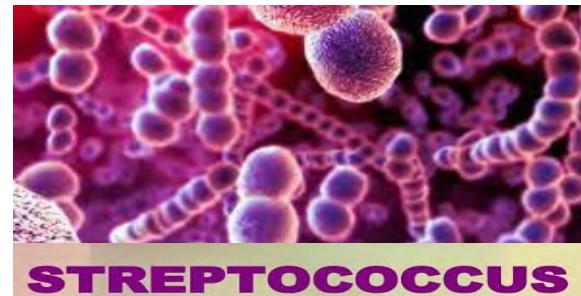
# TRAITEMENT DE L'IMPÉTIGO

## Mesures complémentaires

- Examen de l'entourage notamment en collectivité.
- Traitement éventuel de la **fratrie**.
- Prélèvement et **traitement des gîtes** pour l'enfant et toute la famille en cas de récidive.
- **Mesures d'hygiène** : port de sous-vêtements propres, ongles coupés courts ; serviettes et objets de toilette personnel.
- **Traitement étiologique** d'une dermatose prurigineuse sous jacente (pour l'impétiginisation)
- **Éviction de collectivité** est en fonction de la localisation des lésions :
  - Si les lésions sont protégeables par pansement : **pas d'éviction**;
  - Si les lésions ne sont pas protégeables : **3 jours d'éviction** après le début du traitement.

## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN (érysipèle )

- Premier diagnostic à évoquer devant une **grosse jambe rouge aiguë et fébrile.**
- Infection aiguë **non** nécrosante d'origine **bactérienne**, limitée au **derme** et à **l'hypoderme**.
- Adulte après 40 ans (+++) ; rare chez l'enfant.
- Streptocoque  $\beta$  -hémolytique du groupe A ++**



## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN (érysipèle )

### Facteurs de risque

Chez l'adulte, les facteurs de risque de DHBNN à streptocoques du membre inférieur sont :

- \* Un **antécédent** personnel de DHBNN.
- \* **L'obésité**.
- \* **Oedème** chronique ou d'un **lymphœdème** de jambe.
- \* **Porte d'entrée** cutanée (effraction de la barrière cutanée par intertrigo, dermatose sous-jacente, plaie, etc).



## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN (érysipèle ) CLINIQUE

### A. Forme habituelle de l'adulte:

« Grosse jambe rouge aiguë fébrile » unilatérale

Début **brutal**,

Placard cutané **inflammatoire** :

- \* **Érythémateux**
- \* **Œdème**
- \* **Bien circonscrit** (bourrelet périphérique est rarement retrouvé)
- \* **Douloureux à la palpation**
- \* +/- des **décollements bulleux** superficiels ou un **purpura**.
- \* **Nécrose ( - ) , Crépitation ( - )**



**ADP** inflammatoire homolatéral +/- **lymphangite** homolatérale.

**Une porte d'entrée** (50 à 70 % des cas) (intertrigo interdigitoplantaire, plaie traumatique, ulcère de jambe).

**L'état général** peut être **altéré** avec **fièvre** élevée (39 à 40°C) parfois des frissons.

## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN (érysipèle ) CLINIQUE

### B. Formes cliniques:

#### 1. Symptomatiques

- Localement, le placard peut prendre un aspect **purpurique, ecchymotique ou pétéchial.**



- L'apparition secondaire de **pustules** ou de petites zones de **nécrose superficielle** est rare.



## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN (érysipèle ) CLINIQUE

### B. Formes cliniques:

#### 2. Topographiques

⇒ L'érysipèle du visage (5 à 10 % des cas)

- Placard inflammatoire **unilatéral** et très oedémateux,
- **Bourrelet périphérique** plus marqué.



⇒ Plus rarement, il est localisé au **membre supérieur**, sur **l'abdomen**, le **thorax** (mammectomie) ou la **région fessière**.



## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN (érysipèle ) CLINIQUE

### B. Formes cliniques:

#### 3. Evolutives

- Les formes **subaiguës**, où la fièvre et l'hyperleucocytose sont modérées, voire absentes, ne sont pas rares, notamment au membre inférieur.
- Dans ces cas, le diagnostic repose entièrement sur les **caractères cliniques** du placard inflammatoire cutané et sa **régression** sous antibiothérapie par pénicilline ou macrolides.

## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN (érysipèle ) Examens complémentaires

- **NFS** : \* Hyperleucocytose importante ( $> 12\ 000/\text{mm}^3$ )  
\* polynucléose neutrophile ( $> 7\ 000/\text{mm}^3$ ).
- **Syndrome inflammatoire biologique** marqué (VS, CRP) mais qui n'atteint son maximum que 7 à 10 jours après le début de l'infection ce qui limite son intérêt diagnostique.

Dans les formes typiques aucun **examen bactériologique** n'est nécessaire.



## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN ( érysipèle)

### Complications:

#### **1. Complications locales :**

- La récidive est la principale complication (20 à 30 % des cas) ;

⇒ facteur prédictifs de complication :

- Persistance d'une porte d'entrée.
  - Existence d'un œdème persistant.
  - Implication d'un streptocoque non A.
- Formation d'un abcès.
- Oedème lymphatique résiduel de jambe.

#### **B. Complications générales :**

- Décompensation des comorbidités.

- Sepsis, choc septique.

- Choc toxique (en particulier chez l'enfant)

- Bactériémie : elle est très rare (<5 %) dans les DHBNN de l'adulte, sauf si elles sont dues à des *S. aureus*.

## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN ( érysipèle) Diagnostic différentiel

### A. Au visage il faut éliminer :

Eczéma aigu (œdème majeur, prurit, absence de fièvre)

Staphylococcie maligne de la face.

Zona ophtalmique ou de la deuxième racine du trijumeau



### B. Au membre inférieur :

- Eczéma aigu

- Une phlébite, dont le tableau est en fait différent : œdème douloureux, mal limité, peu ou non érythémateux avec perte du ballonnement du mollet, fièvre modérée.

En cas de doute, un écho-doppler veineux sera pratiqué.

L'association d'une authentique TVP à un érysipèle de jambe est exceptionnelle.

- Une fasciite nécrosante (DHBNN)

## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN ( érysipèle)

### Traitemen

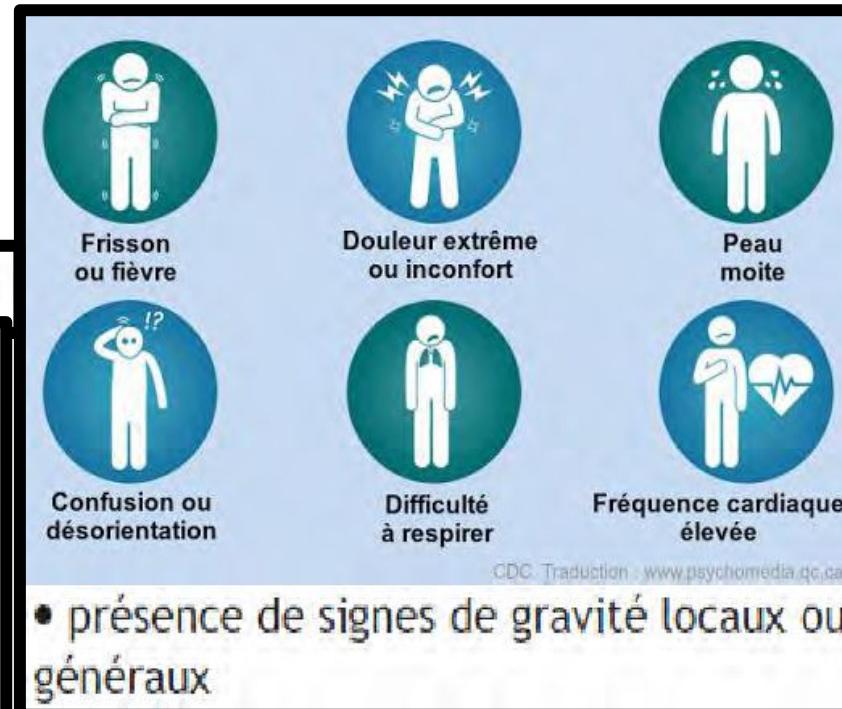
A. Hospitalisation d'emblée: dans les cas suivants :



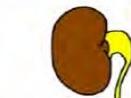
sujet âgé > 75 ans et poly pathologique



obésité morbide



- maladie associée à un risque de décompensation ou de complications



Insuffisance rénale aiguë



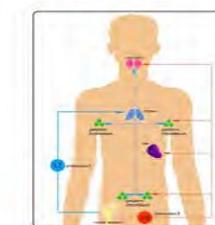
Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)



Insuffisance hépatique



Insuffisance cardiaque



Immunodépression



Diabète déséquilibré

## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN ( érysipèle)

### Traitemen

B. Hospitalisation secondaire est recommandée en cas :

- Apparition de **signes de gravité locaux ou généraux.**
- **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.



## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN ( érysipèle)

### Traitements

#### C. **Traitements antibiotiques curatifs de l'adulte:**

⇒ En première intention :

\* Amoxicilline : 50 mg/kg/j en 3 prises avec un maximum de 6 g/j.

⇒ En cas d'allergie à la pénicilline : \* Pristinamycine (1g×3/j) ou  
\* Clindamycine (600 mg × 3/j).

- Durée: 7 jours.

- Pas d'antibiothérapie locale.

- Pas d'AINS ou corticothérapie systémique



CORTICOÏDES



AINS

## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN ( érysipèle)

### Traitement

#### D. Mesures d'accompagnement

- **Repos** avec **surélévation du membre** jusqu'à amélioration des signes locaux.
- **Anticoagulation** à dose **prophylactique**: en fonction des facteurs de risque thromboembolique du patient.
- **Contention veineuse** efficace dès que l'amélioration de la douleur le permet pendant moins **3 semaines**.
- Mise à jour de la **vaccination antitétanique**.



## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN ( érysipèle) **Traitements**

### E. Traitements préventif chez l'adulte

⇒ Prise en charge des facteurs de risque existants pour prévenir les récidives :

- \* Compression médicale du lymphoœdème.
- \* Traitement adapté des portes d'entrée existantes.
- \* Prise en charge de l'obésité.



LYMPHEDEMA  
WRAPPING



## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN ( érysipèle)

### Traitemen

⇒ facteurs de risque non contrôlables ou non résolutifs,

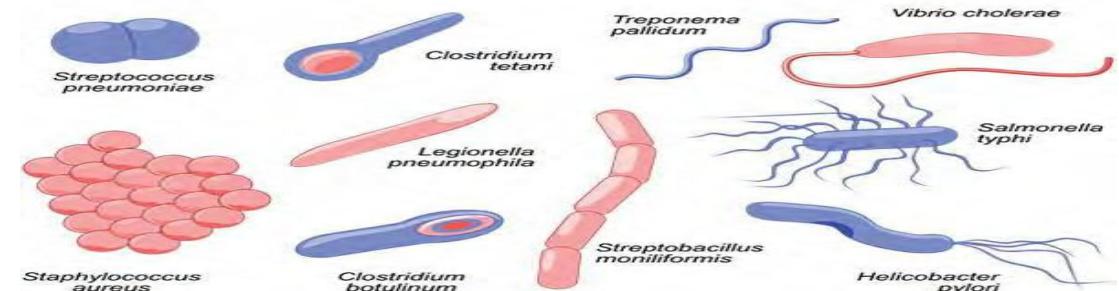
#### \* Antibioprophylaxie

- À partir de **02 épisodes** de DHBNN dans l'année écoulée
  - **Benzyl-pénicilline G retard** (extencilline) **2,4 MUI** en IM/2 à 4 semaines.
  - **Pénicilline V** per os **1à2 MUI/j** selon le poids en 02 prises.
  - **Azithromycine** **250 mg/j** si allergie à la pénicilline.
- la durée optimale du traitement n'est pas déterminée et sera réévaluer en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récidive



## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN ( érysipèle)

### Situations particulières portes d'entrées particulières



## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN ( érysipèle)

Situations particulières  
portes d'entrées particulières

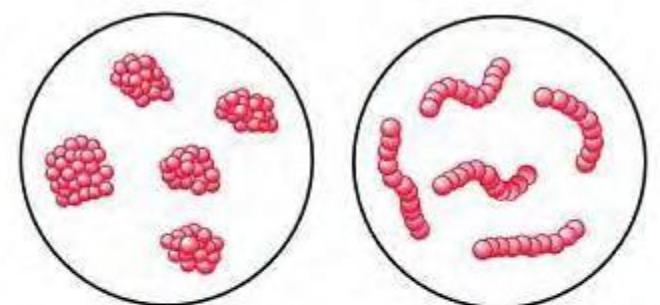


**staphylocoque**



## 2- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante DHBNN ( érysipèle)

Situations particulières  
portes d'entrées particulières



### 3- Dermohypodermite bactérienne nécrosante / faciite nécrosante

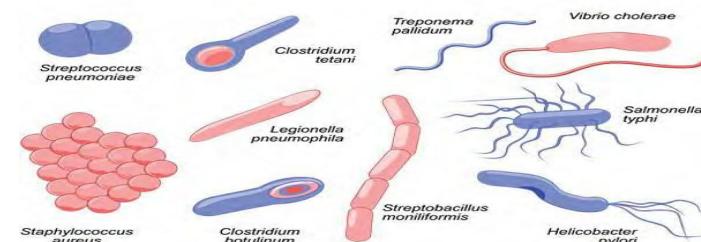
- Infections aiguës **nécrosantes** du **derme** et de l'**hypoderme** pouvant atteindre l'**aponévrose** musculaire, comme dans la FN, voire le **muscle**.



- **Monomicriennes**, dues principalement au **SGA** ou **polymicrobiennes** associant **SGA**, bactéries **aérobies** (notamment *S. aureus*, entérobactéries, *P. aeruginosa*, etc.) ou **anaérobies**.

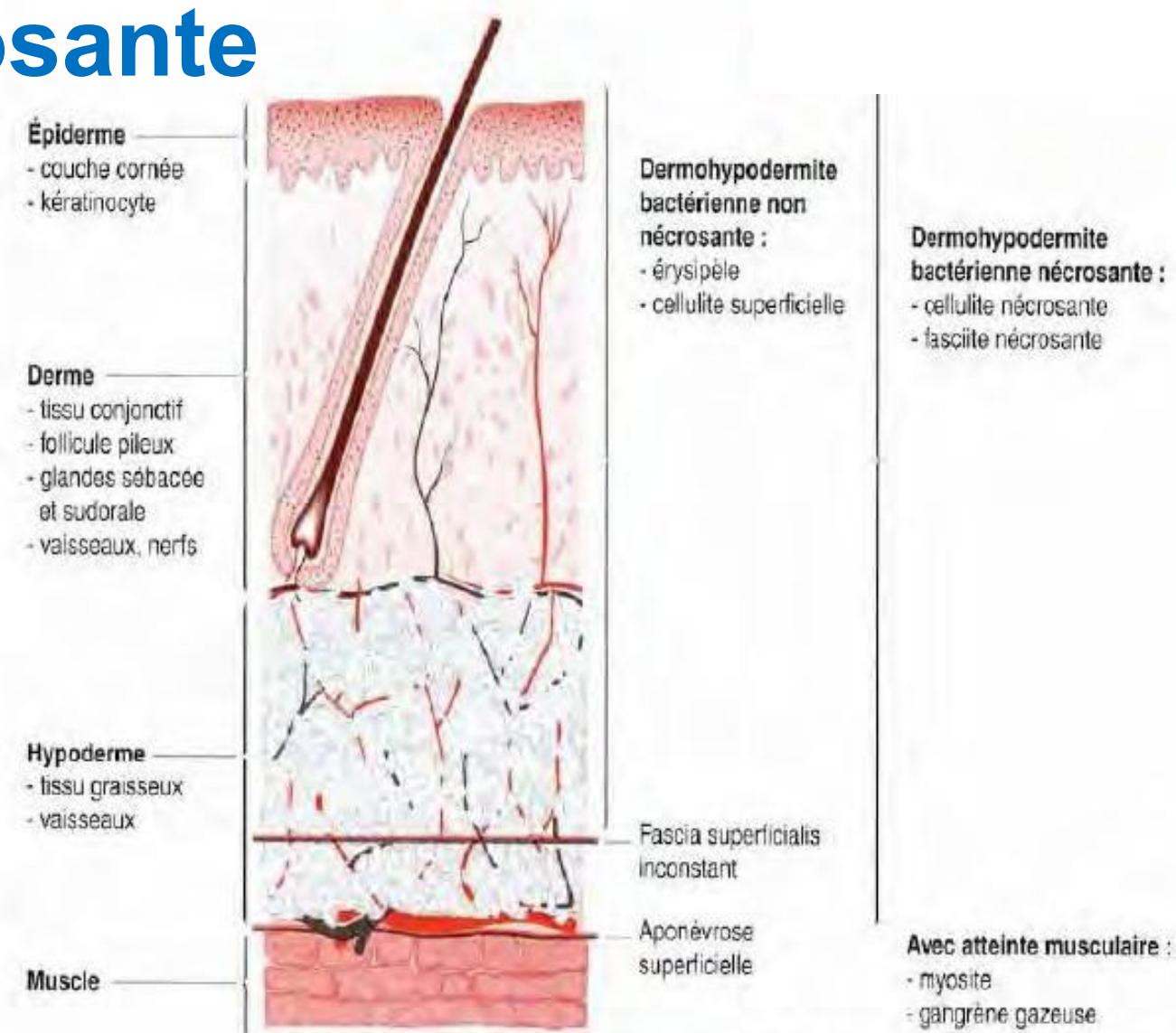


**STREPTOCOCCUS**



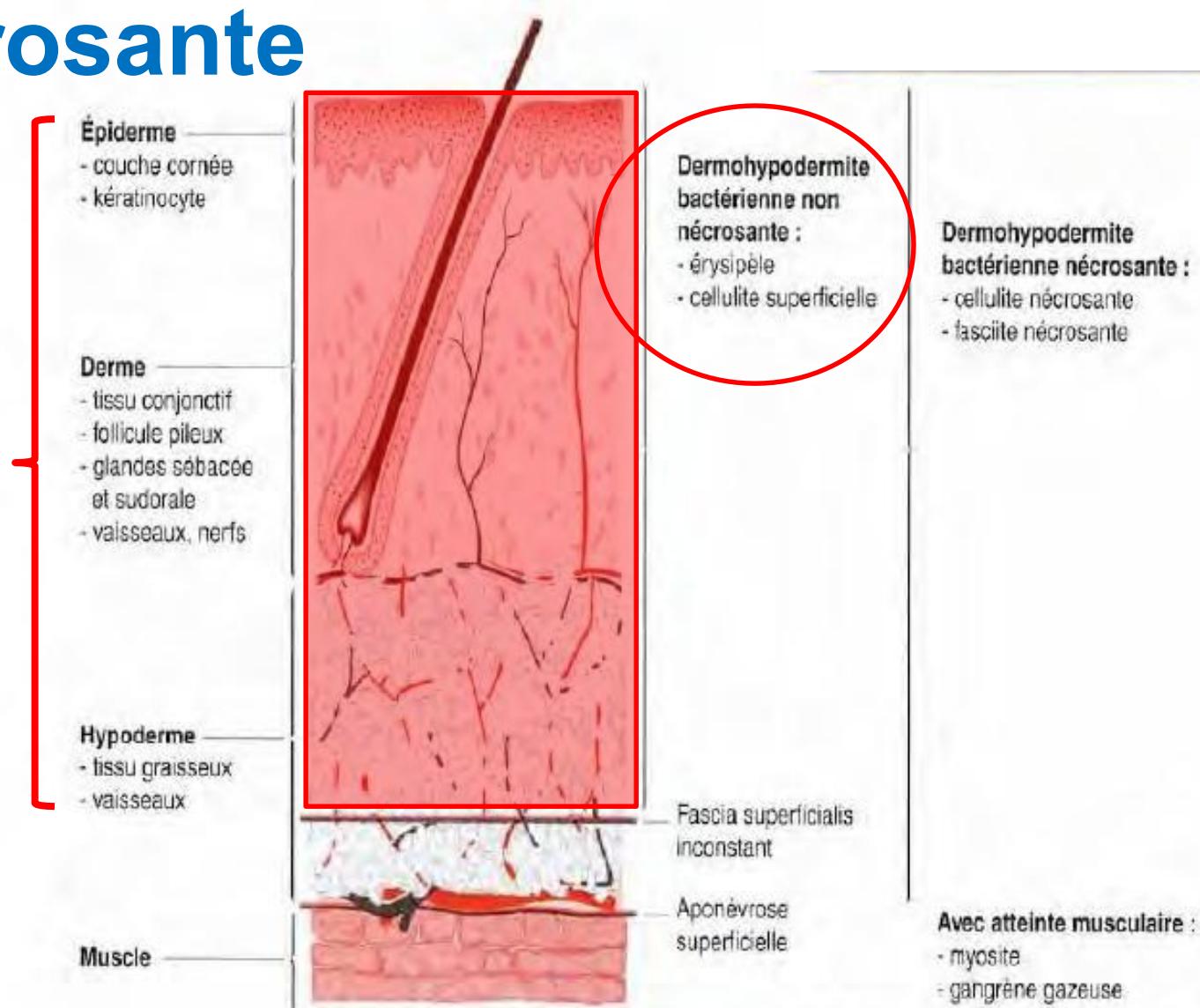
**POLYMICROBIENNE**

### 3- Dermohypodermite bactérienne nécrosante / faciite nécrosante



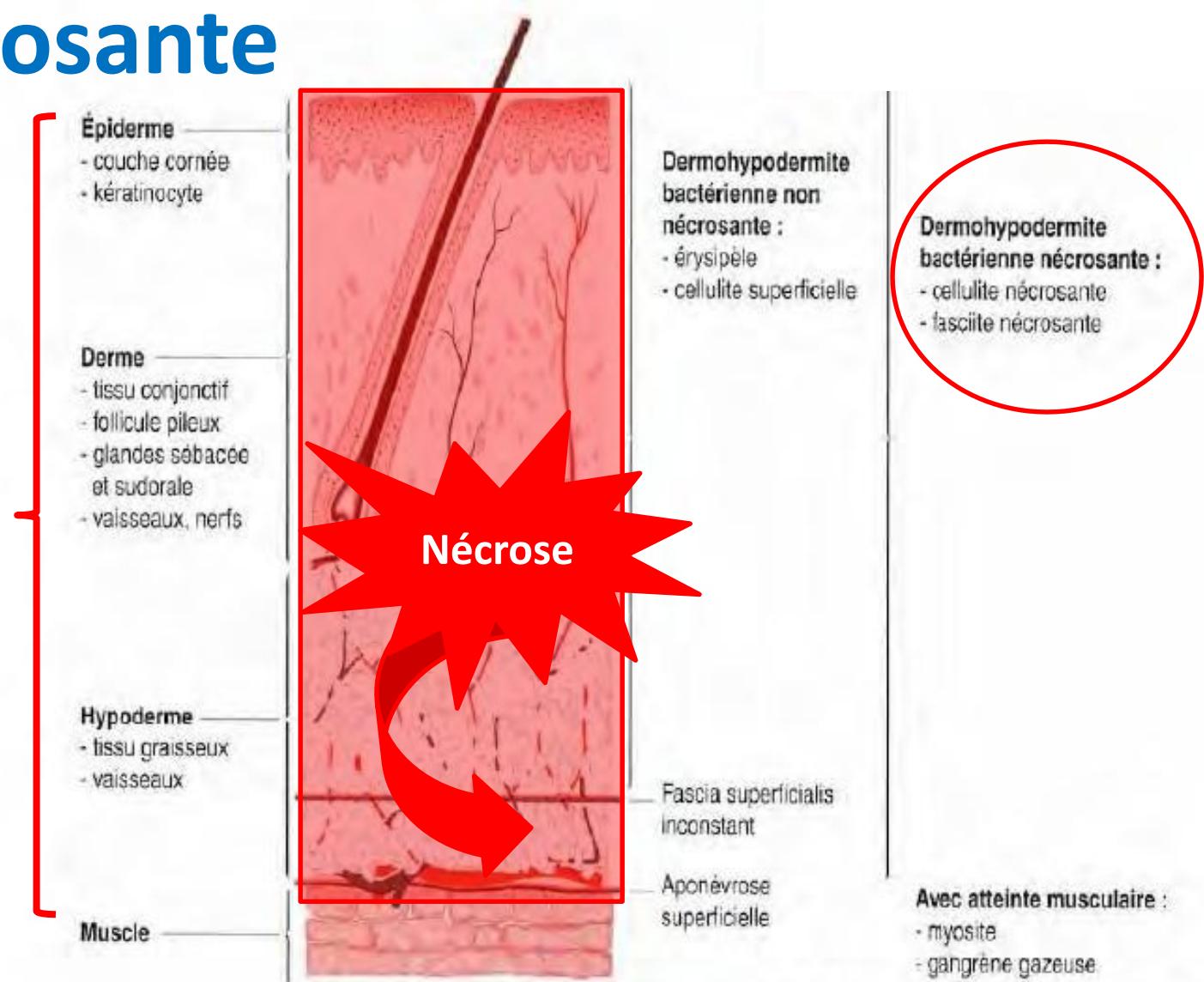
D'après le Pr Sigismond Lasocki DURPI 2010

### 3- Dermohypodermite bactérienne nécrosante / faciite nécrosante



D'après le Pr Sigismond Lasocki DURPI 2010

### 3- Dermohypodermite bactérienne nécrosante / faciite nécrosante



D'après le Pr Sigismond Lasocki DURPI 2010

### 3- Dermohypodermite bactérienne nécrosante / faciite nécrosante

## CLINIQUE

- Suspecté devant une dermohypodermite présentant les caractéristiques suivantes :



### 3- Dermohypodermite bactérienne nécrosante / faciite nécrosante

## Clinique

⇒ Signes généraux de sepsis (troubles de conscience, FR >22/min et PAS < 100 mmhg) ou de choc toxinique.



⇒ Douleur 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.



### 3- Dermohypodermite bactérienne nécrosante / faciite nécrosante

#### CLINIQUE

⇒ 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.



### 3- Dermohypodermite bactérienne nécrosante / faciite nécrosante

## Examens Complémentaires

Non recommandée ⇒ éviter le retard de prise en charge chirurgicale

La FN est une **urgence médico-chirurgicale**, dont le diagnostic reste essentiellement **clinique**.

**L'IRM** ne doit être pratiquée que si le doute diagnostique persiste et **ne doit pas** retarder le geste chirurgical.



# 3- Dermohypodermite bactérienne nécrosante / faciite nécrosante

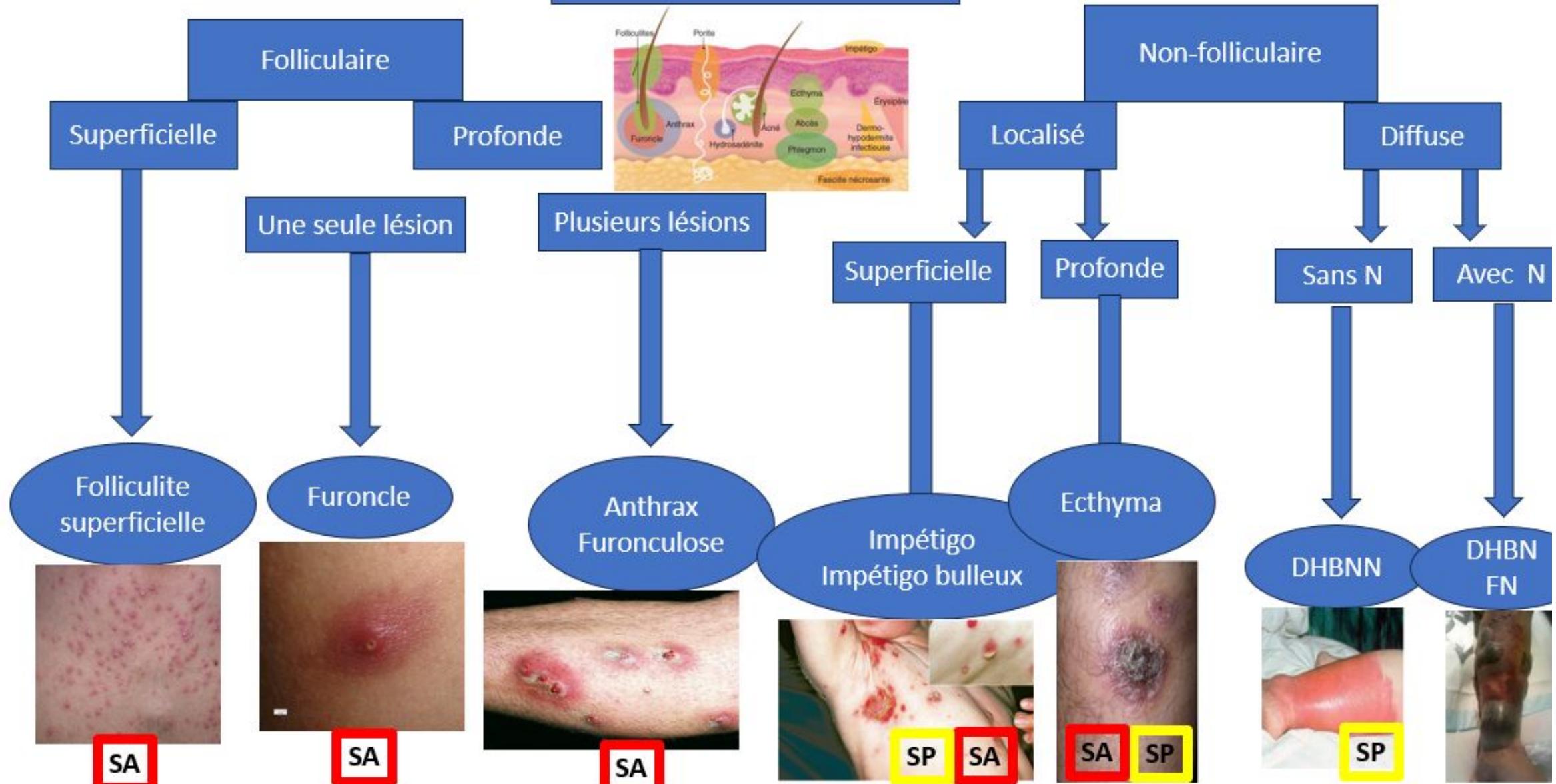
## Traitemet

Urgence chirurgicale



# Infections cutanées bactériennes folliculaires

## Infection cutanée bactérienne



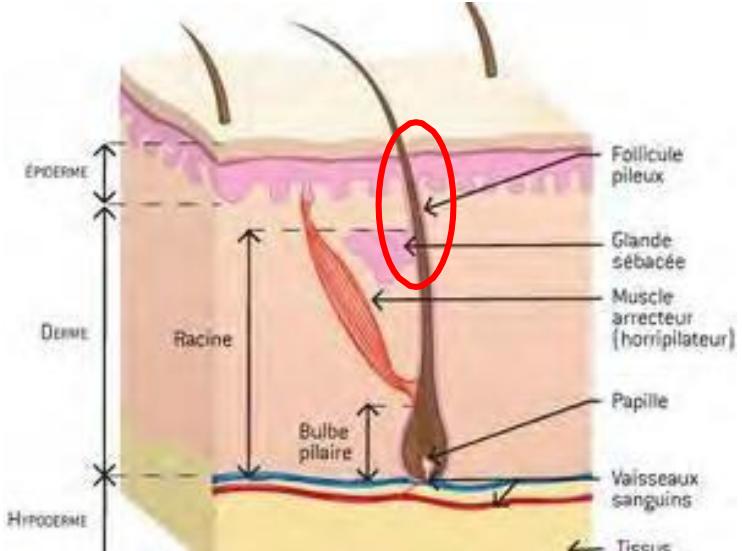
# 1- FOLLICULITES

- Infection superficielle du follicule pileux .

- Staphylocoque aureus.

- Petite pustule centrée par un poil, avec un érythème périfolliculaire

- visage (barbe, front), tronc (dos, face ant. tronc),  
région fessière et jambes; bord libre des paupières (orgelet)



# 1- FOLLICULITES

## - Les circonstances favorisantes

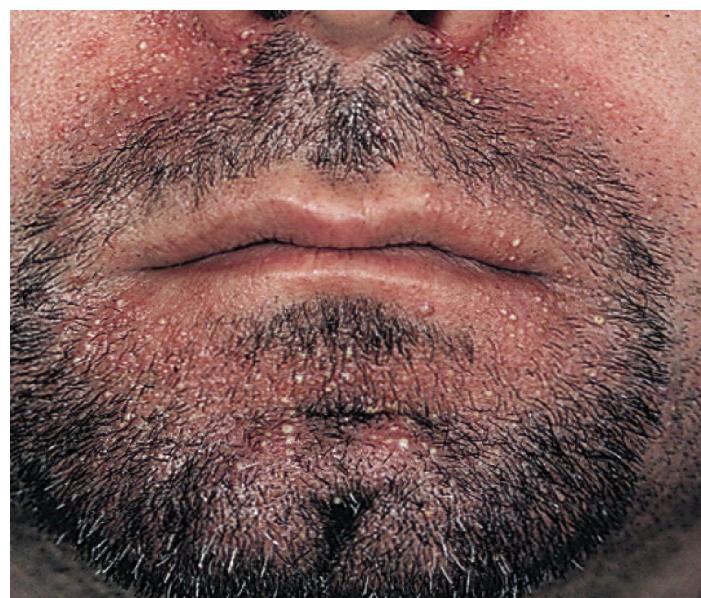
Diabète, immunosuppression

Atopie,

Carence martiale,

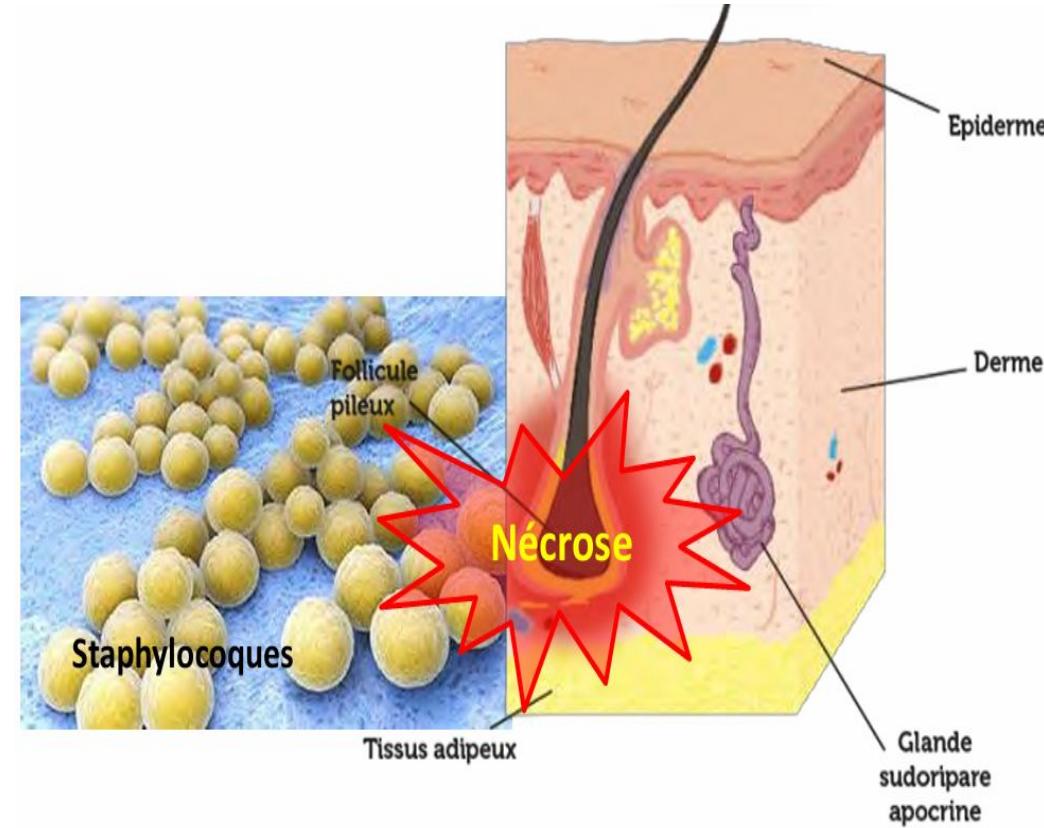
Portage manuel à partir de gîtes staphylococciques.

Manque d'hygiène corporelle.



## 2- FURONCLE:

- Infection profonde du follicule pilo-sébacé
- Secondairement suppurée avec nécrose et élimination du follicule pileux (**bourbillon**)
- Due à **S. aureus**, qui produit dans la très grande majorité des cas une toxine, la leucocidine de Panton-Valentine (SA LPV+).
- Favorisée par le **portage manuel** à partir des gîtes staphylococciques.



## 2- FURONCLE:

### A. Furoncle isolé:

**DOULEUR**  
+/-ADP  
+/-Fièvre



5

10



**Papulo-nodule**  
**Très inflammatoire**



**Nécrose,Bourbillon**

**Cicatrice déprimé**

## 2- FURONCLE:

### B. Les formes compliquées de furoncles:



## 2- FURONCLE:

### C. Les situations à risque de complication :



Âge inférieur à 1 an



Immunodépression



Certaines localisations



## **2- FURONCLE:** **Diagnostic positif**

**Clinique ++.**

- Prélèvement bactériologique:** \* formes compliquées  
\* forme à risque de complication  
\* furonculoses,
- Dépistage du portage** de *S. aureus* au niveau des gîtes bactériens (nez, gorge, anus, périnée) seulement après échec d'une première décolonisation des gîtes bactériens.

## 2- FURONCLE: Diagnostic différentiel

### a. Folliculites superficielles

- Papulo-pustules centrées par un poil.
- **Sycosis** pour l'atteinte de la barbe
- Infection à **S. doré ++**
- Autres organismes peuvent être en cause (**levures++**).

### b. Folliculites à BGN :

- Due à des **pseudomonas**
- suite à des bains dans des **piscines contaminées**.

### c. Pustuloses amicrobiennes :

- Pustules **planes non folliculaires** à contenu blanc laiteux,
- Stériles à l'examen bactériologique  
exp : psoriasis pustuleux

### d. Hidrosadénite suppurée

- Maladie folliculaire cutanée **inflammatoire, récurrente** et débilitante
- Lésions **dououreuses** et inflammatoires **profondes** situées dans les zones corporelles porteuses de **glandes apocrines**, ( régions axillaire, inguinale et Anogénitale++)

### e. Acné

- Confusion fréquente,
- Cependant **Polymorphisme lésionnel** (comédons, kystes, papulo-pustules.)

### f. La rosacée:

- Papules et pustules sur fond de **couperose**(érythème et télangiectasies)
- **Femme de la quarantaine**
- Topographie: **le visage**



© Saurat et al. Dermatologie et IST Masson Paris 2004

## 2- FURONCLE: Évolution/ Complication

Le passage à la chronicité ( furonculose chronique) est la complication la plus **fréquente**.

Les septicémies et autres complications viscérales à staphylocoque doré restent **très rares**.

La staphylococcie maligne de la face avec thrombophlébite du sinus caverneux est **exceptionnelle**.

Elle est redoutée en présence d'un furoncle **centro-facial manipulé** devenant **hyperalgique** avec un **syndrome infectieux marqué** et un **oedème centro facial important**



## 2- FURONCLE:

### Traitemen

#### A. Furoncle isolé:

- Guérison **spontanée** (majorité des cas ).

- **Soins locaux** uniquement:

- \* Interdiction de **manipulation** du furoncle

- \* **Soins de toilette** quotidiens (lavage à l'eau et au savon) ;

- \* **Incision** de l'extrémité pour évacuer le bourbillon (furoncle volumineux) ;

- \* Protéger la lésion avec un **pansement**.

- \* **Pas d'antibiothérapie** (locale ou générale).



## 2- FURONCLE: Traitement



### B. Formes compliquées ou à risque de complication:

- Des **mesures d'hygiène** rigoureuses
- Pas d'antibiothérapie **locale** :
- **Antibiothérapie générale** anti staphylococcique (exp. clindamycine ou pristinamycine) pendant **5 jours**.



**5 JOURS**

## 2- FURONCLE:

### Traitement

#### C. Furonculose

\* Lors d'une poussée :

- Le renforcement des **mesures d'hygiène**.
- Protection des lésions par **pansement**.
- **Douches antiseptiques** avec une solution moussante de chlorhexidine comme savon et comme shampoing (une fois/J/7jours).
- **Prélèvement bactériologique** d'un furoncle avant de débuter le traitement.
- **Antibiothérapie orale** anti-staphylococcique **pendant 7 jours** .

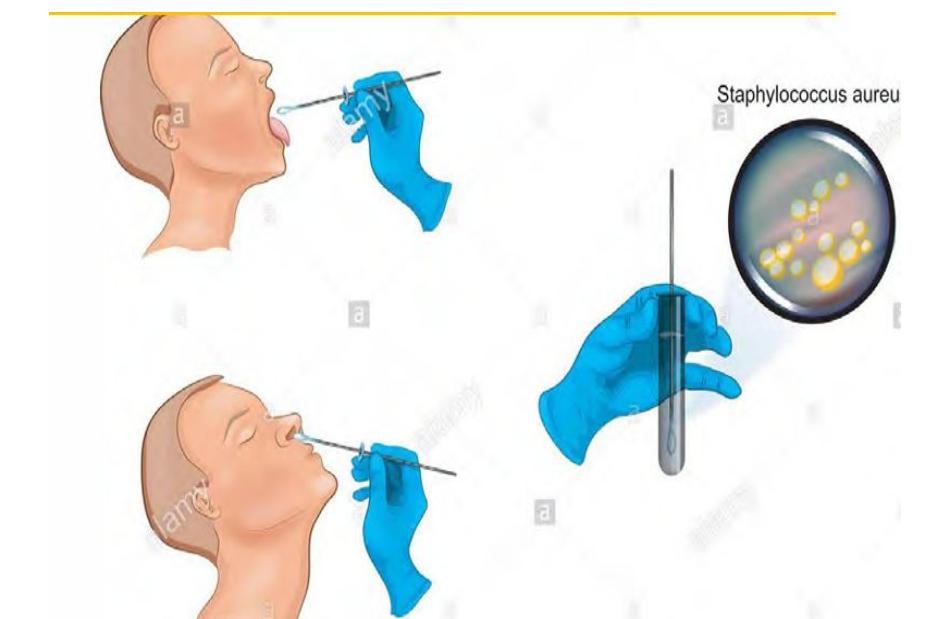
## 2- FURONCLE:

### Traitemen

#### C. Furoncule

##### \* Traitemen prophylactique :

- Mupirocine 2x/j/7j.
- Mesures **d'hygiène** des mains, corporelles et Environnementales très renforcées.
- **Arrêt de travail** en cas de profession comportant un risque de contamination alimentaire.
- Prélèvement et **traitemen des gîtes** pour toute la famille.



# CONCLUSION

La majorité des infections cutanées bactériennes sont dues à des **cocci Gram +** :  
**Streptocoque A, staphylocoque doré.**

Ces infections sont **auto-inoculables et non immunisantes.**

Elles sont favorisées par des **facteurs locaux** (plaies, dermatoses pré existantes, macération cutanée...).

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

# CONCLUSION

- Le **diagnostic** de ces infections cutanées communes est surtout **clinique**.
- Les **complications** sont **rares** mais potentiellement **graves**, justifiant le recours habituel à une antibiothérapie générale.
- La **prévention** des récidives repose sur :
  - \* Traitement des portes d'entrée (intertrigo à dermatophytes dans la DHBNN..)
  - \* Détection et décontamination des gîtes en cas de furoncles.
  - \* Mesures d'hygiène rigoureuse.