

ANNEE UNIVERSITAIRE
2024-2025

INFECTIONS CUTANNEE BACTERIENNES

Pr.M.RAIS



INFECTIONS CUTANÉES BACTÉRIENNES

Pr.M.RAIS

PLAN DU COURS

Définition

BASES BACTERIOLOGIQUES

1-Les infections superficielles folliculaires

2- Les infections superficielles non folliculaires

3-Les dermo-épidermites et dermo-hypodermites aiguës non nécrosantes

4-Les dermo-hypodermites bactériennes nécrosantes

INFECTIONS CUTANNEES BACTERIENNES

Définition :

Infections pyogènes du tégument, qui peuvent être primaires, ou secondaires ; dermatoses fréquentes souvent contagieuses et de gravité variable ; allant du simple furoncle ou des lésions d'impétigo aux formes sévères de dermohypodermite

Elles sont variables comprenant: - les atteintes du follicule pilo-sébacé (furoncle, folliculite, hidrosadénite). - les atteintes épidermiques et dermo-épidermiques (impétigo, érysipèle, staphylococcie maligne de la face, périonyxis et panaris).

BASES BACTERIOLOGIQUES

Deux germes sont le plus souvent en cause dans les infections de la peau: les streptocoques et les staphylocoques. D'autres germes (pyogène, anaérobie, *Pasteurella multocida*) peuvent être inoculés principalement par morsure.

1-Les infections superficielles folliculaires

- **ostio-folliculite** : inflammation d'un follicule pilosébacé.

Les folliculites superficielles sont dues à une infection limitée à l'ostium folliculaire, elles sont caractérisées par une éruption de petites pustules, centrées par un poil et bordées d'un halo inflammatoire érythémateux

On les rencontre surtout sur le visage, en particulier au niveau de la barbe mais aussi sur les cuisses et la face postérieure des bras.

Le traitement consiste uniquement à des soins locaux : règles d'hygiène générale, application quotidienne d'antiseptiques , la suppression des causes irritantes .

Le furoncle :

Est une infection aiguë du follicule pilo-sébacée, due au staphylocoque doré et ayant une évolution spontanée nécrosante. L'infection touche la partie moyenne du follicule pilo-sébacée qui s'élimine en 5 à 10 jours avec les zones voisines dermiques nécrosées sous forme de "bourbillon".

Facteurs favorisants : on recherchera toujours un terrain fragilisé : diabète, alcoolisme, immunodépression primitive ou secondaire à un traitement. Le furoncle est de diagnostic assez facile. Le début est une simple folliculite, puis rapidement apparaît une zone indurée, rouge, chaude, douloureuse, avec au centre une pustule jaunâtre.

La douleur peut être intense et s'accompagner d'une adénopathie et d'une fièvre.

En quelques jours,, le bourbillon s'élimine laissant place à une cicatrice en creux.

Les frottements, les stimulations mécaniques par pression, (vêtements, certains sports), une hygiène défectueuse, un diabète ou une carence en fer, certains déficits immunitaires, portage du SA familial, sont à l'origine de ces furoncles.

La furonculose :

Est caractérisée par des furoncles nombreux et répétés. La chronicité est la règle et le traitement est difficile

L'anthrax :

Il résulte de la confluence et de la prolifération de plusieurs furoncles : il siège surtout dans les zones d'hypersudation. Il se traduit par : Une tuméfaction érythémateuse, douloureuse, chaude, dont on sent la profondeur au palper et qui est centrée par une ulcération nécrotique d'où s'écoule un pus franc..

L'anthrax s'accompagne peut s'accompagner fièvre et d'une adénopathie locale. L'anthrax doit être différencié du kyste sébacé infecté, qui siège souvent dans les mêmes endroits ou d'un abcès fistulisé.

Traitement :

Devant un simple furoncle :

- désinfection locale par des lotions antiseptiques
- élimination du bourbillon au bistouri
- pansements avec crèmes antibiotiques (fucidine,)

En cas de terrain débilisé, une antibiothérapie générale sera instaurée.

La staphylococcie maligne de la face : est une urgence à traiter en milieu hospitalier par :

- antibiothérapie intraveineuse pendant plusieurs semaines
- héparinothérapie

La furonculose : Il faut chercher systématiquement des foyers infectieux, prélèvements bactériologiques au niveau du nez, de la gorge, de l'anus, radios de sinus, panoramique dentaire. On recherchera également de manière systématique un déficit immunitaire.

Lors d'une poussée :

Antibiothérapie orale: clindamycine, 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P > 100 kg) ou pristinamycine 1g x 3 /j pendant 7 jours.

Mesures d'hygiène et protection des lésions par pansement,

Douches antiseptiques avec une solution moussante de chlorhexidine comme savon et comme shampoing (une fois par jour pendant 7 jours).

Après guérison de la poussée :

Décolonisation des gîtes bactériens du patient et de son entourage (personnes vivant sous le même toit, et personnes en contact proche).

Protocole de décolonisation

Application nasale de pommade de mupirocine deux 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, changer fréquemment le linge de toilette, non partage du linge

Bains de bouche biquotidiens à la chlorhexidine (adulte et enfant à partir de 6 ans)

Anthrax : l'antibiothérapie doit être générale, poursuivie pendant 10 jours. Localement, on favorisera la collection du pus par des pansements alcoolisés. Une mise à plat chirurgicale sera faite suivie d'un nettoyage soigneux. On recherchera toujours une pathologie métabolique associée (diabète).

2- Les infections superficielles non folliculaires

2-1 Impétigo :

L'impétigo est une dermatose infectieuse superficielle, épidermique, non immunisante due au streptocoque du groupe A et/ou au staphylocoque doré.

Cette affection fréquente est contagieuse, auto-inoculable, parfois à l'origine d'épidémies scolaires.

La transmission peut se faire à partir d'un sujet atteint ou d'un patient sain (portage asymptomatique).

La recherche d'une dermatose sous-jacente doit être systématique surtout chez l'adulte

Affection fréquente chez l'enfant d'âge scolaire, il débute par une ou quelques petites taches érythémateuses sur lesquelles surviennent des bulles fragiles à liquide clair ou légèrement trouble, entourées d'un liseré érythémateux, rapidement le contenu des bulles devient purulent, leur toit se rompt, laissant place à des croûtes jaunâtres mélicériques (couleur miel) et à des érosions arrondies groupées en élément annulaire .

Chez l'enfant : l'impétigo est fréquent et en règle primitif, il est peu ou pas prurigineux, il siège le plus souvent sur le visage, près du nez et de la bouche, plus rarement ailleurs. L'état général est conservé, il n'y a pas de fièvre. En l'absence de traitement, l'infection a tendance à s'étendre.

Chez l'adulte : l'impétigo primitif est rare, il s'agit en règle de l'impétiginisation d'une dermatose préexistante, habituellement prurigineuse (eczéma, gale...).

Les complications de l'impétigo non traité sont l'ecthyma, lymphangite, glomérulonéphrite aiguë, septicémie (rare), généralisation par auto - inoculation.

Les formes cliniques :

- impétigo bulleux touche surtout le nourrisson, il est généralement staphylococcique
- impétigo miliaire : fait de vésicules confluentes en nappes
- impétigo sec et circiné : réalise des petites plaques à bordure polycyclique faite de vésicules confluentes.

Traitement de l'impétigo simple :

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

Éviction de collectivité : 3 jours après le début du traitement, si lésions non protégées par pansement.

Traitement de l'impetigo Grave : Antibiothérapie orale durant 7 jours, sans attendre les résultats du prélèvement

Adulte	Pristinamycine per os : 1 g x 3 /j ou Céfalexine per os : 2 à 4 g/j A réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques
Enfant	Amoxicilline/acide clavulanique : 80 mg/kg/j ou Céfadroxil : 100 mg/kg/j Allergie aux bêta-lactamines: josamycine 50 mg/kg/j A réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques

2-2 intertrigo

Dermite inflammatoires des plis favorisés par le contact permanent entre deux surfaces cutanées , l'hyperhydrose et la macération

Il se traduit par un pli rouge et suintant souvent ulcéré en son centre (-soins locaux dans les formes bactériennes)

2-3 hidrosadénite :

L'hidrosadénite est une surinfection des glandes sudorales apocrines axillaires ou génito-pubiennes d'origine staphylococcique.

Le traitement est local (antiseptique) dans les formes non compliquées.

Dans les formes chroniques et récidivantes une antibiothérapie générale et un évidement chirurgical peuvent être nécessaires (notamment dans la maladie de Verneuil: hidrosadénite chronique suppurative).

3-Les dermo-épidermites et dermo-hypodermes aigus non nécrosantes

3-1 L'érysipèle : (voir cours infectieux 4eme année)

3-2 LE panaris :

infection à staphylocoque des tissus du doigt

-tuméfaction phalangienne surmontée d'une pustule avec douleur pulsatile, insomnante ,
risque de phlegmon

Traitement : pansement antiseptique alcoolisé pluriquotidien

-si collection ou persistance: traitement chirurgical

-ATB anti-staphylococcique si signes généraux

3-3 L'abcès ; inoculation septique sous cutanée

-streptocoque ou staphylocoque auréus

-même traitement que le panaris

4-Les dermo-hypodermes bactériennes nécrosantes (voir cours 4^{ème} année infectiologie)

Fasciite nécrosante et cellulite

dermo-hypoderme aiguë à évolution nécrosante

-multiples germes en cause (streptocoque, staphylocoque, anaérobies, entérobactéries)

-pronostic vital+++ urgence dermatologique

-placard inflammatoire d'extension rapide avec zones nécrotiques (cyanique, froide, hypoesthésique), hémorragiques, induration +/- crépitations (anaérobies) dans la cellulite

-hospitalisation en réanimation pour traitement médico-chirurgical