



INFECTIONS CUTANÉES BACTÉRIENNES



Cours destiné aux étudiants de 6^{ème} année médecine
-Module dermatologie-

26Janvier 2025

Dr Rahmoune.L

Infections cutanées bactérienne

1
2
3
4
5
6
7
8

Introduction

Rappel

Facteurs favorisants

Classification

I · Epidermite

II · Infections folliculaires

III · Dermohypodermite

Conclusion



Introduction

- L'ensemble des manifestations cutanées **inflammatoires** et **suppuratives** dues à des germes pyogènes.
- Il s'agit des cocci gram+ (staphylocoque et streptocoque) 80% des cas.
- Atteintes localisées, comparativement aux éruptions d'origine virale.
- diagnostic: tableau clinique, culture bactérienne

Introduction

- Les infections cutanées peuvent évoluer vers une infection plus grave.
- Elles peuvent aussi se compliquer d'une bactériémie et entraîner l'ensemencement d'un foyer à distance.
- En général, les infections cutanées durent tant qu'un traitement adéquat n'est pas entrepris.

Rappel

- La surface cutanée est une des frontières les plus importantes
- Flore cutanée normale et transitoire
- Ce portage bactérien est plus marqué dans certaines zones, qui constituent des « gîtes » fréquents en cas de portage.

Rappel

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

Flore commensale résidente habituellement pathogène

Streptocoques microcoques

Staphylocoque épidermidis « blanc »

Quelques staphylocoques dorés

Cocci Gram négatif : *Neisseria*

Bacilles Gram positif : corynebactéries aérobies et anaréobies
(*Propionibacterium acnes*)

Bacilles Gram négatif : quelques *Proteus*, *Acinetobacter* et
Pseudomonas

Flore transitoire éventuellement pathogène

Staphylocoque doré (+++)

Bacilles Gram négatif : *Escherichia coli*,
Pseudomonas aeruginosa, *Proteus*

Rappel

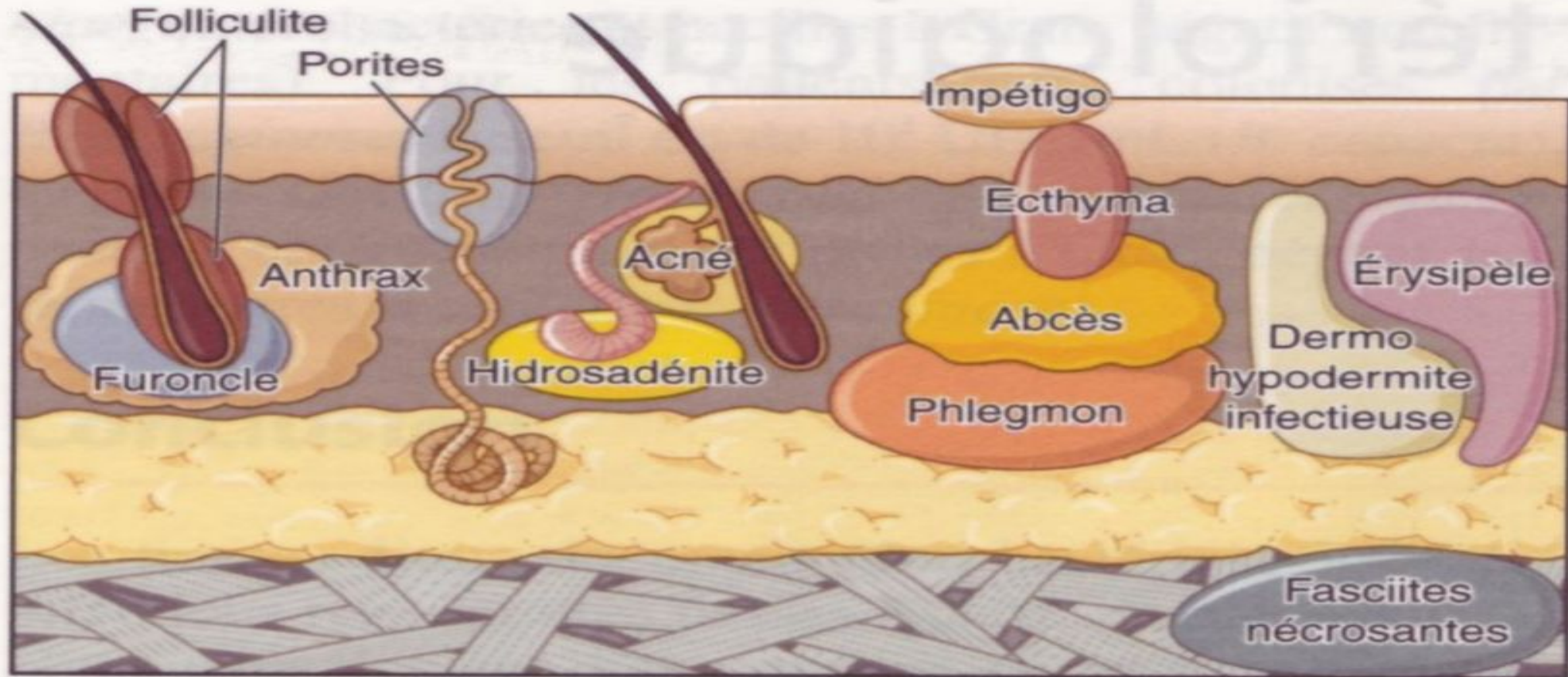
- Plusieurs niveaux de défense :
 - protection mécanique: grâce à la continuité des cornéocytes
 - protection chimique liée : Ph, sébum, substances à activité antibactérienne
 - protection biologique par : flore naturelle et réseau immunitaire

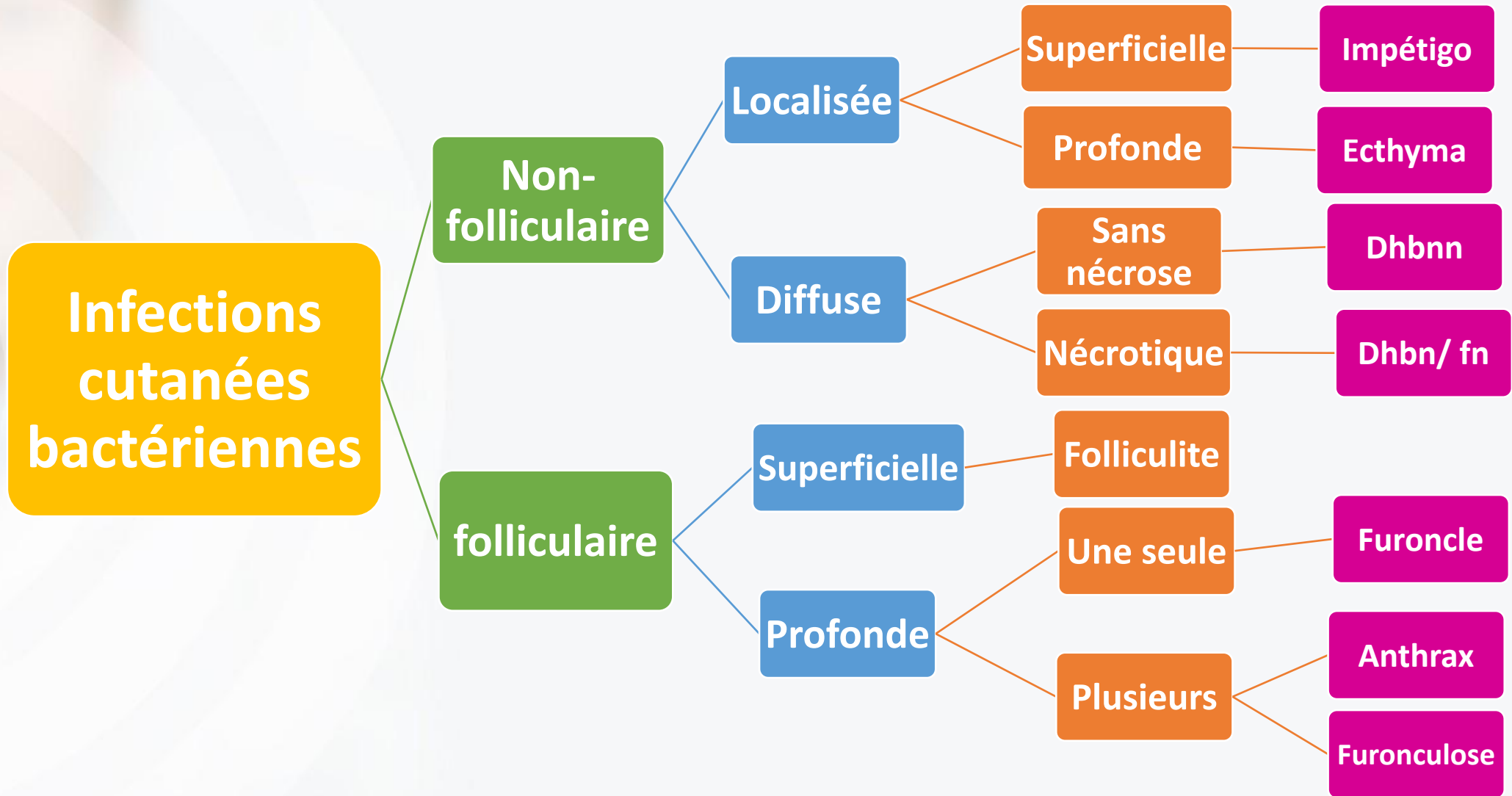
Facteurs favorisants:

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

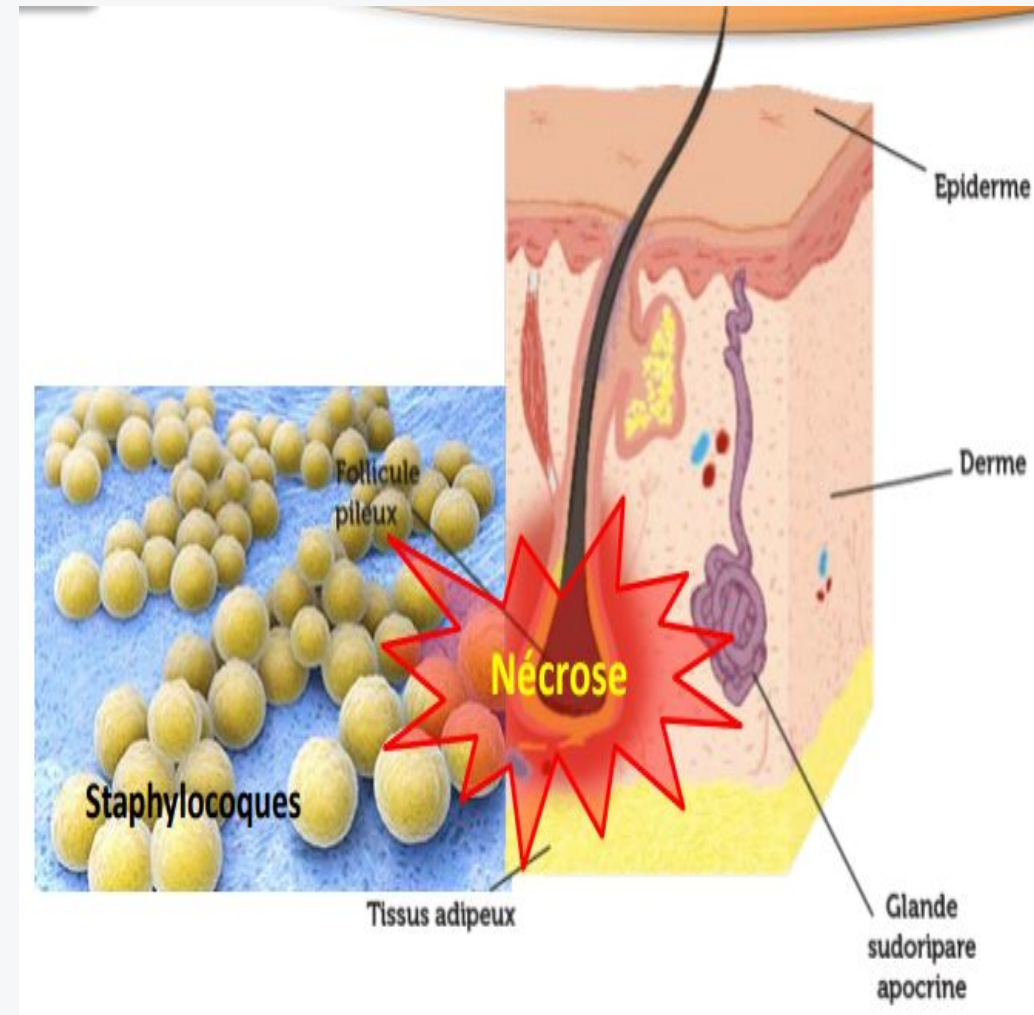
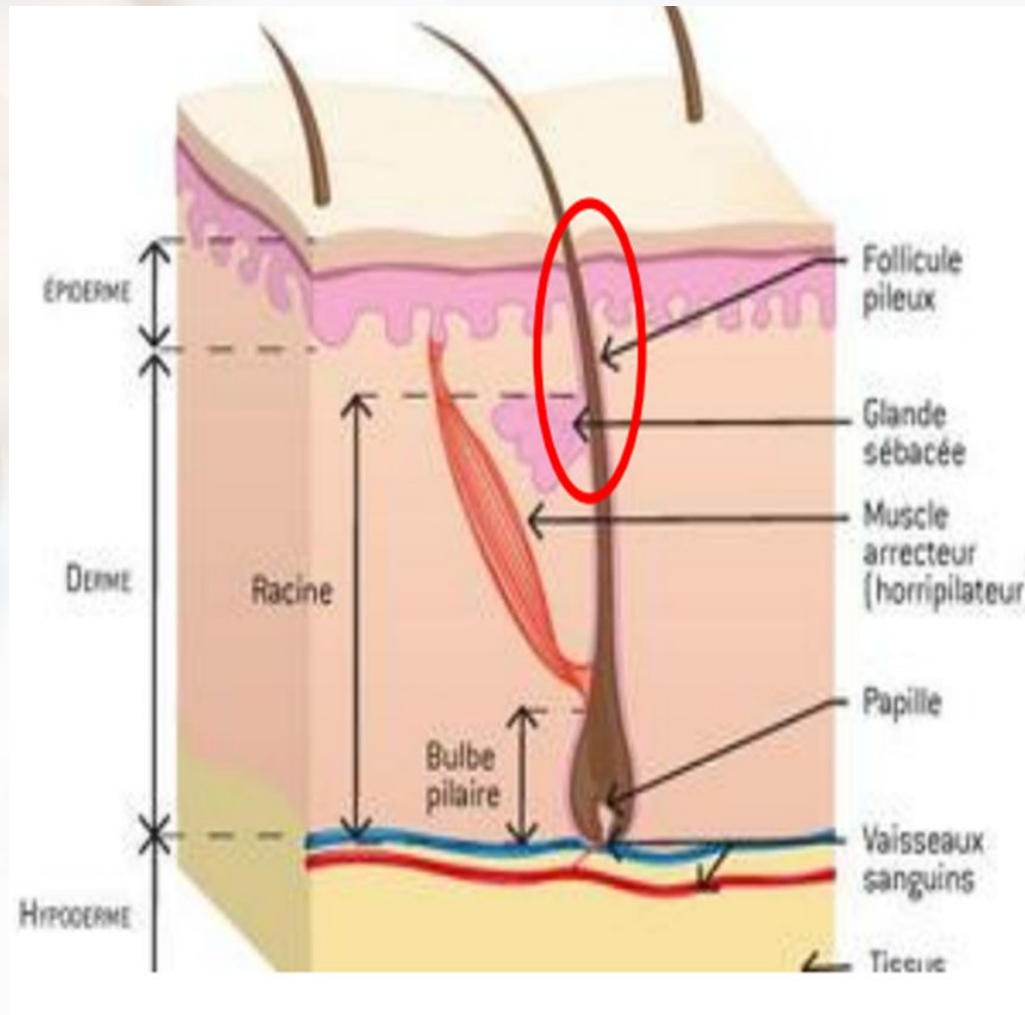
- Rupture de la barrière kératinocytaire permettant la pénétration des germes
- Modification du pH cutané
- Disparition du film sébacé, flore commensale résidente: détergents, antiseptiques
- Passage à un statut permanent de germes en principe transitoires
- Certaines conditions physiques: chaleur, humidité,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

Classification





A) INFECTIONS FOLLICULAIRES



1/Folliculite

- Inflammation du follicule pilosébacé.
- S.aureus est l'agent causal principal
- Facteurs favorisants: macération, frottement, rasage
- Lésions papuleuses érythémateuses centrées par des poils évoluant vers des pustules
- Apyrexie
- Pas de cicatrice

1/Folliculite



1/Folliculite

- Formes particulières: orgelet, sycosis
- Dgc différentiel: F à BGN, F trychophytique, acné
- 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 pristnamycine

1/Folliculite



2/Furoncle

- Une infection profonde du follicule pilosébacé
- Due au staphylocoque doré, LPV+++.
- 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.

2/Furuncle



5
→
10



2/Furoncle

- Facteurs favorisants: macération et frottement.
- Apyrexie, sauf si forme cpk ou profuse
- CPK:
 - staphylococcie maligne de la face
 - localisations secondaires

2/Furoncle

- Formes cliniques:

□ 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.

2/Furuncle



2/Furoncle

□ Furonculoses:

- multiplicité et la chronicité du furoncle pendant des mois et des années.
- Devant toute furunculose, rechercher un diabète ou un déficit immunitaire et un foyer staphylococcique (narines, rétro-auriculaire, pli inter fessier, cicatrices d'anciens furoncles.....).



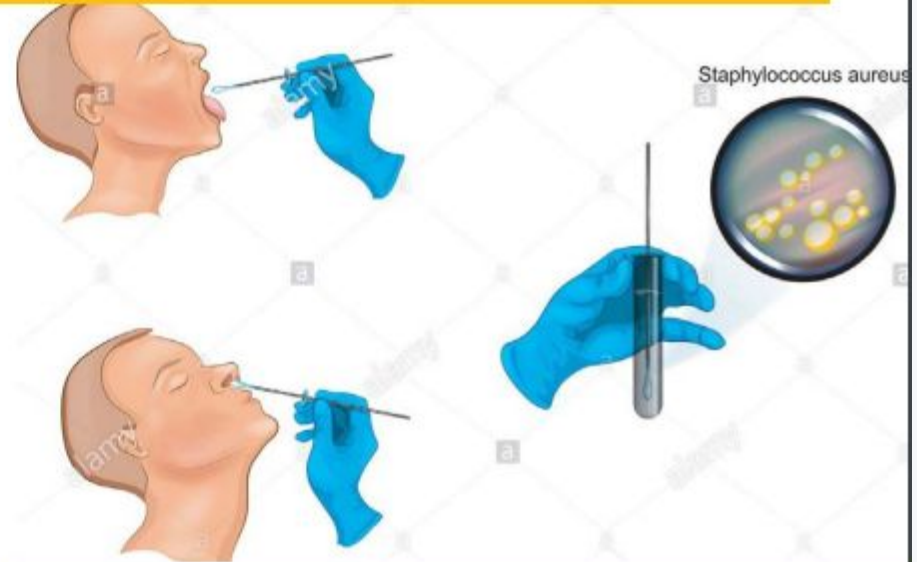
2/Furoncle

La furunculose est la répétition de furoncles pendant plusieurs mois, voire des années.

Bilan bactériologique



pratiquer un prélèvement bactériologique d'un furoncle avant de débuter le traitement antibiotique curatif.



réaliser le dépistage du portage de SA au niveau des gîtes bactériens (nez, gorge, anus, périnée) seulement après échec d'une première décolonisation des gîtes bactériens.

A hand holding a magnifying glass over a skin lesion, likely a furuncle, which is the focus of the slide.

2/Furoncle

- **Complication:** A/locorégionale:

- **Staphylococcie maligne de la face:**

- URGENCE
- CPK d'un furoncle Centro-facial: manipulation
- Très rapidement : placard inflammatoire, rouge, douloureux, se recouvrant de pustules, d'extension centrifuge (de proche en proche)
- Hospitalisation et traitement ATB urgents
- Cpk: thromboses des sinus caverneux, thrombose cérébrale

2/Furuncle





2/Furoncle

- Abscès sous cutané
- Lymphangite
- Dermohypodermite aigue
 - B/systémique: bactériémie à SA
- Endocardite
- Infections osteo-articulaires



2/Furoncle

- Traitement:

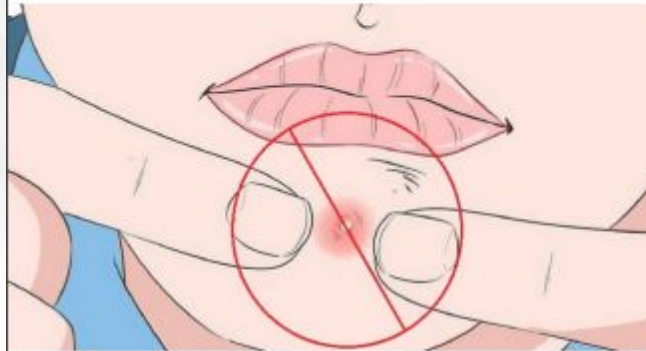
1-Furoncle isolé:

- Hygiène rigoureuse et
- Antiseptique local.

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

2/Furoncle

Prise en charge d'un furoncle/anthrax ?
Furoncle non compliqué





2/Furoncle

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);

2/Furoncle

Furoncle compliqué ou à risque de complication



Mesures d'hygiène rigoureuses



3x



5 JOURS

DE-SP/0411/02

2/Furoncle

Traitement curatif et prophylaxie



renforcement des mesures d'hygiène et la protection des lésions par pansement



PYOSTACINE® 500mg
pristinamycine
Voie orale
16 comprimés pelliculés



3x



7

JOURS

2/Furoncle



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



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
PAS d'antibiothérapie (locale ou générale)	Mesures d'hygiène rigoureuses (changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours) 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, changer de fréquemment le linge de toilette
- Mesures d'hygiène de l'environnement (linge, vaisselle, entretien des locaux),



- Bains de bouche biquotidiens à la chlorexidine (adulte et enfant à partir de 6 ans)
- Traitement local prolongé des gîtes par antiseptiques ou antibiotiques, (acide fusidique, mupirocine) 2*/jr, 10jr/mois pdt 6mois-1an.
- Prélèvement bactériologique et traitement des gîtes pour tous les membres de la famille

décolonisation simultanée des gîtes
du patient et de son entourage



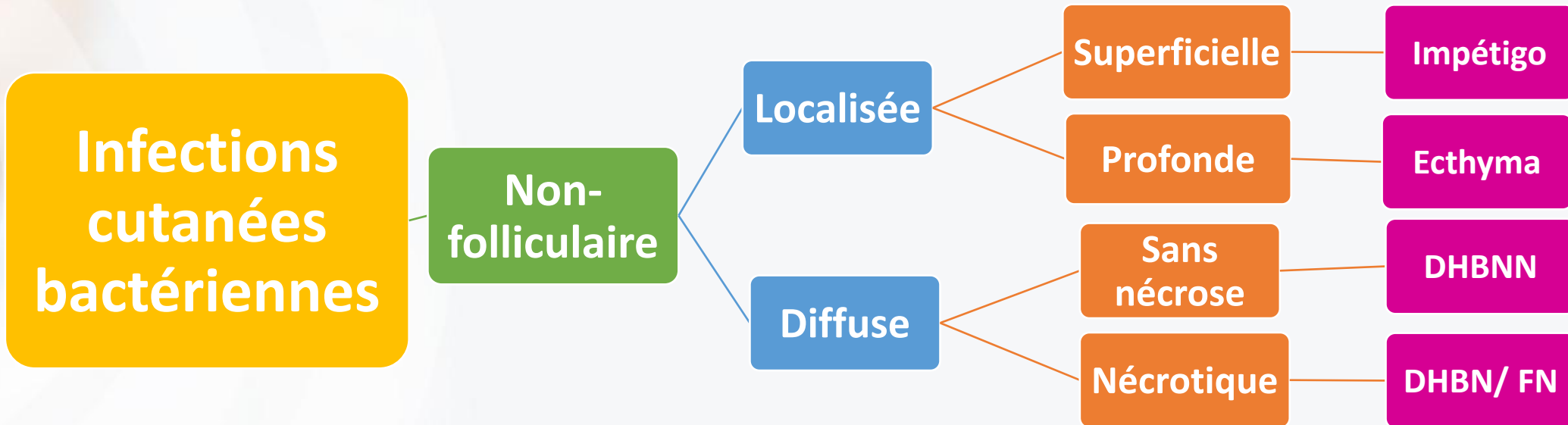
Mesures d'hygiène des mains, corporelles et de
l'environnement renforcées



2 x / j
7 JOURS

DE-SP/041

B) INFECTIONS NON FOLLICULAIRES



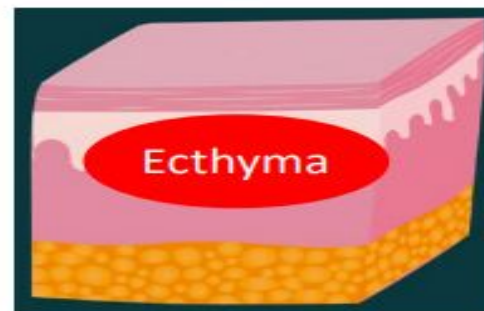
I· INFECTIONS NON FOLLICULAIRES LOCALISEES

**Impétigo non
bulleux**

Impétigo bulleux

Ecthyma

Impétiginisation



**Vésiculo-pustule
→ croutes**

Bulles → croutes

**ulcération creusante →
croûtes chronique →
cicatrice**

**Surinfection de
dermatoses
prurigineuse**



Staphylococcus



Streptococcus



Staphylococcus



Staphylococcus



Streptococcus



Staphylococcus

I-Impétigo

- Infection cutanée purement épidermique
- Streptocoque β -hémolytique du groupe A et/ou à staphylocoque doré.
- Infection auto- et hétéro-inoculable, non immunisante, hautement contagieuse.
- L'impétigo atteint surtout l'enfant, plus rarement l'adulte.

I-Impétigo

- Le diagnostic est essentiellement clinique
- L'aspect est non prédictif du germe ou des germes en cause.
- Le prélèvement bactériologique en cas de doute diagnostique ou si l'identification du germe est importante (SARM)

1/Forme habituelle de l'enfant

- Lésion élémentaire = **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** ± aréole inflammatoire périphérique
- Coexistence de lésions d'âges différents ;
- Siège: péri-orificielle au départ puis diffusion au visage puis au reste du corps

1/Forme habituelle de l'enfant

- Adénopathies régionales fréquentes
- Pas de signes généraux
- CPK:
 - exceptionnel glomérulonéphrite post streptococcique
 - pas de contrôle systématique de la protéinurie.

1/Forme habituelle de l'enfant



2/Impétigo bulleux

- fréquent chez le nouveau-né (< 2 ans)
- Du au S.aureus
- Lésions élémentaires: Bulles larges → rupture avec formation de croûtes.
- Siège: ubiquitaire
- Les signes généraux absents
- CPK: rarement syndrome SSSS

2/Impétigo bulleux



II-Ecthyma

- Une forme creusante d'impétigo
- Lié à *streptococcus pyogènes* et/ou à *staphylococcus aureus* ;
- Habituellement localisée aux membres inférieurs
- Immunodéprimé, d'éthylisme chronique, d'artériopathie ;
- Ulcérations parfois croûteuses avec une évolution cicatricielle

II-Ecthyma



III-Impétiginisation

- Il s'agit de la surinfection d'une dermatose prurigineuse avec apparition de croûtes mélicériques ou plus rarement de pustules



Traitement

1 - Traitement local

- systématique: formes peu étendues
- lavage biquotidien à l'eau et au savon ;
- Antiseptiques, sous forme moussante +++
- et/ou antibiotiques topiques, bi/triquotidiennes : pommades grasses
- durée 8 à 10 jours.

Traitement

• 2 - Traitement général antibiotique

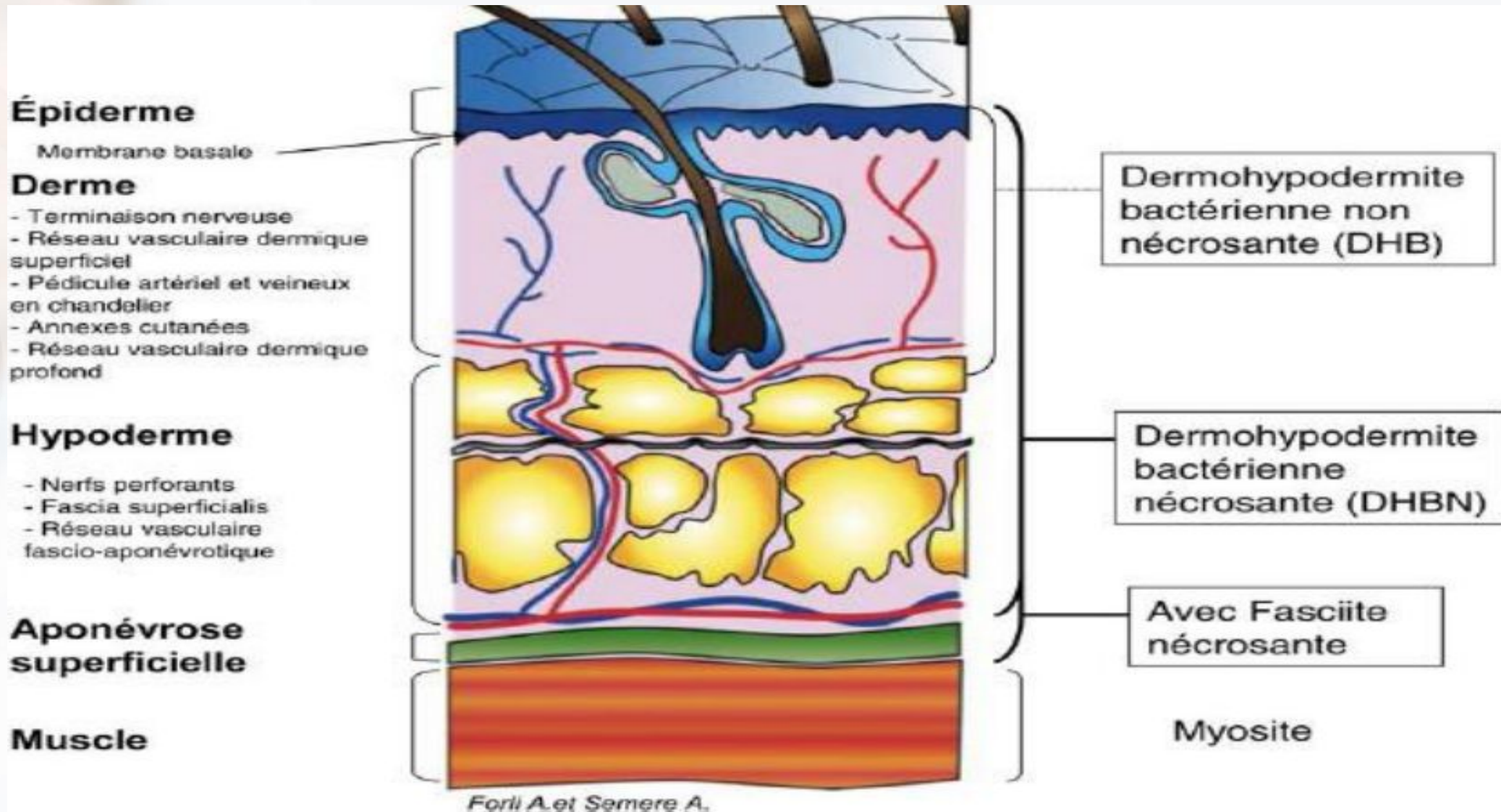
- En cas de : lésions étendues, extensives, signes généraux majeurs, terrain immunocompromis ou si les soins locaux sont incertains.
 - pénicilline M (oxacilline, cloxacilline) : 30 à 50 mg/kg/j ;
 - amoxicilline+acide clavulanique ou C1G
 - synergistine (pristinamycine 30 à 50 mg/kg/j) ou acide fusidique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

Traitement

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.

II· INFECTIONS NON FOLLICULAIRES DIFFUSES



1/ DHBNN (dermohypodermite bactérienne non nécrosante)

- Infection cutané aigue atteignant le derme et l'hypoderme
- Origine : streptocoque β -hémolytique A +++ (85%)(plus rarement B, G ou C)
- Rare chez l'enfant peut être due au S aureus ou SGA (suite varicelle)
- Plus fréquent chez l'adulte après 40 ans
- Porte d'entrée: décelable dans 50 à 70% cas (plaie traumatique, ulcère de jambe...)

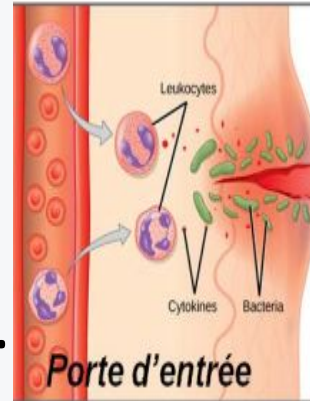
1/ DHBNN (dermohypodermite bactérienne non nécrosante)



1/ DHBNN (dermohypodermite bactérienne non nécrosante)

- **Facteurs favorisants:**

- un œdème,
- le diabète
- L'obésité
- Atcd d'érysipèle
- l'immunosuppression
- les irradiations antérieures.



A hand holding a magnifying glass over a skin lesion, likely a carbuncle, which is a deep, painful skin infection. The magnifying glass is held over a small, dark, circular area on the skin, which is the focus of the examination.

Forme habituelle de l'adulte

« grosse jambe rouge aiguë fébrile »

- **Cliniquement:**

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

A hand holding a magnifying glass over a document, symbolizing a detailed examination or diagnosis.

Forme habituelle de l'adulte

« grosse jambe rouge aiguë fébrile »

- Diagnostic clinique+++
- Pas d'examens complémentaires indispensables sauf si gravité
 - GB, CRP
 - Pas d'intérêt sérologies streptocoques
 - Bactériologie ? Hémocultures positives < 10%
 - Echo doppler si doute/ phlébite



Forme habituelle de l'adulte

« grosse jambe rouge aiguë fébrile »

- **Traitement:**

- Hospitalisation indispensable si signes généraux marqués, complications locales, comorbidité, contexte social, absence d'amélioration à 72 h
- Antibiothérapie antistreptococcique
- Traitement de la porte d'entrée
- Repos au lit
- Anticoagulant préventif à discuter
- antalgiques

Forme habituelle de l'adulte

« grosse jambe rouge aiguë fébrile »

TREATMENT

Traitement curatif de l'adulte

3x 50 mg/kg/j

PYOSTACINE® 500mg
pristinamycine
Voie orale
16 comprimés pelliculés

Amoxicilline

3x Clindamycin 300 mg

7 Jours

DE-SP/0411/02

innohep® 4500 UI
4500 UI anti-Xa/0,45 ml
Tinzaparine sodique
5 seringues préremplies avec système de sécurité
d'aiguille de 0,45 ml

Lovenox®
4000 UI anti-Xa/0,4 ml
Solution injectable
en seringue pré-remplie

week 3

Forme habituelle de l'adulte « grosse jambe rouge aiguë fébrile »





Forme habituelle de l'adulte

« grosse jambe rouge aiguë fébrile »

- Prévention des récurrences
 - Traitement porte d'entrée
 - Contention veineuse
 - Lutte contre surpoids
 - Parfois antibiothérapie au long cours : extencilline 2,4 M UI toutes les 2 à 4 sem, peni V 1 à 2 M UI par jour, amoxicilline, macrolides
 - Traitement de réserve si poussée

Forme habituelle de l'adulte « grosse jambe rouge aiguë fébrile »



**OBESITY
TREATMENT**



LYMPHEDEMA
WRAPPING



Forme habituelle de l'adulte

« grosse jambe rouge aiguë fébrile »

- Traitement curatif/Prévention antibiotique des récides

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 récive.

2/ Dermohypodermite bactérienne nécrosante et fasciite nécrosante

- Contrairement à l'érysipèle, prolifération bactérienne intense avec nécrose
- La nécrose évolue de la profondeur vers la périphérie
- Rare mais grave, mortalité 30%
- Streptocoque A ++ et/ou d'autres bactéries
- Terrain favorisant: diabète, artériopathie, mauvais état général
- Prise d'AINS++++

2/ Dermohypodermite bactérienne nécrosante et fasciite nécrosante



Dr Rahmoune.L

2/ Dermohypodermite bactérienne nécrosante et fasciite nécrosante

- Début similaire à érysipèle mais
 - Syndrome septique majeur, persistant sous antibiotiques, signes de choc, altération de l'état général
 - Signes locaux: douleur++ ou évolution vers hypoesthésie, bulles hémorragiques zones de nécrose, crépitation
- DGC suspecté → pré-op, bactériologie

2/ Dermohypodermite bactérienne nécrosante et fasciite nécrosante

- **Urgence médico-chirurgicale:**

- 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

A hand holding a magnifying glass over a petri dish with a bacterial culture.

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, à rechercher dans tous les cas.
- Les infections récurrentes à staphylocoque témoignent souvent d'un portage chronique personnel et/ou dans l'entourage familial.



Conclusion

- 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.



**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**



Dr RAHMOUNE
26Janvier 2025