

Une journée co-organisée par



Dans le cadre de la



JOURNÉE EUROPÉENNE D'INFORMATION SUR LES ANTIBIOTIQUES

Recommandations infections cutanées

Journée Régionale Bon Usage des Antibiotiques

C. Strady
Groupe Courlancy Reims
Groupe Recommandation SPILF
ANTIBIOEST





Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Recommandations de bonne pratique 2019

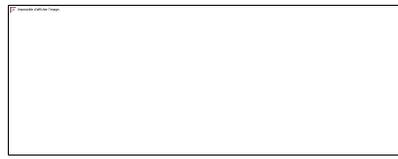
Jeu de diapositives réalisé par le comité des référentiels de la SPILF
16/10/2019



Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Messages clés

- Ces recommandations pour la prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes s'adressent prioritairement aux médecins de ville (généralistes, pédiatres, dermatologues).
- Le terme « érysipèle », correspondant à une dermo-hypodermite non nécrosante d'origine streptococcique, n'est plus utilisé.
- **La durée totale de l'antibiothérapie en ambulatoire de 7 jours au maximum**



INFECTION BACTERIENNE DES PLAIES CHRONIQUES



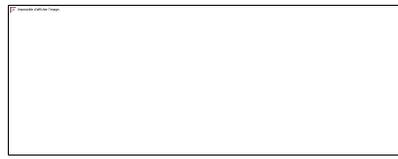
- **Suspicion d'infection de plaie chronique, en cas d'association de plusieurs signes suivants :**
 - une douleur inhabituelle au niveau ou en périphérie de la plaie,
 - un arrêt de la cicatrisation, un tissu de granulation friable,
 - l'aggravation de la plaie (augmentation rapide de la taille, de l'exsudat, caractère purulent ou nécrotique)
 - des signes généraux d'infection
- **Pas de prélèvement bactériologique systématique**
 - Sauf si suppuration franche ou abcédation : prélèvement du pus avant antibiothérapie
 - Soins locaux, pas d'antibiotiques, avis spécialisé
- **Si dermo-hypodermite ou abcès associés : voir chapitres correspondants**



Traitement du furoncle simple



- 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
- Pas d'antibiothérapie (locale ou générale)



IMPETIGO SIMPLE



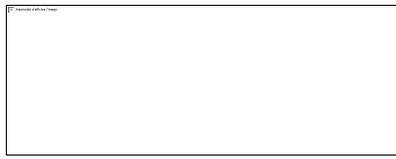
- **Traitement**
 - **Soins de toilette** quotidiens ou biquotidiens, avec nettoyage à l'eau et au savon suivi d'un rinçage soigneux
 - Pas d'application d'antiseptiques locaux
 - Antibiothérapie locale par mupirocine : 3 fois/j durant 5 j
- **Éviction de collectivité** : 3 jours après le début du traitement, si lésions non protégées par pansement.



FURONCULOSE

- **Diagnostic et bilan**

- Répétition de furoncles pendant plusieurs mois, voire des années
- Prélèvement bactériologique d'un furoncle avant traitement
- Dépistage du portage de SA au niveau des gîtes bactériens (nez, gorge, anus, périnée) : après échec d'une première décolonisation des gîtes bactériens



FURONCULOSE

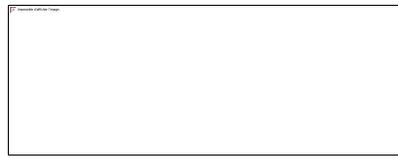
- **Traitement**

- **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 :**

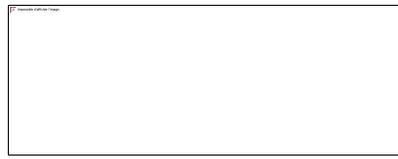
- décolonisation des gîtes bactériens du patient et de son entourage (personnes vivant sous le même toit, et personnes en contact proche).



FURONCULOSE

Protocole de décolonisation

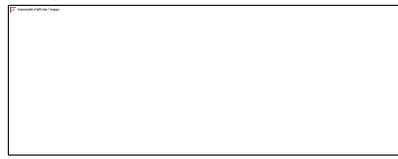
- Application nasale de pommade de mupirocine deux fois par jour pendant 7 jours
- Utilisation une fois par jour pendant 7 jours d'une solution moussante de chlorhexidine comme savon et comme shampoing
- Mesures d'hygiène corporelle, porter des vêtements propres, changer fréquemment le linge de toilette, non partage du linge
- Bains de bouche biquotidiens à la chlorhexidine (adulte et enfant à partir de 6 ans)



FURONCLES ET ANTHRAX

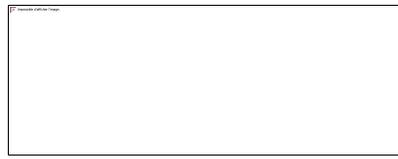
- **Définition** : infection profonde et nécrosante du follicule pilo-sébacé due à *Staphylococcus aureus* (SA).
- **Formes compliquées de furoncle**
 - Conglomérat de furoncles : anthrax
 - Multiplication des lésions
 - Abcédation secondaire
 - Fièvre
 - Apparition d'une dermo-hypodermite péri-lésionnelle





TRAITEMENT DU FURONCLE COMPLIQUÉ

- Antibiothérapie orale pendant 5j : clindamycine, 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P > 100 kg) ou pristinamycine 1g x 3 /j
Pas d'antibiothérapie locale
- 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



IMPETIGO

- Principalement dû à *S. aureus*, et parfois au *S. pyogenes*.

- **Clinique :**

- Formes communes :

- vésiculo-pustuleuse et secondairement croûteuse
- bulleuse surtout chez les enfants < 2 ans

- Formes graves

- Ecthyma (forme nécrotique creusante)
- Surface cutanée atteinte > 2 % de la surface corporelle totale chez l'adulte et 1% chez l'enfant (= surface d'une paume de la main)
- Nombre de lésions > 6
- Extension **rapide** des lésions





TRAITEMENT DE L'IMPETIGO GRAVE

- Antibiothérapie orale durant 7 jours, sans attendre les résultats du prélèvement

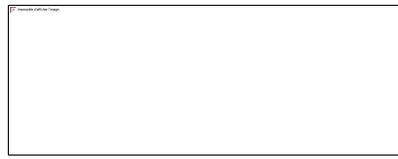
Adulte	<p>Pristinamycine per os : 1 g x 3 /j ou Céfalexine per os : 2 à 4 g/j</p> <p>A réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</p>
Enfant	<p>Amoxicilline/acide clavulanique : 80 mg/kg/j ou Céfadroxil : 100 mg/kg/j</p> <p>Allergie aux bêtalactamines: josamycine 50 mg/kg/j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



TRAITEMENT DE L'IMPETIGO GRAVE

Mesures complémentaires:

- Applications biquotidiennes de vaseline (après les soins de toilette)
- Pas d'antibiothérapie locale.
- Pas de nécessité de prendre en compte le SARM pour le traitement probabiliste de première intention d'un impétigo



ABCES CUTANES

Les abcès cutanés primaires sont le plus souvent dus à *S. aureus*.

- Prélèvement bactériologique du pus de l'abcès
- **Traitement**

– Incision/drainage

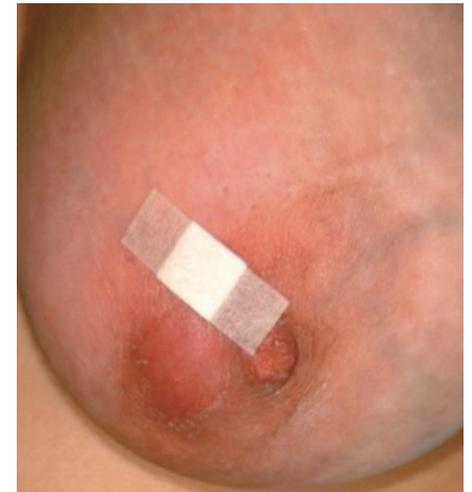
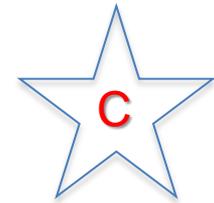
ET

– Antibiothérapie pendant **5 jours**

- **Clindamycine** PO/IV* : 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P > 100 kg)
- **Pristinamycine** 1g x 3 /j ou
- **Oxacilline ou cloxacilline** IV* : 6 à 12 g/jour ou
- **Céfazoline** IV* : 3 à 6 g/ jour

* non adapté au traitement en ambulatoire

- **Renforcement des mesures d'hygiène**



Étude, année, pays	Patients	Résultats	Conclusion	Niveau de preuve
Schmitz <i>et al.</i> , 2010 (286) États-Unis Urgences Inclusion entre 2007 et 2009	Critère de jugement : échec à J7. Critère secondaire : nouvelles lésions à J30. Abscesses simples chez des adultes en bonne santé Groupe TMP-SMX (160/800) x 2/j 7j et groupe placebo	Échec à J7 27/102 (26 %) groupe placebo 15/88 (17 %) groupe TMP-SMX Différence NS 212 patients randomisés	Pas de bénéfice de l'ATB pour la diminution du taux d'échec de guérison à J7 Tendance NS pour une diminution des nouvelles lésions à J30 (beaucoup de perdus de vue) Objectif était d'obtenir au moins 15 % de différence entre taux guérison avec ou sans ATB.	Essai clinique randomisé, multicentrique en double aveugle
Duong <i>et al.</i> , 2010 (260) États-Unis Urgences 2006 à 2008	Enfants de 3 à 18 ans sans comorbidités et température < 38,4°C Placebo contre TMP-SMX avec TMP 10-12 mg/kg en deux doses avec maximum 160 mg par dose	4 % d'échec avec les antibiotiques et 5 % sans les antibiotiques 161 patients	Pas de bénéfice de l'ATB Plus de nouvelles lésions à J10 dans le groupe placebo (26 % versus 13 %), mais pas de différence à 3 mois	Essai clinique randomisé, monocentrique en double aveugle
Rajendran <i>et al.</i> , 2007 (291) États-Unis Urgences 2004-2005	Adultes avec immunodépression (VIH, usagers de drogue, diabète, hépatites) Céphalexine 500 mg quatre fois par jour pour 7 jours.	84 % des patients guéris avec les antibiotiques et 91 % sans	Pas de bénéfice de l'antibiothérapie	Essai clinique randomisé, monocentrique en double aveugle
Daum <i>et al.</i> , 2017 (288) États-Unis 2009 – 2015 Urgences	Adultes et enfants avec des abcès de 5 cm ou moins (44,6 % avaient des abcès de 2 cm ou moins) Tous incision/drainage Groupe placebo, clindamycine 2x 150mg	786 patients Guérison à J10 de 83 et 82 % contre 69 % dans le groupe placebo avec p<0,001 pour les deux groupes	Bénéfice de l'antibiothérapie en traitement adjuvant de l'incision drainage dans les abcès de moins de 5 cm chez les adultes ou les enfants. Tendance diminution du risque de	Essai contrôlé randomisé en double aveugle, multicentrique, prospectif, randomisé.
	3/j et TMP-SMX 160/800 2/j pendant 10 jours.	Récidive à J30 < groupe clindamycine (7 %) que TMP-SMX (14 %) p=0,03 ou le groupe placebo 12 % p=0,06. Effets secondaires groupe clindamycine > (22 % des patients) avec des troubles essentiellement digestifs, mais aucun cas de <i>clostridium difficile</i> .	récidive de nouvelles lésions. Tendance de la clindamycine supérieure au TMP-SMX chez les enfants	
Talan <i>et al.</i> , 2016 (287) États-Unis 2009-2013 Urgences	Patients de 12 ans et plus avec abcès de plus de 2 cm de diamètre. TMP-SMX (320/1 600) deux fois par jour pendant 7 jours et groupe placebo	1 265 patients Le groupe TMP-SMX avait un meilleur taux de guérison à J7-14 jours que le placebo (81 % contre 74 % avec p=0,005).	Bénéfice de l'antibiothérapie en traitement adjuvant de l'incision drainage dans les abcès de plus de 2 cm chez les patients de plus de 12 ans.	Essai contrôlé randomisé en double aveugle, multicentrique, prospectif, randomisé.



Dermo-hypodermite bactériennes (DHB)

- Le diagnostic est clinique.
 - Apparition brutale d'un placard inflammatoire bien circonscrit associé à une fièvre
 - Rechercher une porte d'entrée cutanée loco-régionale (intertrigo interorteils,...)
- Délimiter au feutre les contours du placard inflammatoire ou réaliser une photographie.





Dermo-hypodermite bactériennes non nécrosantes (DHBNN)

- En l'absence de signes de gravité, pas d'examens complémentaires
- Etiologie microbienne
 - Adulte → *Streptococcus pyogenes*
 - Enfant → *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*
- Complications
 - Récidive (20 à 30% des cas)
 - Abcédation
 - Décompensation des comorbidités
 - Sepsis, choc septique, choc toxinique, bactériémie (très rares)



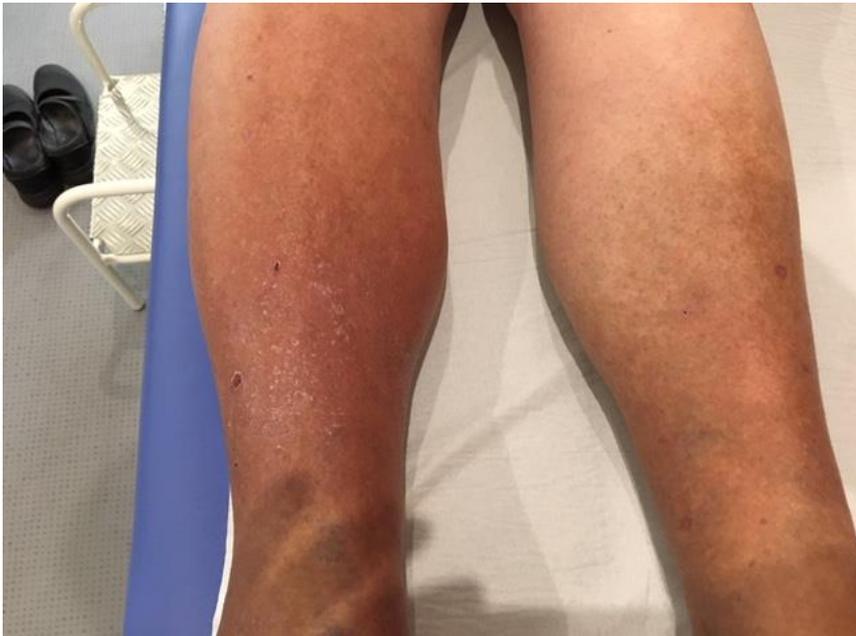
DHB

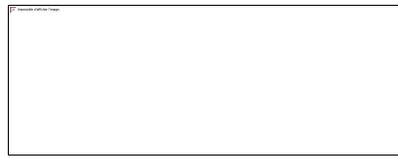
- **Diagnostic différentiel**

- Poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse : si atteinte des membres inférieurs, bilatérale et sans fièvre

- **Staphylococcie « maligne » de la face :**

- si localisation faciale et signes généraux importants





DHBNN

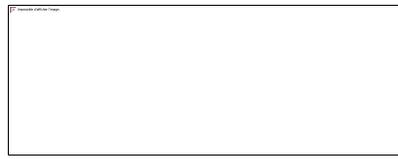
- **Critères d'hospitalisation:**

- En urgence si

- Si signes de gravité locaux ou généraux
- Risque de décompensation d'une comorbidité
- Obésité morbide (IMC > 40)
- Sujet âgé > 75 ans poly-pathologique
- Age inférieur à un an
- Risque de non-observance thérapeutique

- Secondairement si

- Evolution défavorable dans les 24 à 48h après l'instauration de l'antibiothérapie



DHBNN

- **Traitement**

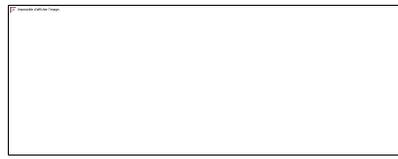
- Antibiothérapie orale : pendant 7 jours (voir tableau)
- **Pas** d'antibiothérapie locale
- **Pas** de corticoïdes ni d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- Si atteinte d'un membre : repos avec surélévation du membre atteint
- Contention veineuse dès l'amélioration de la douleur
- Vérification du statut vaccinal antitétanique
- En prévention des récurrences
 - Prise en charge des facteurs de risque (lymphœdème, porte d'entrée, obésité)
 - Antibio prophylaxie à discuter si facteurs de risque non contrôlables et après 2 épisodes dans l'année écoulée (uniquement chez l'adulte): durée en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence (voir tableau)



DHBNN

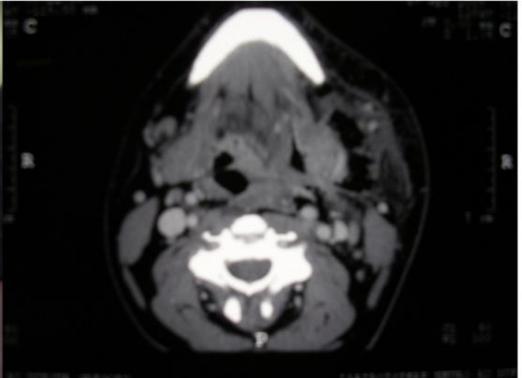
- Traitement curatif/Prévention antibiotique des récidives

Pathologie	Traitement antibiotique 1 ^o 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-triméthoprimé : 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 récurrence.



DHB

- Recherche de signes de gravité
 - Troubles de conscience, fréquence respiratoire ≥ 22 /minute et PAS ≤ 100 mmHg
 - Signes toxiques (voir définition diapositive suivante)
 - Extension rapide des signes locaux en quelques heures
 - **Douleur très intense, impotence fonctionnelle**
 - Autres signes locaux: lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, nécrose locale,
 - Aggravation des signes locaux dans les 24 h à 48 h malgré l'instauration d'une antibiothérapie adaptée



ORIGINAL



Patient's characteristics and outcomes in necrotising soft-tissue infections: results from a Scandinavian, multicentre, prospective cohort study

Martin Bruun Madsen^{1*}, Steinar Skrede^{2,3}, Anders Perner^{1,4}, Per Arnell⁵, Michael Nekludov⁶, Trond Bruun², Ylva Karlsson⁷, Marco Bo Hansen⁸, Peter Polzik⁸, Morten Hedetoft⁸, Anders Rosén⁵, Edoardo Saccenti⁹, François Bergey¹⁰, Vítor A. P. Martins dos Santos^{9,10}, INFECT study group, Anna Norrby-Teglund¹¹ and Ole Hyldegaard^{4,8}

Comorbidities ^b	
Chronic obstructive pulmonary disease	47 (11%)
Cardiovascular disease	169 (41%)
Diabetes, type I or II	98 (24%)
Chronic kidney disease	34 (8%)
Chronic liver disease	25 (6%)
Peripheral vascular disease	40 (10%)
Rheumatoid disease	27 (7%)
Chronic wound or other skin disease	42 (10%)
Varicella infection	1 (< 1%)
Active malignancy	33 (8%)
Metastatic carcinoma	8 (2%)
Haematologic cancer	12 (3%)
HIV positive	5 (1%)
Other immunodeficiency	12 (3%)
No comorbidities	122 (30%)

Surgical management ^a	
Estimated maximum skin defect during surgery (percent body surface) ^b	5 (2–10)
Number of operations during ICU admission at specialised hospital	4 (3–5)
Time from admission to surgery (h) ^c	19 (6–43)
Amputation (any body part) ^d	54 (13%)

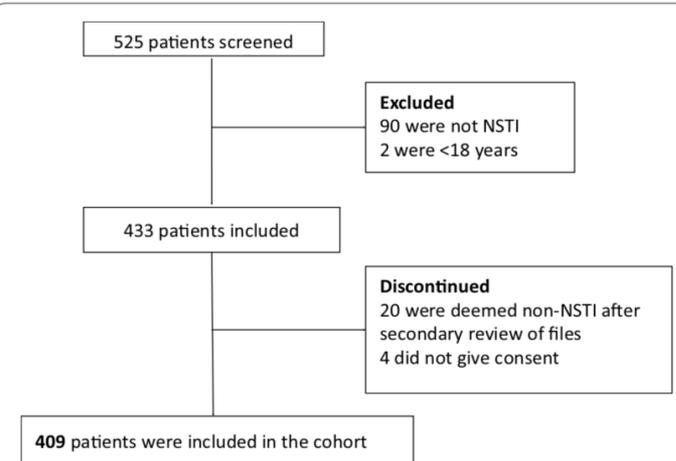


Fig. 1 Flow of patients. Patients with suspected necrotising soft-

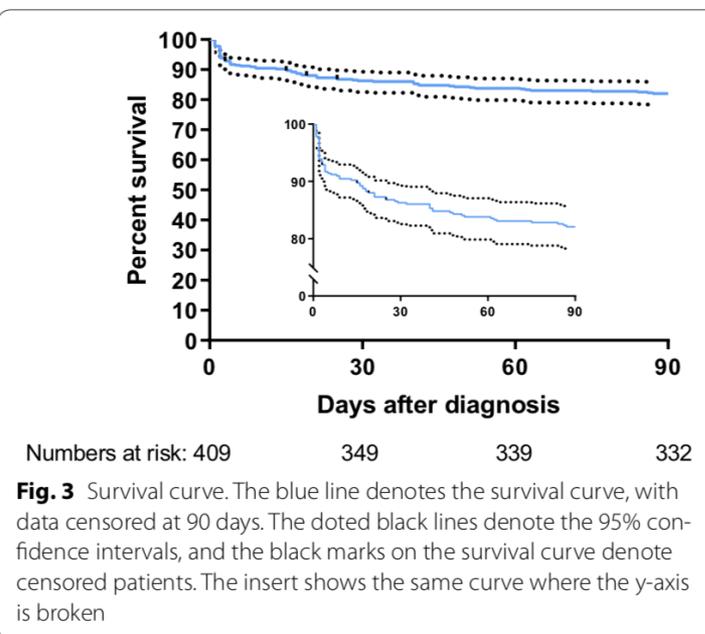


Fig. 3 Survival curve. The blue line denotes the survival curve, with data censored at 90 days. The dotted black lines denote the 95% confidence intervals, and the black marks on the survival curve denote censored patients. The insert shows the same curve where the y-axis is broken

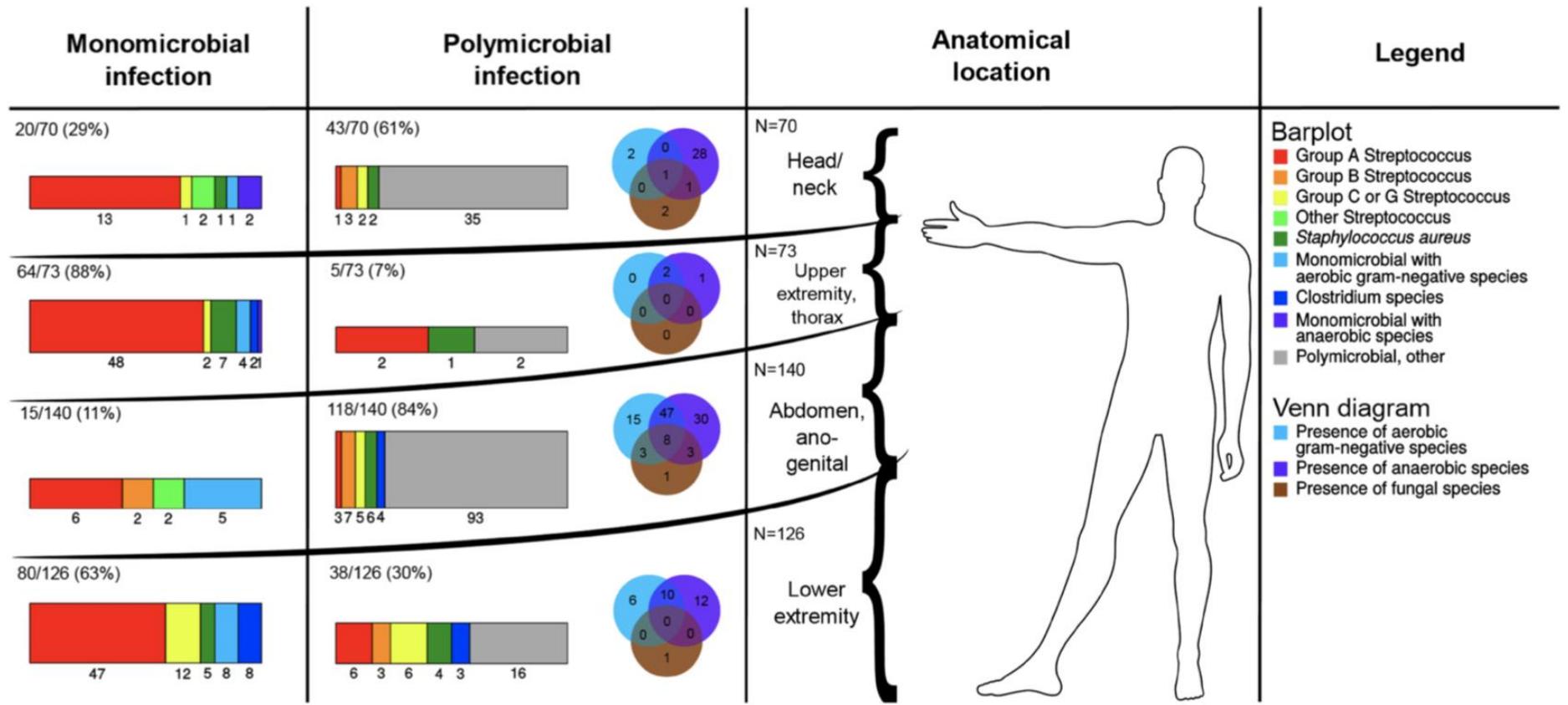


Fig. 2 Microbiological findings by affected body part. In 26 (6%) patients, no microbe was detected (7 patients with infection located to head/neck area, 4 in the upper extremities, 7 in the abdomen and ano-genital area, and 8 in the lower extremities). The square diagrams show the distribution of the microbiological agents found in monomicrobial and polymicrobial infections, separated by the body part affected. The size of the square represents the number of patients. The Venn diagrams show the distribution microbiological findings of aerobic Gram-negative species, anaerobic species, and fungal species in patients with polymicrobial infection

Prise en charge

- Proposition Antibioguide ATB Est : tt IV
 - Localisations cervicofaciales et membres :
 - Amoxicilline/ac clav 2g/8h + Clindamycine 600 mg /6h
 - Localisation à l'abdomen et périné :
 - Piperacilline/tazobactam 4g/8h + métrodinazole 500mg/8h +/- amikacine

