



EDITORIAL

Lire ou ne pas lire, appliquer ou pas ?

Ce numéro d'AntibioEst est intégralement consacré aux infections cutanées bactériennes courantes à l'occasion de la publication de la recommandation de la HAS de fev.19 (https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2911550/fr/prise-en-charge-des-infections-cutanees-bacteriennes-courantes). De la pathologie quotidienne et de belles occasions d'optimiser nos prescriptions d'antibiotiques.

Mais me direz-vous, pourquoi ré écrire la reco, inventer le fil à couper le beurre : il suffit de cliquer sur le lien ci-dessus !

Pour plein de bonnes raisons :

- Cette reco vous a peut-être échappé (la HAS ne brille pas par la qualité de sa communication !)
- Ou vous l'avez vue passer et vous vous êtes dit : je la lirai plus tard..., alors que vous ne sauriez manquer la lettre de votre réseau favori !

• Mais surtout :

AntibioEst n'est la courroie de transmission d'aucune autorité (la HAS par exemple), d'aucune société savante (la SPILF par exemple) ; AntibioEst garde son indépendance et son esprit critique vis à vis de toutes les publications, quelle que soit leur provenance. Et il est toujours intéressant de confronter une recommandation à d'autres sources documentaires de référence.

Et cette reco n'échappe pas à la règle : **nécessaire esprit critique AVANT lecture et lecture critique AVANT mise en œuvre.**

Les recommandations, il en pleut : d'excellentes à utiliser dans la pratique quotidienne et de médiocres, non pertinentes, de mauvaise qualité méthodologique voire truffées de conflits d'intérêt à surtout ne pas lire.

Et celle-ci : **Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes ?**

Elle est récente (fev.19), pertinente pour la pratique, et elle émane de la HAS : gage, a priori,

de qualité méthodologique et d'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

Elle bénéficie d'un partenariat avec des sociétés savantes qui apportent leur concours et fournissent des experts pour les groupes de travail et de lecture : la société française de dermatologie (SFD) et la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF). Le collège de la médecine générale a également été sollicité. Et tant le groupe de travail que le groupe de lecture comportent de nombreux professionnels de santé utilisateurs potentiels de cette reco et notamment de nombreux généralistes.

Elle a donc les qualités requises pour être lue et je vous y invite. Vous y redécouvrirez notamment l'intérêt des C1G comme anti staphylococciques. Vous jugerez ensuite si elle est susceptible de modifier votre pratique ce qui est bien évidemment sa mission essentielle.

Bonne lecture

Jacques Birgé,

médecin généraliste et vice-président d'AntibioEst

AntibioTél ?!

Le réseau AntibioEst a mis en place un numéro de conseil téléphonique destiné aux professionnels de santé libéraux de notre région. Il est tenu par des membres du réseau et référents en antibiothérapie pour répondre à toutes les questions concernant l'antibiothérapie.

Il fonctionne du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30 (hors jours fériés).

Un seul numéro d'appel

03 83 76 44 89

Ce numéro permet d'avoir accès par l'intermédiaire d'un secrétariat téléphonique à un médecin infectiologue, bénévole pour cette fonction.



IMPÉTIGO

Source : la recommandation de la HAS de fev.19 et la synthèse de la littérature de la revue Prescrire de Fev.18 : quelques différences, à la marge.

Petit rappel clinique et sémantique : vous connaissez tous cette dermatose vésiculo-pustuleuse et secondairement croûteuse (« mélicérique »), le plus souvent non bulleuse. Il s'agit avant tout d'une pathologie pédiatrique, très contagieuse, dont le pic d'incidence se situe entre 0 et 10 ans, avec une prédominance estivale.

L'ecthyma correspond à la forme chronique et creusante de l'impétigo laissant place à une cicatrice résiduelle après guérison.

Microbiologie

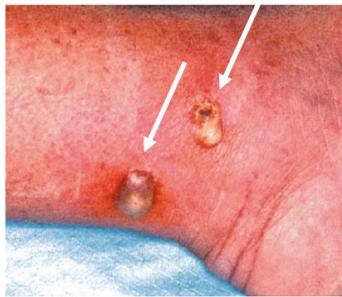
Staphylococcus aureus est le principal germe responsable d'impétigo en France et dans les pays développés. Le streptocoque (SGA) est identifié de façon plus anecdotique.

Eviction scolaire ?

Si lésions non protégées par pansement : 3 jours d'éviction après le début du traitement.

Le traitement : plusieurs petites révolutions

- **Avant tout, la toilette avec nettoyage** à l'eau et au savon suivi d'un rinçage soigneux, au moins une fois par jour
- **Pas d'antiseptiques locaux :** inefficaces et non sans danger (allergique, induction de bactéries multi résistantes et pollution de la nappe phréatique)
- **L'antibiothérapie locale (5 jours) :** la muciporine (mupiderm®) est le meilleur choix. Plus efficace que l'acide fusidique (fucidine®) et préserve l'efficacité de celle-ci qui reste indiquée par voie générale pour certaines staphylococcies sévères (ostéite...)
- **L'antibiothérapie par voie générale :** SANS antibiothérapie locale



- Une place très restreinte et mal évaluée, impérativement après prélèvements à visée bactériologique

- Uniquement si forme étendue (plus de 6 lésions et /ou plus de 2% de la surface corporelle totale), et /ou rapidement extensive ou grave (ecthyma)

- Maximum 7 jours

- Les 1^{ers} choix de la reco : toujours traitement local par vaseline +

• **Enfant :** amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®) 80 mg/kg/j ou cefradoxil (anciennement oracéfal) et si allergie vraie à la pénicilline : josamycine (josacine®) 50 mg/kg/j

• **Adulte :** pristinamycine (Pyostacine® ...) ou cefalexine (keforal®)

- Les 1^{ers} choix de Prescrire

• **Enfant :** cefalexine hors AMM (keforal®) ou cefaclor hors AMM (alfatil®) et si allergie : azithromycine (Zithromax®...)

• **Adulte :** cloxacilline (orbenine®).

Quelques commentaires personnels :

• le choix de la reco de l'amox-acide clav en 1^{ère} intention chez l'enfant est curieux compte tenu du risque d'émergence de bactéries multirésistantes (antibiotique dit critique selon l'ANSM) et alors qu'il existe des alternatives (C1G)

• Les divergences entre la Reco et Prescrire concernant le choix préférentiel de chacune des C1G est probablement le fait de la faiblesse de l'évaluation de l'antibiothérapie dans l'impétigo.

Pour la pratique, à retenir absolument : lavage à l'eau et au savon + la muciporine en traitement local ; exceptionnellement antibiothérapie par voie générale (après prélèvements) avec le retour des C1G en 1^{ère} intention quand indiquée.

Jacques Birgé, médecin généraliste et vice-président d'AntibioEst



FURONCLE

Le furoncle est une infection du follicule pilo-sébacé due au Staphylocoque doré qui évolue en 5 à 10 jours vers la nécrose et l'élimination du follicule pileux (bourbillon).

On distingue le furoncle isolé, du furoncle compliqué.

FORMES COMPLIQUÉES DE FURONCLE

- Conglomérat de furoncles : anthrax
- Multiplication des lésions
- Apparition d'une dermohypodermite péri-lésionnelle
- Abcédation secondaire
- Fièvre.

DIAGNOSTIC ET BILAN

Le diagnostic est avant tout clinique.

- Furoncle isolé : pas de prélèvement bactériologique
- Furoncle compliqué : prélèvement bactériologique du pus avant antibiothérapie
- Pas de recherche de la toxine LPV (leucocidine de Panton-Valentine).

TRAITEMENT

- **Furoncle isolé**
 - Pas de manipulation du furoncle
 - Soins de toilette quotidiens : lavage à l'eau et au savon
 - Incision de l'extrémité pour évacuer le bourbillon (si

furoncle volumineux)

- Protection de la lésion avec un pansement
- Pas d'antibiothérapie locale ou générale

• Furoncle compliqué

- Antibiothérapie orale par Clindamycine ou Pristinamycine pendant 5 jours (voir tableau)
- Pas d'antibiothérapie locale
- Mesures d'hygiène rigoureuses : changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours.

FURONCULOSE

C'est la répétition d'épisodes de furoncles pendant plusieurs mois, voire des années.

DIAGNOSTIC ET BILAN

- Prélèvement bactériologique d'un furoncle avant traitement
- Dépistage du portage de Staphylocoques au niveau des gîtes bactériens (nez, gorge, anus, périnée) après échec d'une première décolonisation des gîtes bactériens.

TRAITEMENT

- **Lors d'une poussée :**
 - antibiothérapie orale par Clindamycine ou Pristinamycine pendant 7 jours (voir tableau)
 - 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 ou en contact proche)

• Arrêt de travail en cas de profession comportant un contact avec des aliments.

PROTOCOLE DE DÉCOLONISATION

- Application nasale de pommade de mupirocine 2x/j pdt 7j
- Utilisation 1x/j pdt 7j d'une solution moussante de chlorhexidine comme savon et comme shampoing
- Changer fréquemment le linge de toilette et tous les vêtements
- Bains de bouche biquotidiens à la chlorhexidine (adulte et enfant > 6 ans)

Pr Thierry May,

service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHRU de Nancy

Adhérez à ANTIBIOEST Rejoignez-nous !

En complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre.

Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioEst ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiologie.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.

Bulletin d'adhésion 2019

À glisser dans une enveloppe accompagné de votre règlement

Je souhaite adhérer à l'Association du Centre de Conseil en Antibiothérapie du Grand Est

J'adresse ci-joint ma cotisation pour l'année 2019

Montant : (cochez la case correspondante)

- 600 € pour les CHU/CHR
- 300 € pour les CHG/ESPIC/Cliniques
- 150 € pour les Moyen Long Séjour/Retraite médicalisée
- 300 € pour les Associations professionnelles
- 15 € en adhésion individuelle

À retourner à :

ANTIBIOEST

Mme Christine Barthélemy
Secrétariat du réseau AntibioEst - Maladies infectieuses
Bâtiment des spécialités médicales Philippe CANTON
Hôpitaux de Brabois - Rue du Morvan
54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY





Gangrène de Fournier



DHBN à SGA



FASCIITE NÉCROSANTE ? C'est une urgence, faites le 15 !

Les dermohypodermite bactériennes nécrosantes et les fasciites nécrosantes (DHBN, FN) sont des infections nécrosantes du derme et de l'hypoderme pouvant atteindre le muscle. Leur évolution est souvent fulminante, met en jeu le pronostic vital et leur mortalité est de l'ordre de 30%. Il s'agit d'une urgence **médico-chirurgicale**.

Le terme d'infection nécrosante des tissus mous (necrotizing soft tissue infections), a été récemment proposé pour regrouper sous le même terme l'ensemble des infections nécrosantes sous-cutanées : fasciite nécrosante, gangrène de Fournier, gangrène synergistique, gangrène gazeuse, myonécrose.

Il est habituel de classer les FN selon leur localisation anatomique et leur étiologie microbienne :

- type I : FN polymicrobienne, affectant le tronc et le périnée (gangrène de Fournier) ;
- type II : FN monomicrobienne, affectant les extrémités, souvent liées à un streptocoque pyogène ;
- type III : FN causée par *Vibrio vulnificus*.

Le diagnostic au stade précoce est difficile car les symptômes sont les

mêmes que ceux des DHBNN. Au-delà des lésions apparentes, c'est l'intensité de la douleur, spontanée et majorée à la palpation, qui doit alerter, en particulier en cas de diabète, d'obésité ou d'insuffisance rénale, qui sont les 3 principaux facteurs de risque de mortalité liés au terrain.

Il faut suspecter le diagnostic de FN devant une dermohypodermite présentant les caractéristiques cliniques suivantes :

- signes généraux de sepsis (troubles de conscience, fréquence respiratoire > 22/minute, pression artérielle systolique < 100mmHg) ;
- douleur particulièrement intense, discordante avec les signes locaux ;
- signes locaux de gravité : lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée, zones d'hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant la zone inflammatoire, nécrose locale ;
- extension rapide des signes locaux en quelques heures ;
- aggravation des signes locaux malgré une antibiothérapie adaptée.

Pour le médecin de première ligne, la conduite à tenir en cas de suspicion de FN est d'appeler le 15 pour une prise en charge hospitalière qui associe réanimation, antibiothérapie et excision chirurgicale des tissus nécrosés et doit être mise en œuvre sans retard.

Pr Bruno Hoen,

chef de service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHRU de Nancy



DERMOHYPODERMITE BACTÉRIENNE NON NÉCROSANTE (DHBNN)

Le terme « érysipèle », correspondant à une dermo-hypodermite non nécrosante d'origine streptococcique, n'est plus utilisé.

LES ÉTIOLOGIES MICROBIENNES SONT :

- Adulte à *Streptococcus pyogenes*
- Enfant à *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*.

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
- En l'absence de signes de gravité, pas d'examens complémentaires nécessaires.

LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS SONT :

- Pousse 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.

LES CRITÈRES D'HOSPITALISATION SONT :

- Signes de gravité septique
- Signes de gravité locaux :
 - extension rapide des signes locaux en quelques heures
 - Douleur très intense, impotence fonctionnelle
 - Lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée, hypo ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, nécrose locale.
- 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
- Evolution défavorable dans les 24 à 48h après l'instauration de l'antibiothérapie.

LE TRAITEMENT COMPORTE :

- Antibiothérapie orale : pendant 7 jours (voir tableau)
- Pas d'antibiothérapie locale
- Pas de corticoïdes ni d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en adjuvant
- Si atteinte d'un membre : repos avec surélévation du membre atteint
- Contention veineuse dès l'amélioration de la douleur
- Vaccination antitétanique
- En prévention des récidives :
 - prise en charge des facteurs de risque (lymphœdème, porte d'entrée, obésité)
 - Antibio prophylaxie (voir tableau) 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.

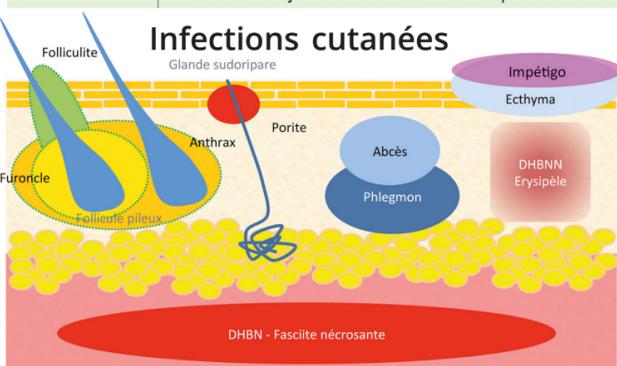
Pr Christophe Strady,

Groupe Courlancy Reims



RECOMMANDATIONS POUR L'ANTIBIOTHERAPIE DES INFECTIONS CUTANÉES BACTÉRIENNES COURANTES (prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes, février 2019, HAS-SPLIF-SFD)

Pathologie	Antibiothérapie 1 ^{ère} intention	Si allergie aux pénicillines	Durée de traitement
DHBNN adulte	Amoxicilline : 50 mg/kg/j en trois prises avec un maximum de 6 g/j	Pristinamycine : 1 g x 3/j ou Clindamycine : 1,8 g/j en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/j si poids > 100 kg	7 jours
DHBNN enfant	Amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/j d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/j)	Clindamycine : 40 mg/kg/j en 3 prises/j (enfants > 6 ans) Sulfaméthoxazole-triméthoprime : 30 mg/kg/j (exprimé en sulfa-méthoxazole) en 3 prises/j (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans)	7 jours
DHBNN adulte après morsure	Amoxicilline-acide clavulanique : 50 mg/kg/j d'amoxicilline sans dépasser 6 g/j, et sans dépasser 375 mg/j d'acide clavulanique	Avis secondaire (spécialiste hospitalier)	7 jours
DHBNN adulte antibio-prophylaxie	Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard) : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines Pénicilline V (phénoxyéthylpénicilline) : 1 à 2 millions UI/j selon le poids en 2 prises	Azithromycine : 250 mg/j	À évaluer en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence.
Furoncle compliqué	Clindamycine : 1,8 g/j en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/j si poids > 100 kg Pristinamycine : 1 g x 3/j	Idem	5 jours
Furonculose	Idem furoncle compliqué	Idem	7 jours
Abcès cutanés	Clindamycine per os/IV : 1,8 g/j en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/j si poids > 100 kg Pristinamycine per os : 1 g x 3/j Oxacilline ou cloxacilline IV : 6 à 12 g/j Céfazoline IV : 3 à 6 g/j	Idem (sauf oxacilline/cloxacilline et céfazoline)	5 jours
Formes graves impétigo adulte	Pristinamycine per os : 1 g x 3/j Céfalexine per os : 2 à 4 g/j À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques	Pristinamycine per os : 1 g x 3/j	7 jours
Formes graves impétigo enfant	Amoxicilline/acide clavulanique : 80 mg/kg/j Céfadroxil : 100 mg/kg/j À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques	Josamycine : 50 mg/kg/j	7 jours



Inscrivez-vous à notre newsletter via notre site internet :
www.antibioest.org
↳ Bon usage
↳ Recevoir nos documents
Et suivez-nous sur notre compte Twitter :
[@antibioest](https://twitter.com/antibioest)

La lettre du réseau d'antibiologie Grand Est
ANTIBIOESTinfos
www.antibiolor.org

Directeur de la publication : Christian RABAUD
Conception graphique : Youpositif
Mise en page : Daniel Fernandes
Impression : Lorraine graphic
Ce numéro a été tiré à 11 000 exemplaires
ISSN 2649-8480

Je soussigné(e)
M - Mme
(rayer la mention inutile)

NOM : Prénom :
Fonction : Spécialité :
Adresse professionnelle :

Le cas échéant représentant :

N° de téléphone : E-mail :@.....
NOM de l'établissement ou de l'association :
Adresse de l'Etablissement ou de l'Association :

Je règle ma cotisation :

par Chèque bancaire ou postal Virement bancaire Mandat administratif

IBAN : FR76 1470 7034 0032 2212 2429 114 - BIC : CCBPFRPPMTZ

Banque : Ville ou centre :

N° du chèque Libellé au nom de «Association AntibioEst»

Je désire recevoir un reçu de ma cotisation Date :/...../..... Signature

oui non