

# Furonculose récidivante : comment s'en sortir ?

David Boutoille

Maladies Infectieuses et tropicales – CHU de Nantes

- **Absence de lien d'intérêt à déclarer pour cette présentation.**

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



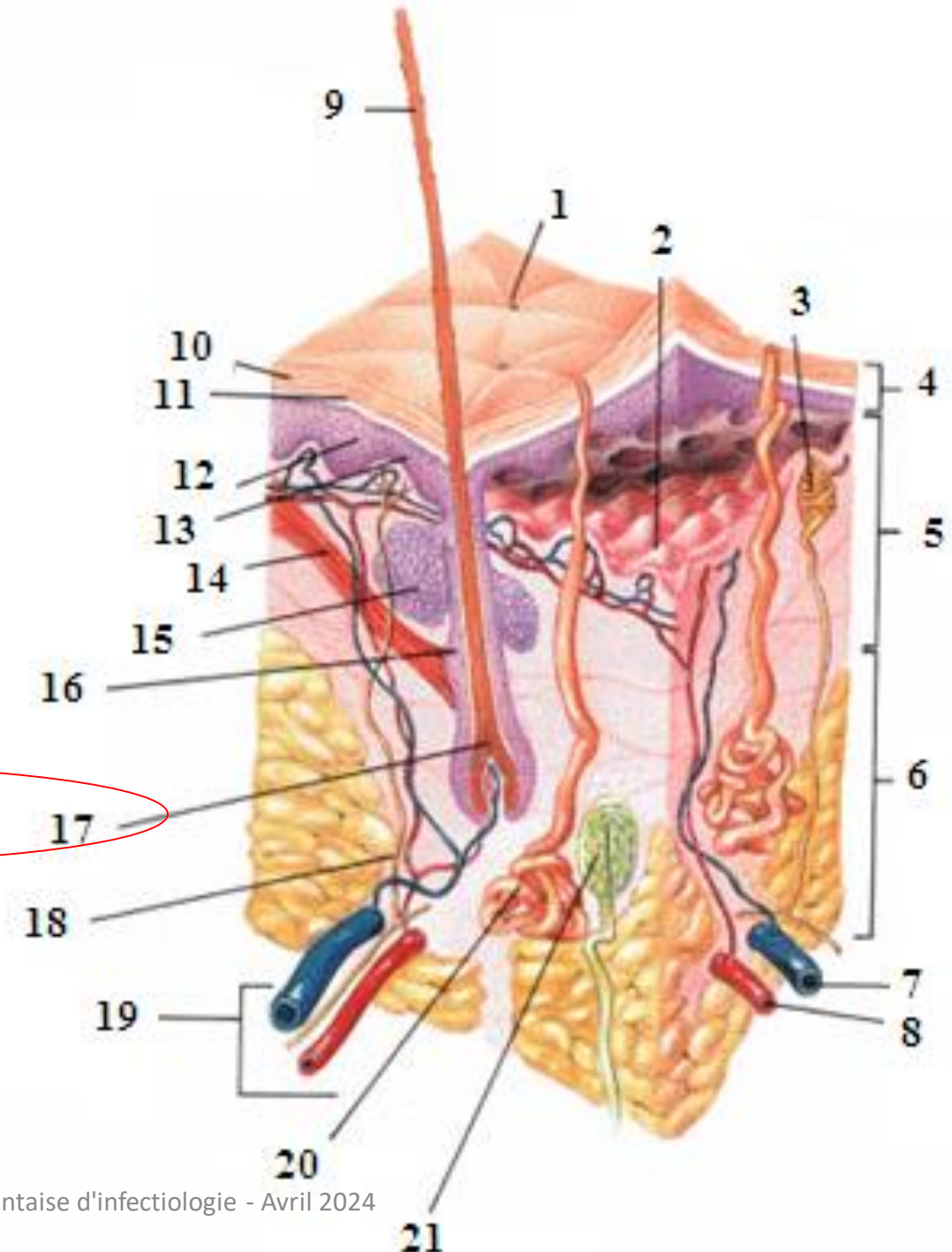
**SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE**

# Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Février 2019

# Furoncles et furonculose

Follicule pilo-sébacé



# Définition

- **Furoncle** : folliculite profonde et nécrosante du follicule pilo-sébacé, aboutissant à la nécrose et l'élimination du follicule pileux.
- **Uniquement *S. aureus*** (exotoxine staphylococcique : leucocidine)

# Furonculose

Répétition de furoncles sur plusieurs mois voire plusieurs années, avec lésions souvent multiples, évoluant volontiers vers l'abcédation.

Formes chroniques et récidivantes liées à une toxine particulière : **la leucocidine de Panton-Valentine**



# A propos d'une épidémie...

## L'action se déroule à Nantes...dans l'un des quartiers les plus chics



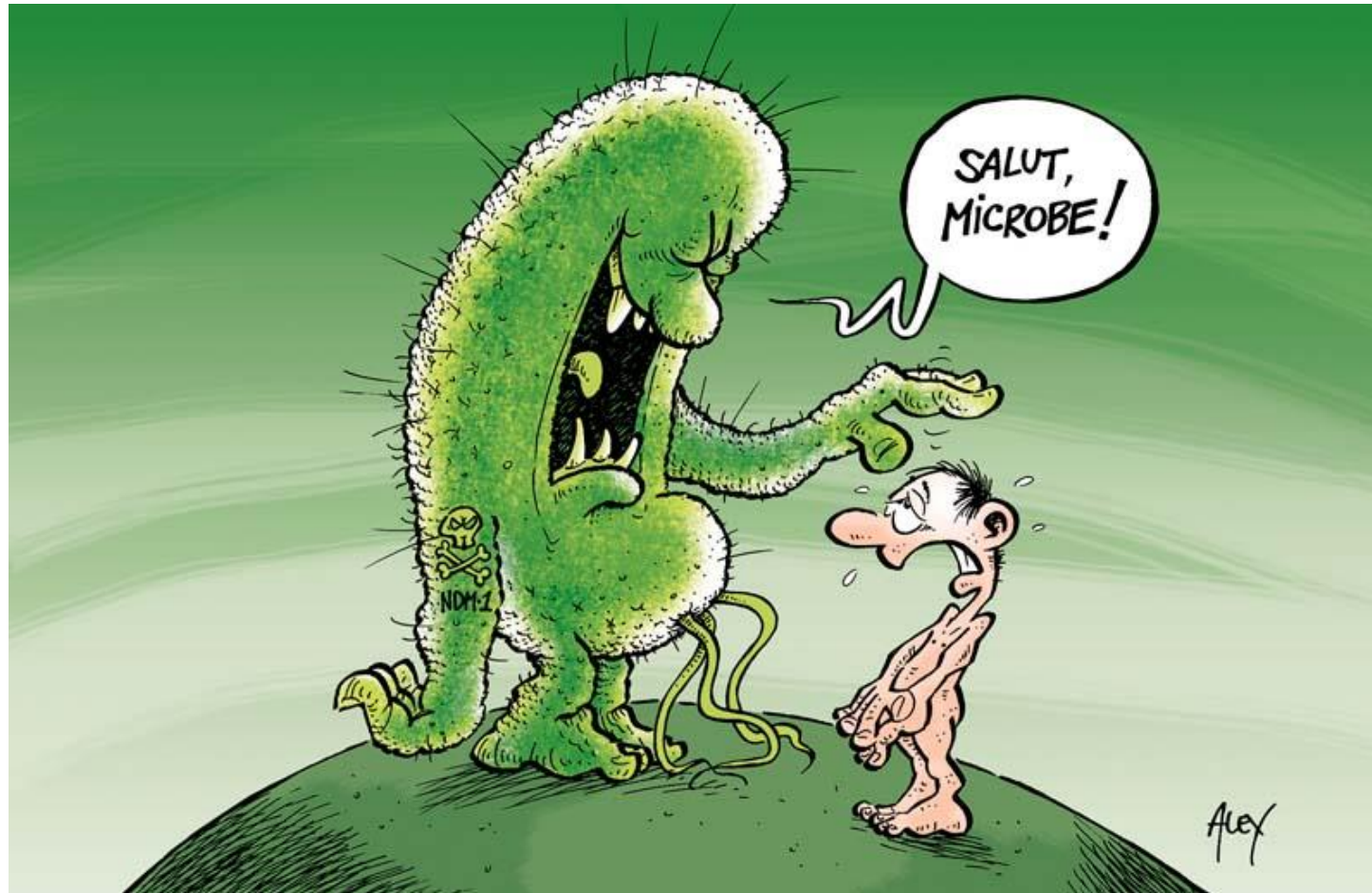




## Maison d'arrêt de Nantes

Journée nantaise d'infectiologie - Avril 2024

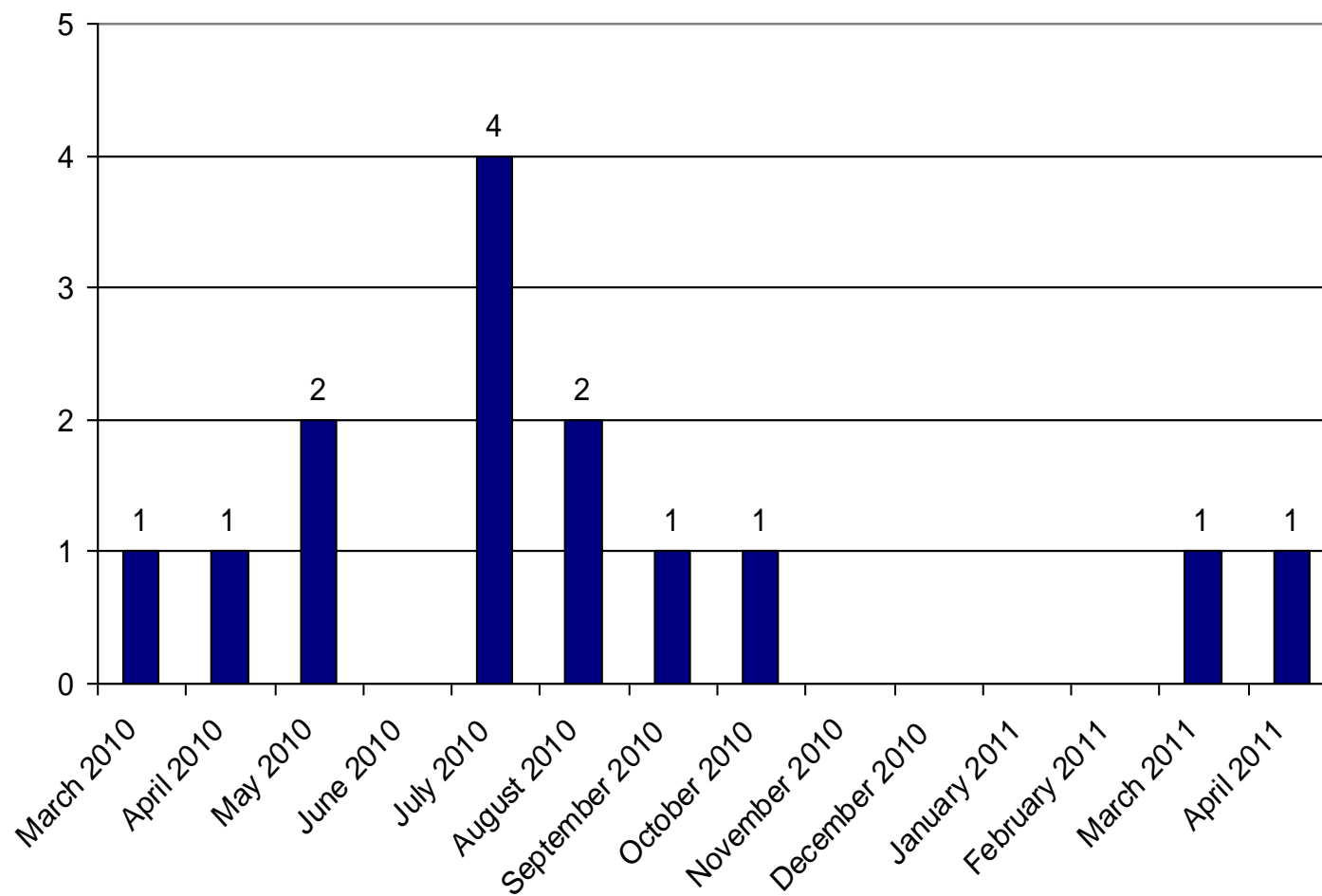
# Les acteurs : des durs, des tatoués...



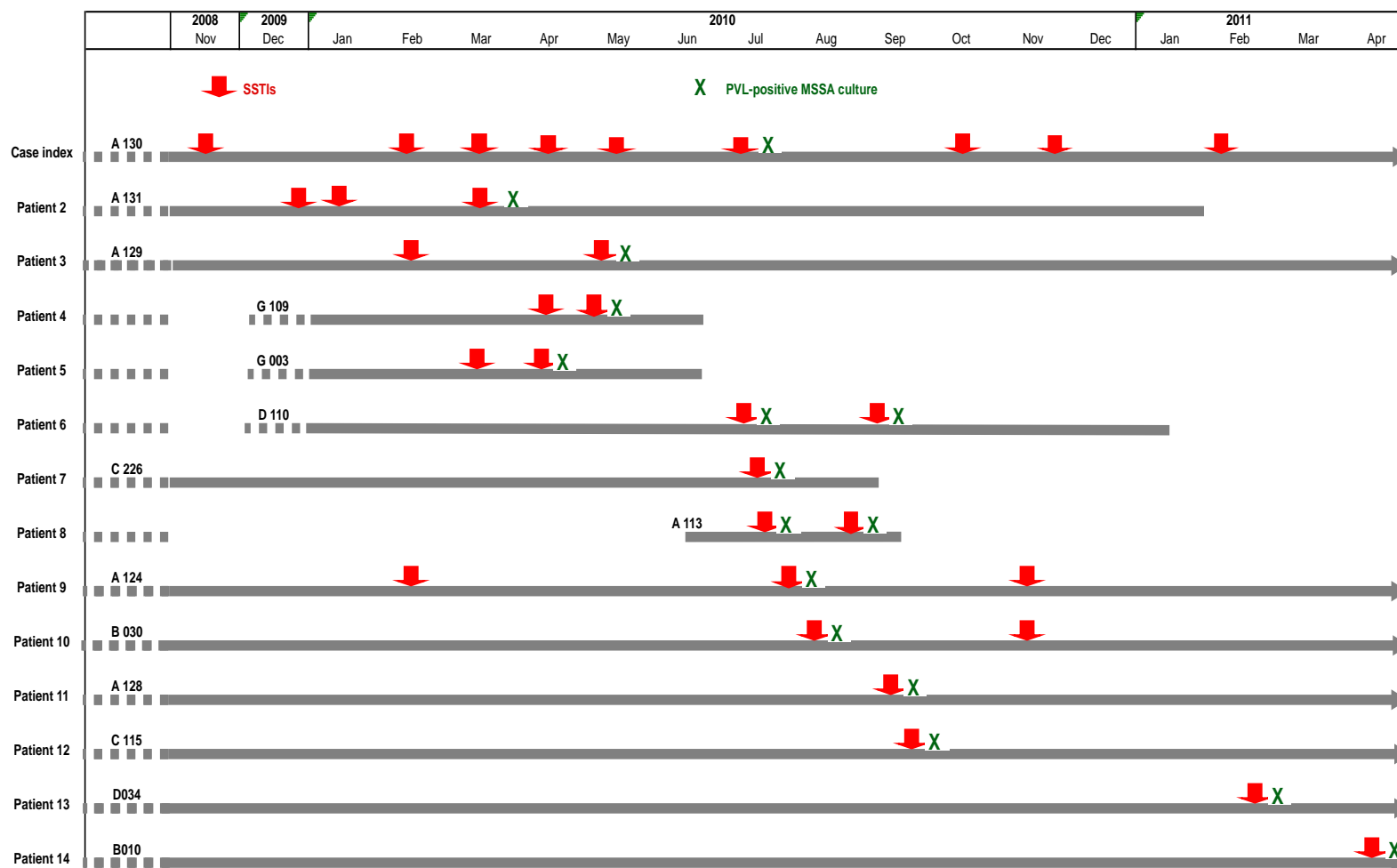
# A propos d'une épidémie...

- **Mai 2010 :**
- Détenu maison d'arrêt de Nantes.
- Abscès cutanés multiples, dont plusieurs ont nécessité une mise à plat chirurgicale.
- **Puis 6 cas supplémentaires entre mai et juillet.**

# Répartition chronologique des cas

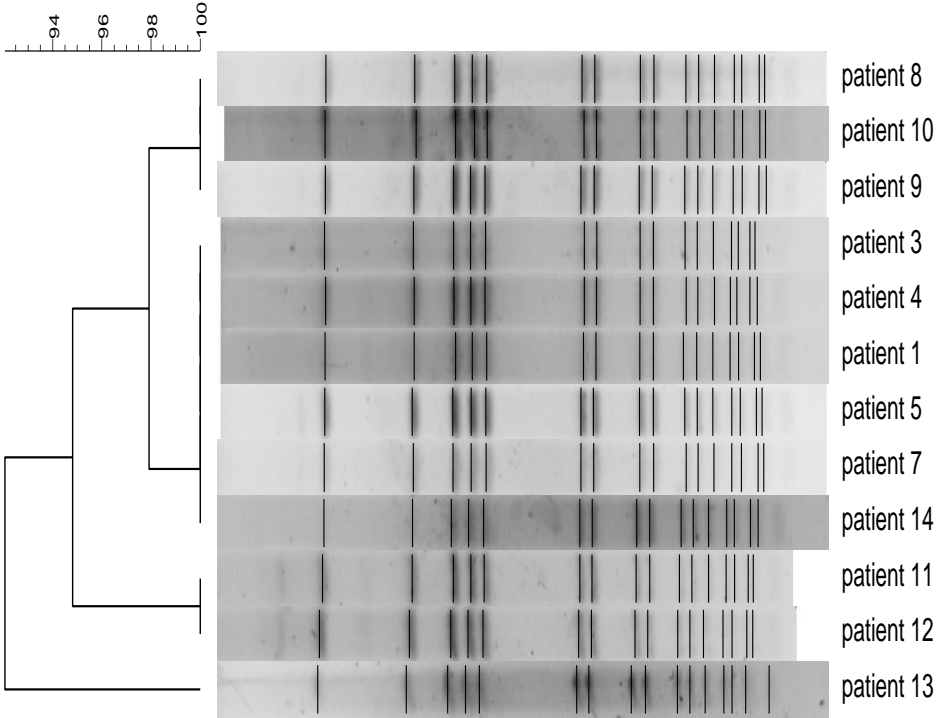


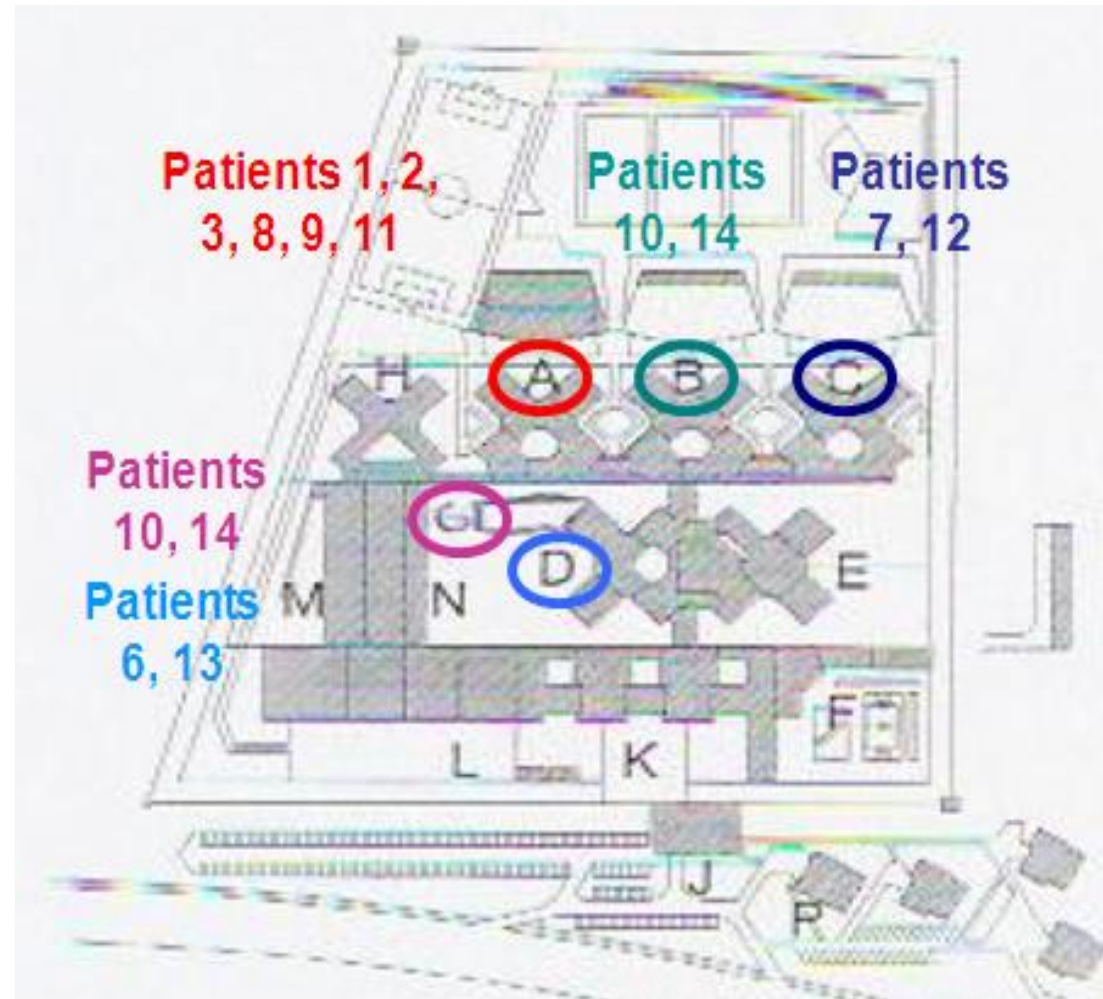
# Episodes d'infections cutanées par patient



- Chez tous ces patients : **SASM porteur de toxine de Panton-Valentine.**
- Facteurs de risque :
  - Tatouage : 43 %
  - Rasage corporel : 29 %
  - Echanges d'effets de toilette

# Analyse moléculaire des cas







# Conduite thérapeutique

- Traitement des infections.
- Décontamination.
- Réunions médicales auprès des détenus.
- Limitation des pratiques à risque.

# A High-Morbidity Outbreak of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* among Players on a College Football Team, Facilitated by Cosmetic Body Shaving and Turf Burns

Elizabeth M. Begier,<sup>1,4</sup> Kasia Frenette,<sup>1</sup> Nancy L. Barrett,<sup>1,2</sup> Pat Mshar,<sup>1</sup> Susan Petit,<sup>1,2</sup> Dave J. Boxrud,<sup>5</sup> Kellie Watkins-Colwell,<sup>3</sup> Sheila Wheeler,<sup>3</sup> Elizabeth A. Cebelinski,<sup>5</sup> Anita Glennen,<sup>5</sup> Dao Nguyen,<sup>4,6</sup> James L. Hadler,<sup>1</sup> and the Connecticut Bioterrorism Field Epidemiology Response Team<sup>a</sup>

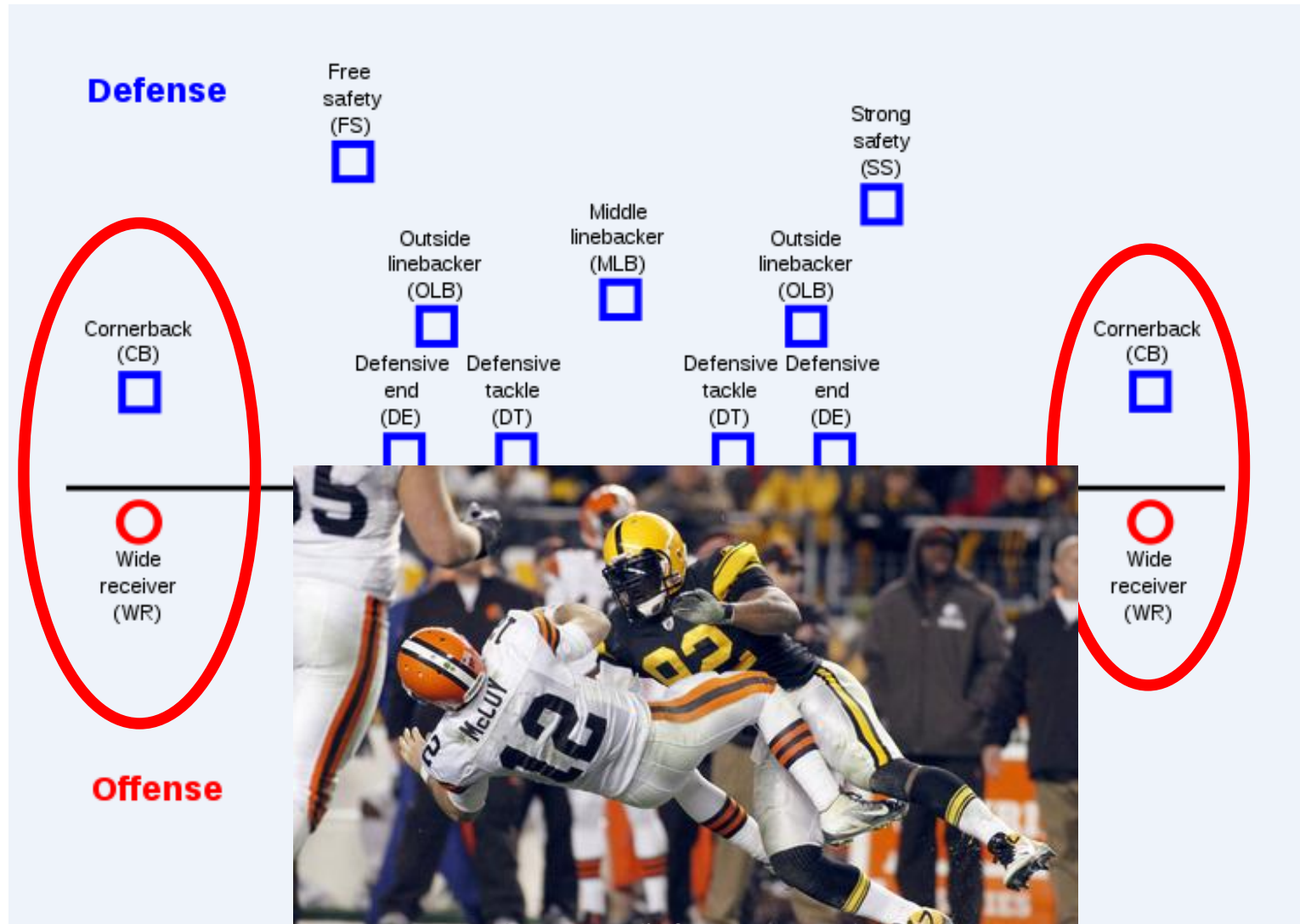


**Clinical Infectious Diseases** 2004;39:1446–53

© 2004 by the Infectious Diseases Society of America. All rights reserved.

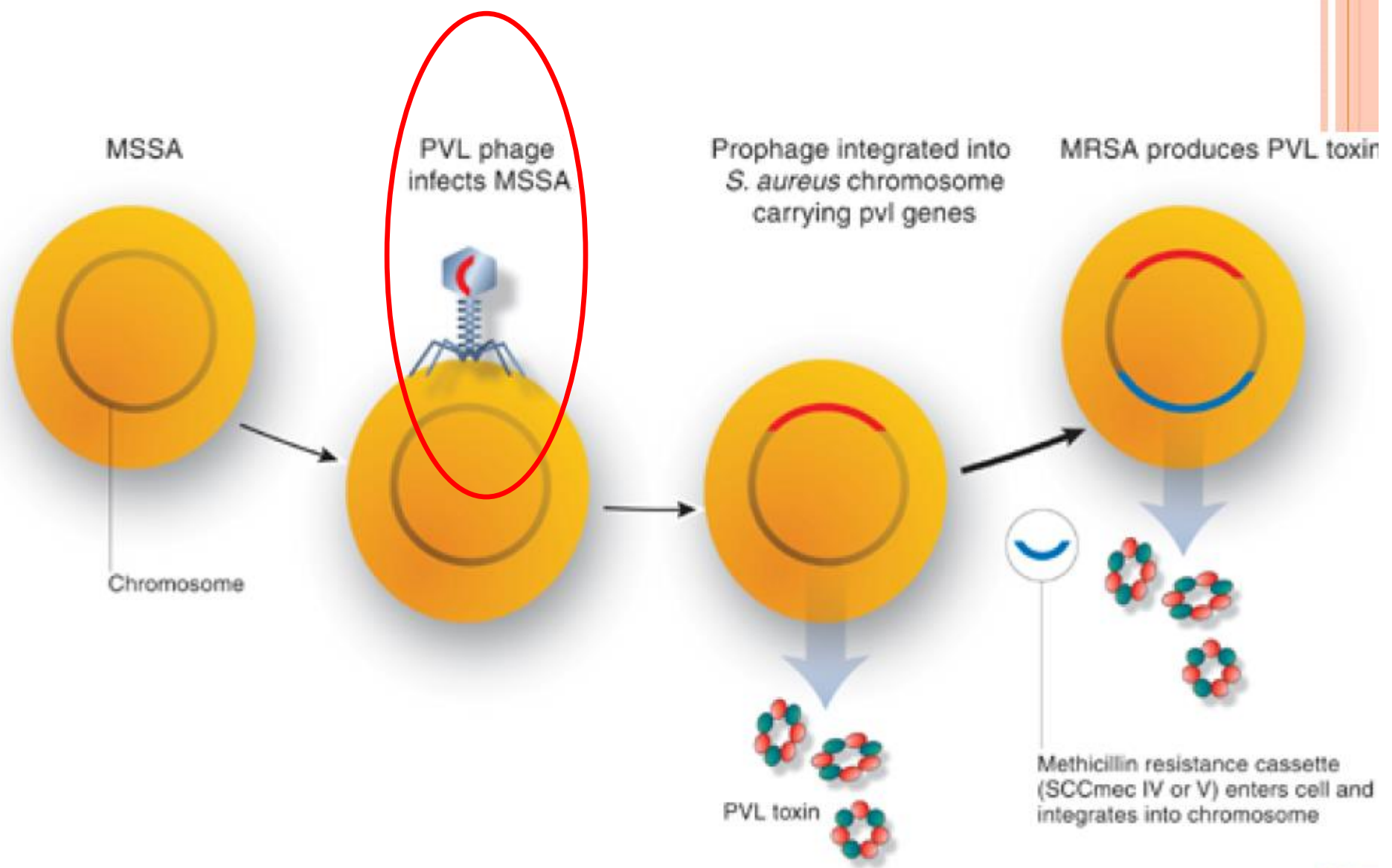
- Ligue de football du Connecticut.
- 10 joueurs (sur 100) : lésions cutanées à SARM (clone USA-300), porteur de toxine de Panton-Valentine.
- Facteurs de risque :
  - Position sur le terrain : cornerbacks RR 17,5  
wide receivers RR 11,7
  - Abrasions cutanées RR 7,2
  - Rasage corporel RR 6,1
  - Bain bouillonnant du club RR 12,2

# Position des joueurs de football américain



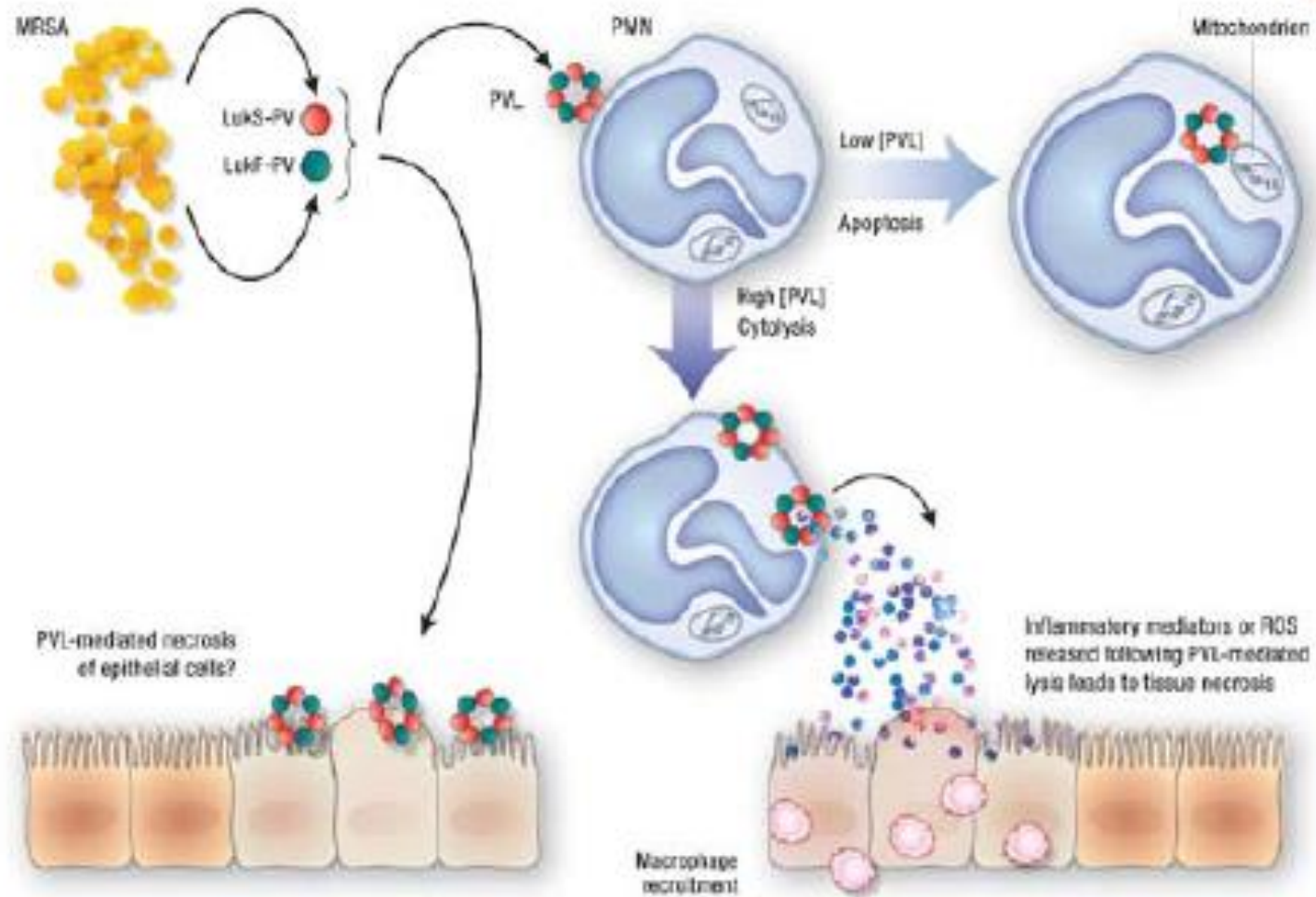
# Leucocidine de Panton-Valentine

- Toxine nécrosante
- Première description : 1894.
- Publication princeps : 1932.

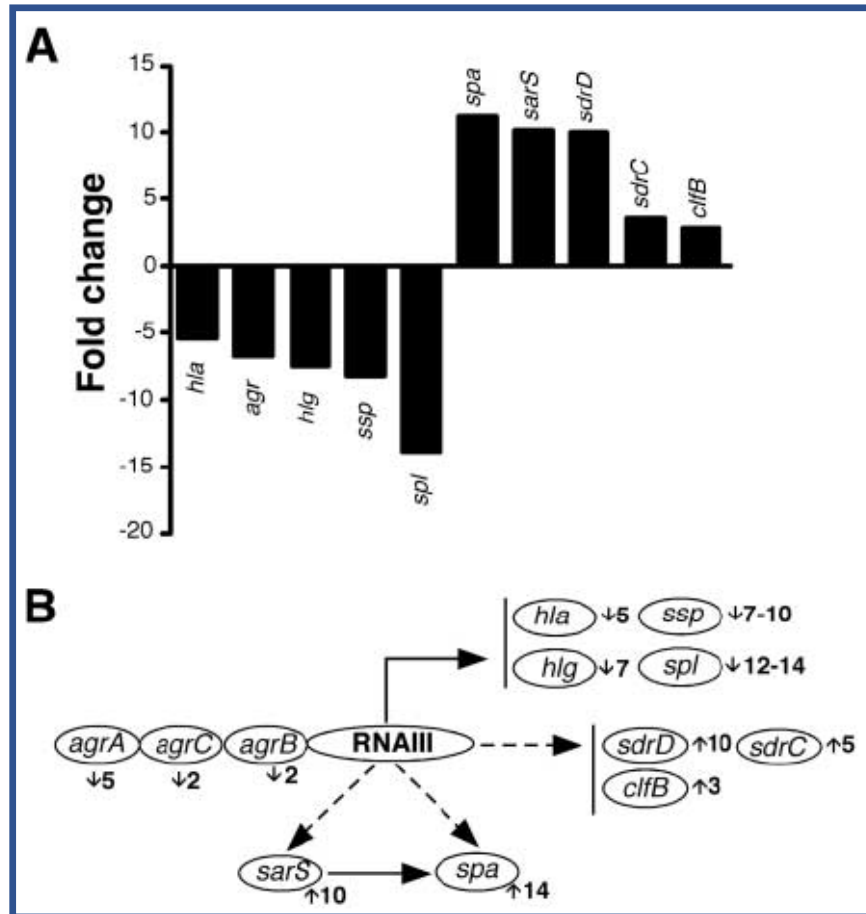


# Action pro-inflammatoire

Leucocidine de Panton-Valentine (PVL) = 'Signature' SARMco



# Action sur la contagiosité



Labandeira-Rey M *et al.*  
Science 2007;315:1130-3

- PVL régule à la hausse la synthèse de la protéine staphylococcique A.
- Rôle majeur dans l'attachement de *S. aureus* aux épithélia => **contagiosité +++**



# Dans la population générale

- Portage nasal de *S. aureus* dans la population générale = 30 %.

Wertheim HF *et al.* Lancet Infect Dis 2005;5:751-62

- 5 % des *S. aureus* sont porteurs de PVL.

# Furonculose

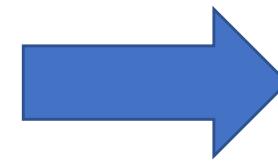
- 90 % des cas sont liés à des souches de *S. aureus* porteuses d'une toxine de Panton-Valentine
- Contagiosité +++

## Diagnostic différentiel

- Hidradénite suppurée (maladie de Verneuil) : caractérisée par des nodules et des abcès se localisant aux plis axillaires ou sous-mammaires, au pubis et à la région périnéo-fessière, associés à des comédons et laissant des cicatrices hypertrophiques.
- Folliculite profonde d'une autre cause microbienne : à discuter en fonction du résultat des prélèvements bactériologiques.
- Acné : topographie des lésions (visage et dos) et polymorphisme lésionnel (association à des kystes, comédons et papulo-pustules).



Source : dermatos.fr



**Dermatologue**

# Furoncles : traitement antibiotique

- **Réservé :**

- aux localisations à risque (centrofaciale)
- aux terrains à risque : diabète, immunodépression
- à l'anthrax et aux **furoncles multiples**.
- Si signes généraux associés (chercher complication +++)

Pathologie	Traitement antibiotique 1 <sup>re</sup> intention	Si allergie à la pénicilline	Durée du TTT
<b>Furoncle compliqué</b>	<b>Clindamycine</b> : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg <b>Pristinamycine</b> : 1 g x 3 /jour	<i>Idem</i>	5 jours

# Bilan général ? (rarement positif)

- Recherche d'un terrain favorisant (diabète, immunodépression, carence martiale)
  - NFS
  - Ferritine
  - Glycémie à jeun
  - Sérologie VIH
  - Électrophorèse des protéines sanguines

# Traitement de la furonculose

**AE**

Le traitement recommandé comporte :

Lors d'une poussée :

- le renforcement des mesures d'hygiène et la protection des lésions par pansement ;
- des douches antiseptiques avec une solution moussante de chlorhexidine comme savon et comme shampoing (une fois par jour pendant 7 jours) ;
- une antibiothérapie orale anti-staphylococcique (pristinamycine ou clindamycine) pendant 7 jours (cf. tableau 1).

Après guérison de la poussée :

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

## 5.2 Bilan bactériologique

**AE**

Le bilan bactériologique concerne le furoncle et les gîtes bactériens/réservoirs de SA.

Il est recommandé de pratiquer un prélèvement bactériologique d'un furoncle (pus) avant de débuter le traitement antibiotique curatif.

Il est recommandé de 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.

En présence de cas groupés ( $\geq$  deux cas dans un même foyer ou une même collectivité), se référer aux recommandations du HCSP de 2014.

**AE**

Il n'est pas recommandé de réaliser une décolonisation nasale par mupirocine, sans appliquer les autres mesures de décolonisation et d'hygiène.

Il n'est pas recommandé de prescrire une antibiothérapie générale pour réaliser une décolonisation.



# Règles d'hygiène

- Pas de manipulations intempestives
- Douches quotidiennes
- Vêtements propres quotidiens
- Eviter le rasage
- Eviter les sous-vêtements synthétiques (atteintes périnéales ou fessières)
- Eviter les vêtements trop serrés en cas d'atteintes de zones de frottement (cuisse, ...)
- Protéger le furoncle par un pansement
- Lavage à l'eau et au savon tous les jours
- Antiseptiques locaux
- Incision de l'extrémité du furoncle en cas de taille trop importante
- Effets de toilettes personnels (contagiosité +++)

# Furonculose : protocole de décolonisation

Le protocole de décolonisation établi dans les **recommandations sur la prise en charge et la prévention des infections cutanées liées aux souches de SARM-Co (HCSP 2014 )<sup>3</sup>** est applicable également aux souches sensibles à la méticilline et comprend notamment :

- 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 associées d'hygiène des mains (lavage des mains, ongles courts et propres) et d'hygiène corporelle (douche quotidienne, vêtements propres, changer fréquemment le linge de toilette et les draps) ;
- 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).

**Intérêt de répéter ce protocole ?**

# Furonculose et abcès sous-cutanés récidivants : facteurs de risque et efficacité de la décontamination

BACT - 14

J. BROCHARD<sup>1</sup>, O. GROSSI<sup>2</sup>, T. GUIMARD<sup>3</sup>, J-P. TALARMIN<sup>4</sup>, J. ORAIN<sup>1</sup>, F. RAFFI<sup>1</sup>, D. BOUTOILLE<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de maladies infectieuses - CHU Nantes

<sup>2</sup> Service de maladies infectieuses - Nouvelles cliniques nantaises, Nantes

<sup>3</sup> Service de maladies infectieuses – CHD La Roche sur Yon

<sup>4</sup> Service de maladies infectieuses – CH Quimper



## Population

- 4 centres hospitaliers
- 15 praticiens
- **72 patients inclus**
- **58 patients réévalués à 6 mois**
- **53 patients réévalués à 12 mois**
  
- Age moyen : 36 ans [1 ; 77]
- Sexe féminin : 55% (n=40)
- 30 mois en moyenne d'évolution [1 ; 432], médiane à 12 mois
- En moyenne 6 épisodes/an [1 ; 50], médiane à 4 épisodes/an
- En moyenne 2 lésions par épisode [1 ; 10]

### Prise en charge proposée

- Décontamination complète (3 sites) : 92% (n= 66)
- Décontamination de l'entourage : 55% (n=40)
  
- Arrêt du rasage : 55% (n=40)
- Utilisation de SHA : 81% (n=58)
- Linge de toilette personnel : 93% (n=67)
- Linge de maison lavé à 60° : 89% (n=64)

### Réévaluation à 6 mois

- 58 patients réévalués
- **46% de récurrence (n=27)**
- Nombre moyen de récurrences : 2 [1 ; 5]
- Nouvelle antibiothérapie systémique : 55% (n=15)
- Nouvelle décontamination : 66% (n=18), 5 décontaminations multiples

### Réévaluation à 12 mois

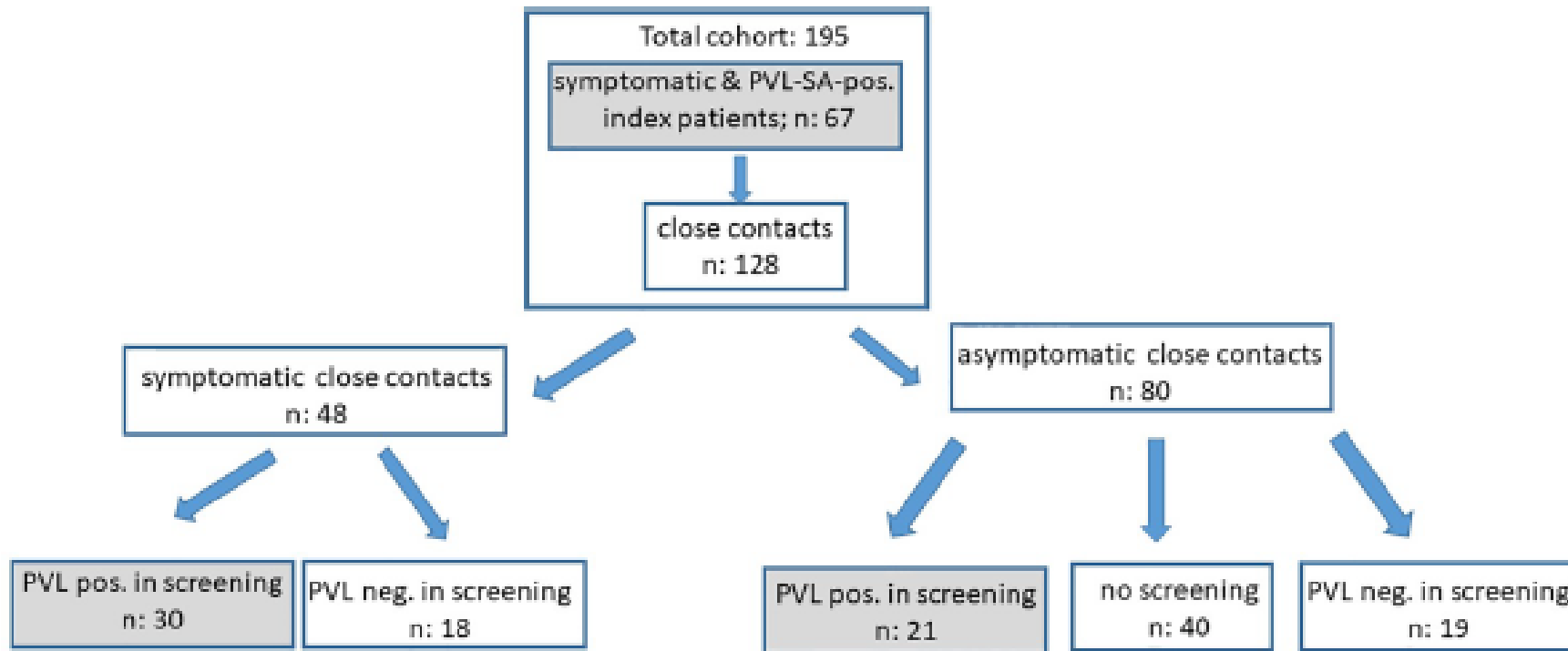
- 53 patients réévalués
- **Récurrence : 13% (n=7)**
  - 71% déjà récidiveurs à 6 mois (n=5)
  - 43% (n=3) avaient réalisé une nouvelle décontamination entre M6 et M12

April 21, 2020

RESEARCH ARTICLE

Outpatient decolonization after recurrent skin infection with Panton-Valentine leukocidin (PVL)-producing *S. aureus*—*The importance of treatment repetition*

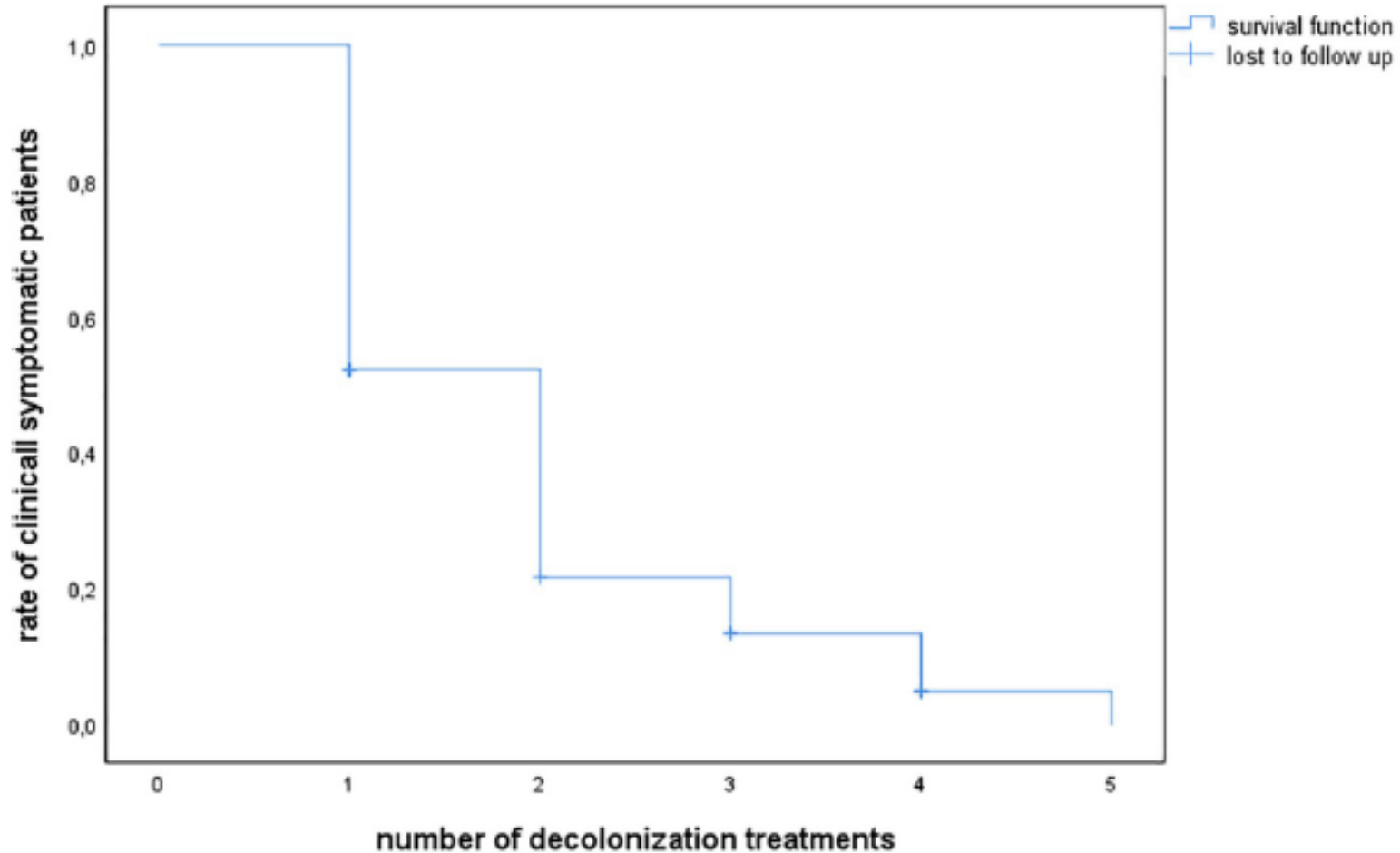
Leif G. Hanitsch<sup>1,2</sup>, Renate Krüger<sup>2,3</sup>, Pia-Alice Hoppe<sup>2,3</sup>, Daniel Humme<sup>2,4</sup>, Anna Pokrywka<sup>2,4</sup>, Michaela Niebank<sup>2,5</sup>, Miriam Stegemann<sup>2,5</sup>, Axel Kola<sup>6</sup>, Rasmus Leistner<sup>2,6\*</sup>



Sympt. PVL-SA-pos. Index pat. (n: 67) and identified sympt. close contacts (PVL-SA-pos. n: 30 and PVL-SA neg. n: 18) = all sympt. patients (n: 115)  
 Sympt. PVL-SA-pos (n: 67 + 30 = 97) and asympt. (n: 21) PVL pos. patients = all PVL-SA-pos. patients (n: 118)

LG Hanitsch *et al.* Plos One 2020

Les contacts, même asymptomatiques, sont fréquemment porteurs de SA sécréteurs de leucocidine de Panton-Valentine

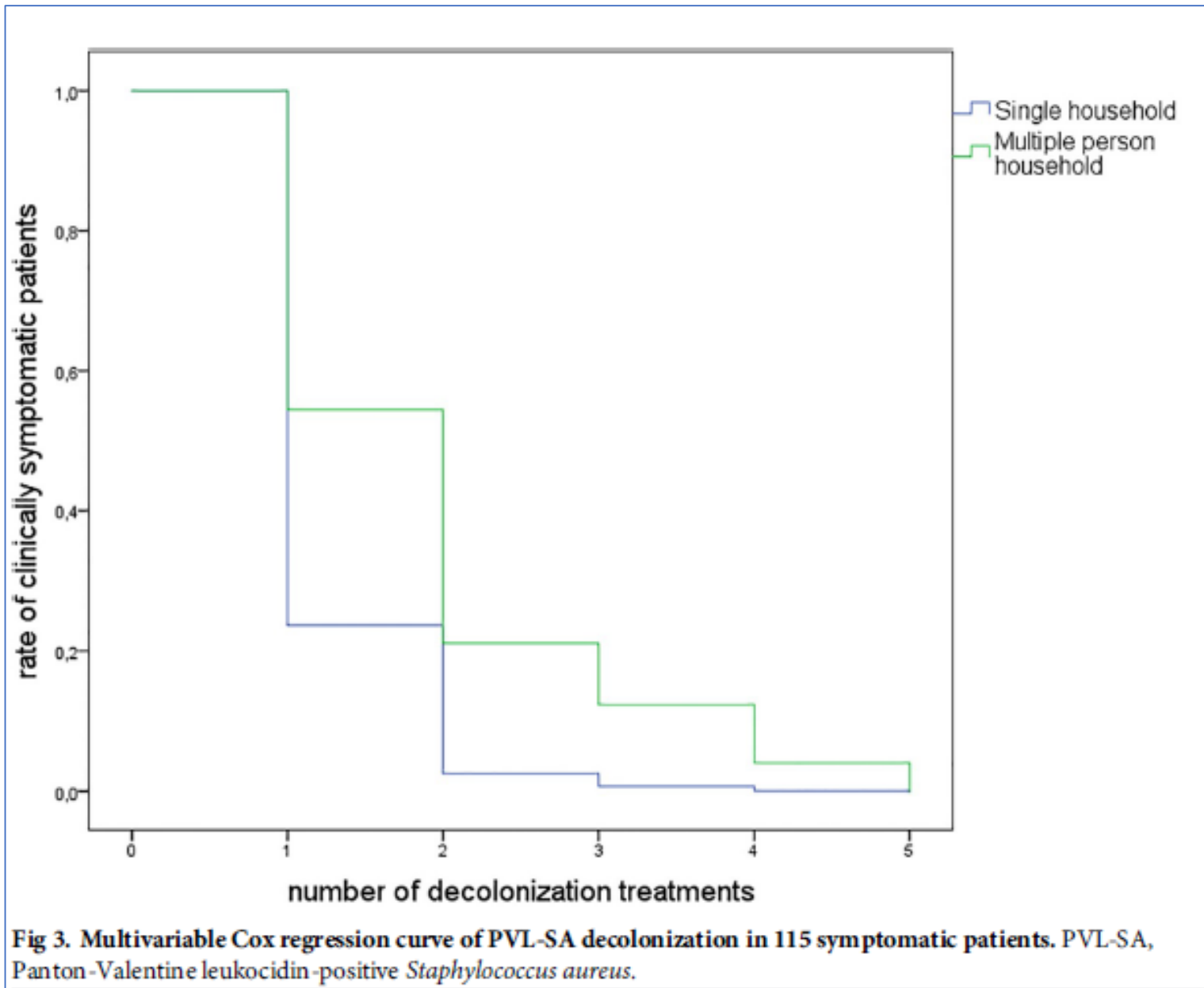


**Fig 2. Kaplan-Meier curve of PVL-SA decolonization in 115 symptomatic patients. PVL-SA, Panton-Valentine leukocidin-positive *Staphylococcus aureus*.**

Il faut répéter les cures.

Personnellement, j'en prescris 3 à 3 semaines d'intervalle (temps moyen de recolonisation).

LG Hanitsch *et al.* Plos One 2020



Il faut traiter les autres membres du foyer.

LG Hanitsch *et al.* Plos One 2020



# Traitement antibiotique prolongé ?

- Reste exceptionnel
- Après vérification de l'exhaustivité du bilan étiologique et de l'application des mesures de prévention et d'hygiène.
- Combien de temps : quelques mois (?) pour casser le cercle vicieux

# Take-home messages

- *S. aureus* le plus souvent porteur de leucocidine de Panton-Valentine
- Traiter la poussée par antibiotique (Clindamycine ou Pristinamycine)
- Puis protocole de décontamination associé aux mesures d'hygiène  
+++
- Répéter le protocole 1 voire idéalement 2 fois (chaque fois 3 semaines après la fin du protocole précédent).