

TEST MEDQUAL n°4

Réponses

Parmi les tableaux suivants, quels sont ceux susceptibles d'être causés par un streptocoque ?

Photo 1



Photo 2



Photo 3



Photo 4 (cicatrice d'abcès)



Photo 5 (ceci est un conduit auditif)



Photo 6



Photo 7



Bonnes réponses : photos 1, 2, 3, 5, 6

Commentaires :

- Photo 1 : il s'agit d'un **impétigo**. Celui-ci peut être dû au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBHA) ou au staphylocoque doré, ce dernier étant devenu le germe prédominant. Aucun prélèvement n'est indiqué en 1ère intention mais peut s'imposer en cas d'évolution défavorable ou de rechute rapide (il faut dans ce cas prélever les lésions "actives" : pus, bulle).
- Photo 2 : il s'agit bien sûr d'un **érysipèle** ("dermohypodermite bactérienne non nécrosante" de sa nouvelle dénomination..). Les streptocoques sont en cause dans l'immense majorité des cas, principalement le **SBHA** et les streptocoques du groupe G.
- Photo 3 : l'**angine érythémato-pultacée** (mais également érythémateuse) est due au **SBHA dans 10 à 15% des cas chez l'adulte et 25 à 40% des cas chez l'enfant**. La clinique pouvant être trompeuse, seul le TDR permet de trancher entre origine virale et bactérienne.
- Photo 4 : des **abcès multiples** sont plutôt en faveur d'une origine **staphylococcique**. Reportez-vous au cas n°2 pour plus de détails à ce sujet.
- Photo 5 : depuis la vaccination anti-pneumococcique du nourrisson, 2 bactéries sont majoritairement responsables des tableaux d'**OMA avec otorrhée** : *H.influenzae* (plutôt avant 3 ans, traitement = amoxicilline-acide clavulanique) et le SBHA (après 3 ans, traitement = amoxicilline). La réalisation d'un **TDR** sur le pus d'otorrhée permet, en cas de positivité, de prouver l'imputabilité du SBHA et de préférer l'amoxicilline. Attention, une otorrhée n'est pas toujours due à une OMA et ne doit donc pas systématiquement être traitée par antibiothérapie !
- Photo 6 : autre infection méconnue causée par le SBHA, l'**anite** de l'enfant. Il s'agit classiquement de **tableaux récidivants, prolongés, résistants aux traitement anti**

fongiques et associant anite ou vulvo-vaginite, fissure anale, douleurs à la défécation et rectorragies. Le **TDR** est une fois encore utile au diagnostic (Se 97% / Spe 76% d'après une étude du groupe ACTIV). **Le traitement est difficile** et un avis pédiatrique peut s'avérer nécessaire (échec fréquent du traitement par amoxicilline, préférer l'amoxicilline-acide clavulanique ou un macrolide).

- Photo 7 : l'aspect bilatéral du placard inflammatoire doit faire évoquer en premier lieu une **insuffisance veineuse**.

Voici un lien vers un e-learning sur les infections extra-pharyngée dues au SBHA, proposée par le groupe ACTIV (gratuit mais connexion nécessaire) :

[Infections extra-pharyngées à SGA \(activ-france.com\)](http://activ-france.com)

Cas n°1

NB : Le cas clinique n°1 comporte plusieurs embranchements selon vos choix. Ne soyez donc pas étonnés de voir des réponses à des questions auxquelles vous n'avez pas répondu. N'hésitez pas à parcourir l'ensemble de la correction pour accéder aux commentaires des différentes situations cliniques.

Ainsi, Mme Gambette pouvait être traitée d'emblée en ambulatoire ou passer par les urgences, évoluer favorablement ou présenter une colite à C.difficile...

1. Quelles sont les affirmations exactes concernant l'érysipèle ?

Bonnes réponses :

- Il faut éliminer une fasciite nécrosante (dermohypodermite bactérienne nécrosante, DHBN)
- L'obésité est associée à un taux plus élevé de complications et de risque d'échec du traitement
- Un aspect bilatéral doit faire reconsidérer le diagnostic

Commentaires :

- La fièvre est classique mais absente dans un nombre non négligeable de cas (plus de 30% selon certaines études).
- La présentation est majoritairement **unilatérale**. Un érysipèle bilatéral doit faire reconsidérer le diagnostic, d'autant plus qu'il n'existe pas de signes généraux et qu'il y a une insuffisance veineuse sous-jacente (poussée d'insuffisance veineuse ?). Disposer de photos de l'état de base des jambes du patient peut s'avérer utile pour comparer.

Si un doute persiste entre poussée d'insuffisance veineuse et érysipèle, et en cas de bonne tolérance, **surélévation de la jambe +/- contention si la douleur le permet et réévaluation.**

- Le **streptocoque** est responsable de la grande majorité des cas d'érysipèle. Il s'agit des streptocoques bêta hémolytiques (groupes A, C et G).
D'autres germes doivent être évoqués dans des circonstances particulières :
 - érysipèle de l'enfant ou lié aux soins (sur cathéter ou voie veineuse...) : staphylocoque doré
 - patient immunodéprimé : entérobactéries, germes opportunistes
 - après morsure animale ou humaine : plurimicrobien
 - exposition professionnelle, voyage, plongée...
- L'**obésité** est un facteur de risque à la fois de **survenue** d'un érysipèle et de **récidive**, de **complications**, et d'**échec** de traitement.
- Devant un érysipèle, il est nécessaire de rechercher des signes en faveur d'une **fasciite nécrosante**, tableau rare mais gravissime (<1/100 000hab/an ; >30% de décès à 7 jours) :
 - signes généraux de sepsis (le score qSOFA peut être utilisé chez l'adulte : troubles de conscience, fréquence respiratoire ≥ 22 /minute et PAS ≤ 100 mmHg --> un score ≥ 2 définit un sepsis et est associé à une mortalité de 10%)
 - douleur particulièrement intense ++, discordante avec les signes locaux
 - signes locaux de gravité : lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, nécrose locale
 - extension rapide des signes locaux en quelques heures ;
 - aggravation des signes locaux 24 à 48 heures après l'introduction de la première antibiothérapie, malgré un traitement adapté (molécule, posologie)La suspicion d'une fasciite nécrosante nécessite d'appeler le 15.

2. Quelle est votre prise en charge initiale ? (plusieurs réponses sont correctes)

Bonnes réponses :

- Amoxicilline 1,5g x3/j → accédez à la [section 2.1](#)
- Hospitalisation → accédez à la [section 2.2](#)
- Avis infectiologique → accédez à la [section 2.1](#)

Si vous avez répondu :

- « Amoxicilline 1gx3/j ou acide fusidique » → accédez à la [section 2.2](#)
- « Clindamycine ou Pristinamicine » → accédez à la [section 2.1](#)

- « Amoxicilline-acide clavulanique 1g x3/j » → *accédez à la section*

Commentaires :

- Les critères imposant ou faisant discuter l'hospitalisation devant un érysipèle sont :
 - présence de signes de gravité locaux ou généraux (cf question précédente)
 - maladie associée à un risque de décompensation ou de complications : immunodépression, diabète déséquilibré, insuffisance d'organe...
 - obésité morbide (IMC > 40)
 - impossibilité de traitement ou de surveillance médicale à domicile
 - sujet âgé > 75 ans et polypathologique
 - âge inférieur à 1 an

Il est donc licite chez cette patiente de se poser la question de l'hospitalisation qui dépendra avant tout de son état clinique "de base" et de la compréhension des consignes de surveillance.

- **Il n'y a pas de résistance rapportée des streptocoques bêta hémolytiques aux β -lactamines.** Le traitement de 1ère intention est donc **l'amoxicilline**.

Attention à la posologie ! 50 mg/kg/jour en 3 prises avec un maximum de 6 g/jour (soit 4,5g/j dans notre cas). Un sous-dosage expose à un échec thérapeutique.

Les traitements locaux ne sont pas recommandés.

En cas d'allergie à la pénicilline, on pourra utiliser la pristnamycine (1 g x 3/jour) ou la clindamycine (= Dalacine[®], 600 mg x 3/jour, voire 600 mg x 4/jour si poids > 100 kg).

- Par ailleurs, et pour information :
 - En cas de prise chronique d'AINS, il est recommandé d'arrêter transitoirement ce traitement jusqu'à la guérison de l'érysipèle.
En cas de prise chronique de corticoïdes ou d'aspirine à dose anti-agrégante, ceux-ci seront poursuivis sans modification de doses.
 - Le risque de thrombose veineuse est inférieur à 1%. Une anticoagulation à dose prophylactique n'est pas systématique et est à discuter en fonction des facteurs de risque thrombo-emboliques.
 - **Le port d'une contention veineuse est recommandé dès que l'amélioration de la douleur le permet** et pour une durée d'au moins 3 semaines.
 - Ne pas oublier la mise à jour de la vaccination anti-tétanique.

Si introduction d'une antibiothérapie, pour quelle durée ?

Bonne réponse : 7 jours

Commentaires :

- La durée de traitement de l'érysipèle en ambulatoire est de 7 jours.

Section 2.1

Mme Gambette revient vous voir 1 semaine plus tard.

Elle se sent mieux mais est inquiète car le placard inflammatoire persiste.

Cliniquement, elle est apyrétique, a de bonnes constantes.

Effectivement, vous constatez que le placard érythémateux est toujours présent. Il n'a pas progressé et il est moins inflammatoire que la semaine dernière.

Que faites-vous ?

Bonnes réponses :

- Vous ne faites rien de plus et rassurez la patiente
- Vous (r)appelez l'infectiologue

Commentaires :

L'absence d'évolution favorable doit faire vérifier les points suivants :

- observance thérapeutique ?
- posologie adaptée ?
- traitement de la porte d'entrée ?
- présence de signes de gravité faisant craindre une complication ?

Mais même si le traitement était adapté, à bonne posologie et a été bien pris, **la régression complète des signes cutanés est souvent retardée (2, voire 3 semaines) par rapport aux signes généraux.**

Attention : un tel délai ne doit pas conduire à prolonger l'antibiothérapie.

→ Rendez-vous à la **question 3**

Section 2.2

Mme Gambette est passée par les urgences mais n'a pas été hospitalisée. Elle est sortie sous amoxicilline-acide clavulanique pour 14 jours.

Que pensez-vous de l'antibiothérapie prescrite ?

Bonne réponse : L'antibiothérapie est trop longue et de spectre trop large : vous modifiez pour de l'amoxicilline pour un total de 7 jours → accédez à la **question 3**

Si vous avez répondu :

- « La molécule est adaptée mais la durée est trop longue : vous maintenez l'amoxicilline-acide clavulanique mais pour un total de 7 jours » ou « L'antibiothérapie est adaptée : vous ne changez rien » → accédez à la **section 2.2.1**
- « Le spectre est trop large mais la durée est correcte : vous changez pour de l'amoxicilline, en maintenant les 14 jours » → accédez à la **question 3**

Commentaires :

- Le traitement de l'érysipèle en ambulatoire doit viser les streptocoques bêta hémolytiques. **Le spectre de l'amoxicilline est donc suffisant** (aucune résistance à la pénicilline des SBH). La durée de traitement est de **7 jours**.
- D'autres bactéries peuvent être suspectées en cas de survenue d'un érysipèle dans des circonstances particulières : immunodépression, infection associée aux soins (sur cathéter par exemple...), morsure animale ou humaine, exposition aquatique. Dans ces situations, un avis spécialisé est préférable.
- Même si cela est parfois plus facile à dire qu'à faire, **osons réduire les spectres ou les durées d'antibiothérapie si la situation le permet**.
En usant bien sûr de pédagogie auprès des patients ("l'infection semble bien évoluer, on peut réduire la durée du traitement")

Section 2.2.1

1 semaine après, Mme Gambette revient vous voir.

Elle présente des diarrhées importantes, jusqu'à 8 selles par jour, malgré le lopéramide qu'elle a pris en auto médication (elle a "l'habitude d'avoir des diarrhées, et ça a toujours bien marché. Mais là...").

Elle est subfébrile à 37.8°C et présente des douleurs abdominales, sans défense à l'examen clinique. Les constantes sont correctes.

Vous évoquez une colite à Clostridioides (anciennement clostridium) difficile.

Concernant la colite à Clostridioides difficile, quelles sont les affirmations exactes ?

Bonnes réponses :

- le métronidazole est la molécule recommandée en 1ère intention chez les patients de moins de 65 ans non graves
- les récives concernent 20 à 25% des patients

Commentaires :

- Environ 3% des adultes sont porteurs asymptomatiques de *C.difficile* (ce chiffre est bien plus important chez les enfants).
Le diagnostic nécessite l'association d'un tableau évocateur et de la **mise en évidence sur une coproculture de la bactérie ET de sa toxine.**
- Les antibiotiques sont un facteur de risque bien connu d'infection à *C.difficile*, l'infection survenant habituellement **dans les 10 jours suivant le début de l'antibiothérapie** (extrêmes : 1 jour à 10 semaines).
- *C.difficile* est responsable de formes cliniques variées, des simples diarrhées au choc septique ou à la perforation colique, à la mortalité très élevée. **La récurrence fait partie des complications les plus fréquentes**, le risque augmentant avec le nombre de récurrences.
- Le traitement des formes simples de l'adulte de moins de 65 ans repose avant tout sur l'arrêt de l'antibiothérapie en cause, permettant à lui seul la guérison dans 25% des cas. En cas d'échec, le traitement consiste en du métronidazole 500mg x3/j pendant 10 jours.
Chez cette patiente sous IPP, leur intérêt doit être rediscuté au décours, ces molécules pouvant participer à la survenue de ces infections.
- Le traitement des formes graves est évidemment hospitalière.
- Plus difficile, le traitement des formes non graves mais survenant chez des sujets présentant des risques de rechute :
 - âgés de plus de 65 ans
 - nécessité de poursuivre l'antibiothérapie initiale
 - insuffisance rénale
 - comorbidité sévère (à votre appréciation !)
 - antécédent d'infection à *C.difficile*
 - +/- patient sous IPP, leur rôle dans les rechutes étant possibleDans ce cas, **un avis infectiologique est préférable** car le métronidazole est moins efficace, notamment sur la prévention des récurrences, véritable enjeu dans cette population. Les traitements proposés, vancomycine ou fidaxomyline, sont à rétrocession hospitalière.

Ci-dessous, un récapitulatif simple de la prise en charge en ambulatoire :

[recap-diagnostic gravite rechute.pdf \(medqual.fr\)](#)

3. Que proposez-vous à Mme Gambette pour prévenir les récurrences ? (plusieurs réponses possibles)

Bonnes réponses :

- Prise en charge nutritionnelle
- Contention veineuse
- Antibio prophylaxie
- Soins de pédicurie si nécessaire

Commentaires :

- **Les récurrences sont fréquentes, jusqu'à 50%** selon les études. Un patient présentant un érysipèle présentera **4 récurrences en moyenne**.
- Les facteurs de risque de récurrence sont les mêmes que ceux de faire un premier épisode : obésité, lymphoedème chronique, porte d'entrée cutanée, auxquels s'ajoute le fait d'avoir déjà présenté un érysipèle.
- Si la correction des facteurs de risque est impossible ou si le patient présente malgré tout des récurrences, une antibio prophylaxie peut être instaurée.
 - Elle est indiquée si le patient a présenté **au moins 2 érysipèles en l'espace d'un an**.
 - Il peut s'agir :
 - benzyl-pénicilline G retard 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines ;
 - pénicilline V (phénoxy méthylpénicilline) PO 1 à 2 millions UI/jour selon le poids en 2 prises ;
 - en cas d'allergie à la pénicilline : azithromycine 250 mg/jour (hors AMM).
 - **La durée optimale n'est pas déterminée** et sera à réévaluer en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence.

Cas n°2

Quelle est votre prise en charge ? (plusieurs réponses sont correctes)

Bonnes réponses :

- Incision au cabinet + antibiothérapie per os
- Incision au cabinet seule
- avis orthopédique rapide

Si prescription d'une antibiothérapie, quelle antibiothérapie instaurez-vous ? Pour quelle durée ?

Commentaires :

- Les abcès sont principalement dus au **staphylocoque doré**, et notamment au staphylocoque doré produisant la **leucocidine de Panton-Valentine (LPV+)**. Ces staphylocoques dorés LPV+ sont volontiers responsables d'abcès récidivants ou de furonculose. **La proportion de SARM, quant à elle, est faible en France.**
- **Le drainage chirurgical permet la guérison de plus de 80% des abcès**, pour peu que la technique soit maîtrisée.

Quelques règles concernant le geste :

- **l'incision doit être large et béante**, permettant l'écoulement des sécrétions dans les jours suivant le geste
- **le lavage doit être abondant**, peu importe le produit utilisé (l'antiseptique n'est pas indispensable, il peut également s'agir de sérum physiologique).

Selon l'expérience du médecin, l'incision / drainage peuvent très bien être faits au cabinet. Dans le cas contraire, l'orientation du patient vers un chirurgien orthopédiste est préconisée

- L'antibiothérapie ne se discute qu'en traitement adjuvant de l'incision. Il peut notamment être envisagé dans les conditions suivantes :
 - patient immunodéprimé
 - diabète déséquilibré
 - terrain alcool-tabagique
 - mauvaise compliance prévisible aux soins / hygiène précaire

Si une antibiothérapie est prescrite, les molécules de choix sont l'amoxicilline-acide clavulanique, la clindamycine ou la pristinamycine pour une durée de **5 jours**.

L'antibiothérapie a un effet (très) modeste sur la prévention des récidives.

Devant ce tableau d'abcès récidivants, quel(s) prélèvement(s) réalisez-vous ?

Bonnes réponses :

- glycémie à jeun
- recherche d'une carence martiale
- +/- analyse du pus de la nouvelle lésion abcédée

Commentaires :

- Les facteurs de risque de furonculose / abcès récidivants sont :
 - l'obésité, le défaut d'hygiène
 - le diabète, la carence martiale --> glycémie à jeun, ferritinémie

- le portage nasal personnel ou chez l'entourage proche de staphylocoque doré, notamment LPV+.

Néanmoins, le dépistage du staphylocoque ou la recherche de la toxine de Panton-Valentine ne sont pas recommandés en 1ère intention et une décontamination peut s'envisager sans prélèvement préalable.

La récurrence d'infections supposées staphylococciques type furonculose ou abcès suffit à proposer une décontamination des gîtes de portage staphylococcique.

- Du fait des facteurs de risque sus-cités, elle concerne idéalement le patient ET son entourage.

Parmi les affirmations suivantes concernant la décontamination anti staphylococcique chez M.Scrofule, quelle est la SEULE affirmation FAUSSE ?

Réponse fautive : Elle repose sur une antibiothérapie anti staphylococcique par voie orale pendant 7 jours

Commentaires :

- La décontamination s'envisage APRES traitement d'une éventuelle lésion aiguë.
- Elle associe **pommade nasale** de type mupirocine, **douche** avec un antiseptique type chlorhexidine moussante et **bains de bouche** à la chlorhexidine. L'antibiothérapie par voie orale n'est pas recommandée en première intention.
- En cas d'échec d'une première décontamination, le prélèvement des gîtes de portage (narines, mais peuvent être aussi discuté aisselles, pharynx, anus) est recommandé pour le patient (et discuté pour l'entourage). Dans tous les cas, un avis infectiologique peut alors être utile.

Ci-dessous un récapitulatif de la décontamination anti-staphylococcique :

[Decontamination-SARM-2019.pdf \(medqual.fr\)](#)

Concernant le cas de panaris, vous pourrez retrouver les réponses sur la lettre d'actualité MedQual qui paraîtra très prochainement.