



Traitement des infections de la peau et des tissus mous

Dr Vincent Dubée

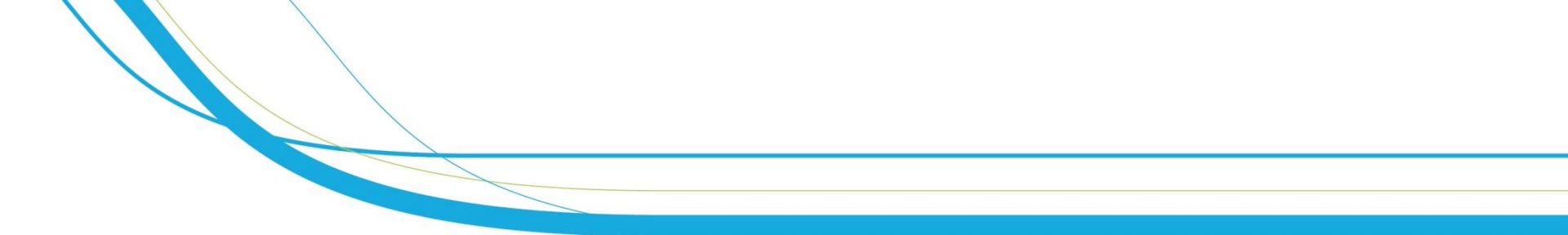
Première journée d'infectiologie angevine
15/05/2018

Liens d'intérêt

Laboratoire	Nature	Montant
MSD	Congrès, repas	1700 €
Sanofi Aventis	Congrès	280 €
ViiV Healthcare	Repas	< 100 €
GSK	Repas	< 100 €
Gilead	Repas	< 100 €
Fresenius Kabi	Repas	< 100 €
Astellas	Repas	< 100 €
Novartis	Repas	< 100 €

Objectifs

- Place de l'antibiothérapie dans les infections cutanées courantes en médecine générale.
- Nouvelles durées de traitement dans l'érysipèle.
- Place du geste chirurgical dans le panaris et l'abcès.



Infections superficielles

Impetigo
Ecthyma



Concernant le traitement de l'impetigo, quelles sont les affirmations exactes ?

- 1 - Un traitement antibiotique est toujours recommandé
- 2 - Un traitement antibiotique local peut suffire
- 3 - Un traitement antibiotique par voie orale est le plus souvent indiqué
- 4 - Un traitement antibiotique par voie orale est indiqué chez les sujets présentant un impetigo bulleux
- 5 - La mupirocine peut être utilisée pour le traitement local

Concernant le traitement de l'impetigo, quelles sont les affirmations exactes ?

1 - Un traitement antibiotique est toujours recommandé

0%

2 - Un traitement antibiotique local peut suffire

0%

3 - Un traitement antibiotique par voie orale est le plus souvent indiqué

0%

4 - Un traitement antibiotique par voie orale est indiqué chez les sujets présentant un impetigo bulleux

0%

5 - La mupirocine peut être utilisée pour le traitement local

0%

Concernant le traitement de l'impetigo, quelles sont les affirmations exactes ?

Un traitement antibiotique est toujours recommandé

Un traitement antibiotique local peut suffire

Un traitement antibiotique par voie orale est le plus souvent indiqué

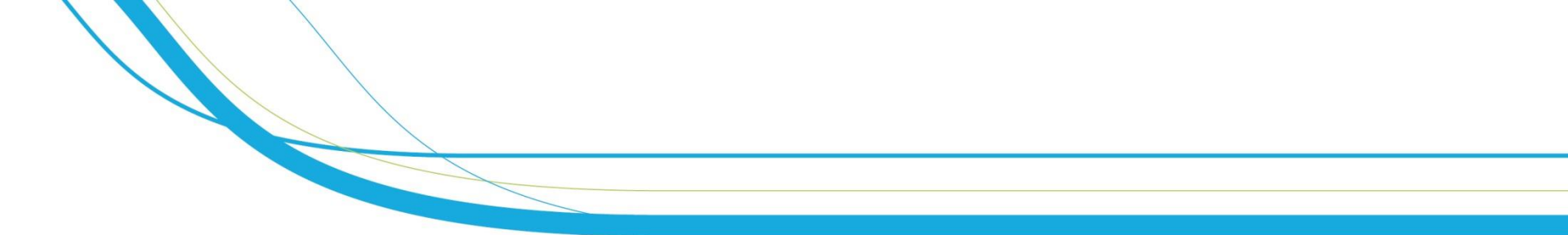
Un traitement antibiotique par voie orale est indiqué chez les sujets
présentant un impetigo bulleux

La mupirocine peut être utilisée pour le traitement local

Traitement de l'impetigo et de l'ecthyma

- *S. aureus* ou streptocoque
- Forme localisées de l'immunocompétant : ATB local (acide fusidique, mupirocine) + désinfection
- Formes avec localisations multiples : ATB voie orale pendant 7 jours, de préférence adaptée à la bactériologie (Amox/clav, pristnamycine)
- Eviction scolaire, traitement de la dermatose sous-jacente éventuelle





Infections suppurées

Furoncles, abcès

Panaris

Cas clinique

- Monsieur S., 42 ans
- Pas d'antécédent
- Lésion douloureuse du genou gauche
- Peut marcher et plier le genou sans problème
- Pas de fièvre



Quelle prise en charge ?



0

- 1 - Antibiothérapie locale seule
- 2 - Antibiothérapie voie orale seule
- 3 - Incision - drainage seul
- 4 - Incision et drainage + antibiothérapie voie orale

Quelle prise en charge ?

1 - Antibiothérapie locale seule | 0%

2 - Antibiothérapie voie orale seule | 0%

3 - Incision - drainage seul | 0%

4 - Incision et drainage +
antibiothérapie voie orale | 0%

Quelle prise en charge ?

- Antibiothérapie locale seule
 - Antibiothérapie voie orale seule
 - Incision - drainage seul
 - Incision et drainage + antibiothérapie voie orale
- Insuffisant
- Discutable

Incision - drainage des abcès cutanés

- Uniquement dans les lésions collectées
- Ambulatoire sauf
 - Abscesses très volumineux
 - Abscesses de la paume des mains, plante des pieds, sillon nasolabial : risque de complications sous-jacentes
 - Abscesses du visage : risque de séquelles esthétiques, de lésions nerveuses en rapport avec la procédure

Incision - drainage des abcès cutanés

Technique classique



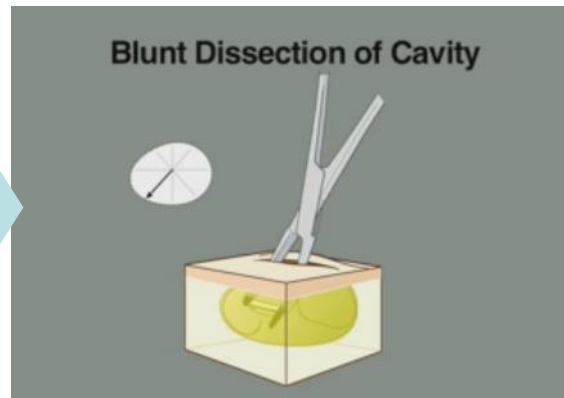
Anesthésie locale



± changement mèche /48-72h



Incision

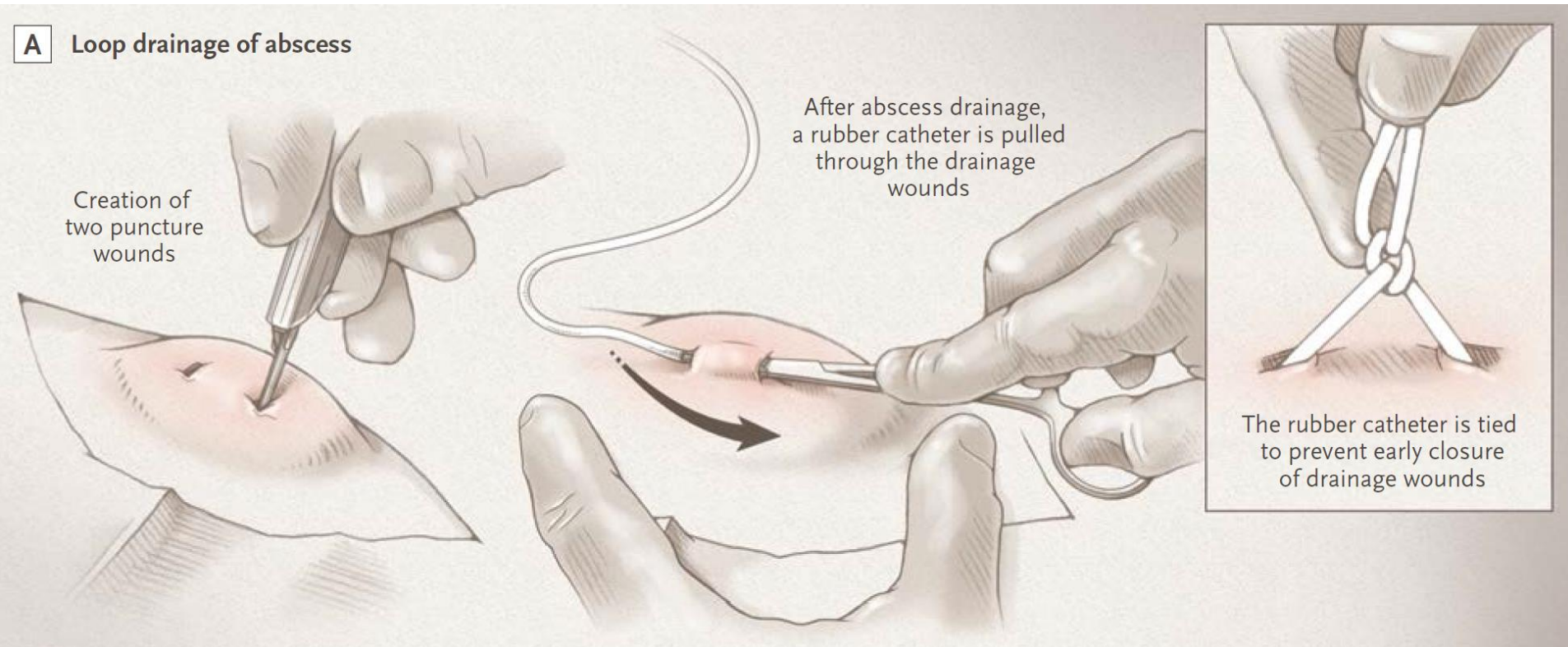


Débridement
irrigation



± Méchage

Drainage en boucle



Moins de séquelles esthétiques
Moins douloureux (pas de changement de mèche)
Aussi efficace

Incision - drainage des abcès cutanés

Fermeture primaire

B Primary closure of abscess



Meilleurs résultats esthétiques. Pas plus de rechute ?
Ne pas faire si kyste infecté, qualité du drainage incertaine,
lésions chroniques, placard de cellulite important

Singer AJ & Talan DA, NEJM 2014

Abcès cutanés : antibiothérapie ?

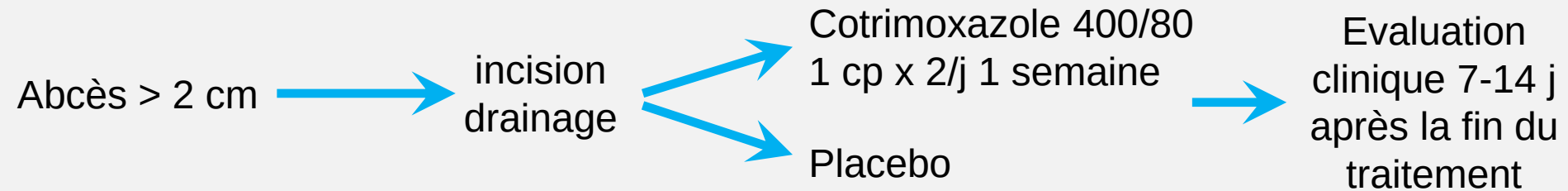


Table 3. Cure Rates among Patients with a Drained Cutaneous Abscess in Three Trial Populations.*

Trial Population	Cure of Abscess		Difference (95% CI)	P Value†
	Trimethoprim–Sulfamethoxazole	Placebo		
	no./total no. (%)		percentage points	
Per-protocol‡	487/524 (92.9)	457/533 (85.7)	7.2 (3.2 to 11.2)	<0.001

Abcès cutanés : antibiothérapie ?

Table 4. Secondary Outcomes in the Per-Protocol Population.*

Outcome	Trimethoprim–Sulfamethoxazole	Placebo	Difference (95% CI)†
Composite clinical cure by test-of-cure visit (%)‡	86.5	74.3	12.2 (7.2 to 17.1)
Additional surgical drainage procedure (%)			
By test-of-cure visit	3.4	8.6	–5.2 (–8.2 to –2.2)
By extended follow-up visit	8.0	13.0	–4.9 (–8.8 to –1.1)
Hospitalization by test-of-cure visit (%)	3.6	6.4	–2.8 (–5.6 to 0.1)
Recurrent skin infection at original site (%)			
By test-of-cure visit	2.1	3.0	–0.9 (–3.0 to 1.2)
By extended follow-up visit	5.0	4.3	0.7 (–2.1 to 3.4)
New skin infection at a different site (%)			
By test-of-cure visit	3.1	10.3	–7.2 (–10.4 to –4.1)
By extended follow-up visit	10.9	19.1	–8.3 (–12.7 to –3.8)
Similar infection in household member (%)			
By test-of-cure visit	1.7	4.1	–2.4 (–4.6 to –0.2)
By extended follow-up visit	3.8	6.2	–2.4 (–5.2 to 0.4)
Presence of swelling or induration (%)			
By visit during therapy	50.3	52.7	–2.4 (–8.7 to 3.8)
By end-of-therapy visit	11.4	15.0	–3.6 (–7.9 to 0.7)
Presence of tenderness (%)			
By visit during therapy	49.0	55.9	–7.0 (–13.2 to –0.8)
By end-of-therapy visit	6.0	10.0	–4.1 (–7.5 to –0.6)
Change in mean area of erythema from baseline (cm)			
By visit during therapy	–25.5±88.4	–22.2±82.6	–3.3 (–13.7 to 7.0)
By end-of-therapy visit	–50.8±77.5	–48.7±66.0	–2.1 (–10.8 to 6.7)
Days missed from normal activities§	2.0±3.1	2.6±3.8	–0.5
Days missed from work or school§	2.2±3.1	2.4±3.4	–0.2
Days that analgesics were used§	6.0±4.9	6.4±4.9	–0.4

Test-of-cure:
7 à 14 jours
après la fin du
traitement

**Extended
follow-up:**
49 à 63 jours
après la fin du
traitement

Abcès cutanés : antibiothérapie ?

Table 1 | Current recommendations for antibiotics in patients with skin abscesses*

		Recommendation	Situations where antibiotics are recommended
IDSA ²	2014	Against	Systemic illness
EBM Guidelines ¹³	2017	Against	Systemic illness, extensive tissue damage, nasal region, immunocompromising conditions, artificial joint
NHG ¹⁴	2017	Against	1 dose in patients with immunocompromising conditions, artificial joint, or at high risk of endocarditis
ESCMID		No recommendation available	N/A

*These guidelines have not taken account of the new evidence captured in our Rapid Recommendations.

IDSA=Infectious Diseases Society of America; EBM=Evidence-Based Medicine; NHG=Nederlands Huisartsen Genootschap; ESCMID=European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases.

Abcès cutanés : antibiothérapie ?

Il est recommandé de traiter par antibiotiques les infections à SARM Co, en complément du drainage d'un abcès, dans les circonstances suivantes :

- présence de signes généraux,
- signes locaux sévères (notamment, taille > 5 cm),
- immunodépression,
- âges extrêmes,
- localisation critique de l'abcès,
- échec du drainage,
- en cas de dermo-hypodermite associée à l'abcès.



**Vous souhaitez débuter une antibiothérapie...
Quelle médicament choisissez-vous ?**

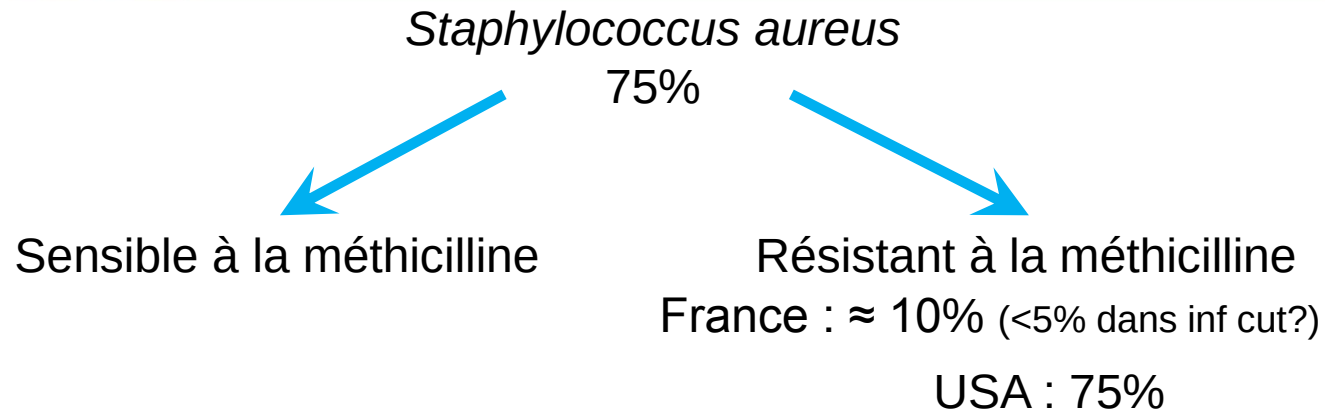
- 1 - Amoxicilline + clavulanate
- 2 - Céfalexine (C1G)
- 3 - Pristinamycine
- 4 - Cotrimoxazole
- 5 - Clindamycine
- 6 - Ofloxacin
- 7 - Ciprofloxacine

Quelle antibiothérapie ?

**Vous souhaitez débuter une antibiothérapie...
Quelle médicament choisissez-vous**

1 - Amoxicilline + clavulanate	0%
2 - Céfalexine (C1G)	0%
3 - Pristinamycine	0%
4 - Cotrimoxazole	0%
5 - Clindamycine	0%
6 - Ofloxacine	0%
7 - Ciprofloxacine	0%

Abcès cutanés : quelle antibiothérapie ?



Antibiotique	% isolats sensibles	% isolats sensibles
Amox - clavulanate	100	0
Cotrimoxazole	100	83
Clindamycine	98	86
Pristinamycine	100	95
Fluoroquinolones	92	20
Linézolide	100	100
Doxycycline	100	100

Abcès cutanés : quelle antibiothérapie ?

Clindamycine 300 mg x 3/j 10 j
versus
Cotrimoxazole 400/80 x 2/j 10 j

Table 3. Cure Rate at Test-of-Cure Visit in the Overall Population and Relevant Subgroups.*

Group	Clindamycin		TMP-SMX		Placebo	
	No. with Cure/ Total No.	% (95% CI)	No. with Cure/ Total No.	% (95% CI)	No. with Cure/ Total No.	% (95% CI)
Population that could be evaluated	221/238	92.9 (89.3–96.4)	215/232	92.7 (89.0–96.3)	177/220	80.5 (74.8–86.1)

Pas de différence

Abcès cutanés : quelle antibiothérapie ?

Céphalexine 500 mg x 4/j 7 j
versus
Céphalexine + Cotrimoxazole 400/80 x 2/j 7 j

Study Population	Clinical Cure, No./Total (%)		Mean Difference, % (95% CI)
	Cephalexin Plus Trimethoprim-Sulfamethoxazole	Cephalexin Plus Placebo	
Per protocol	182/218 (83.5)	165/193 (85.5)	-2.0 (-9.7 to 5.7)

Pas de différence

USA : 75% de SARM

Traitement des abcès cutanés - synthèse

- Incision drainage seule guérit dans 75-80% des cas
- Intérêt des antibiotiques
 - Augmentent les chances de guérison d'environ 5%...
 - Réduit le risque de récurrence d'environ 8%
 - Mais effets indésirables et coût écologique
 - Indiscutable dans certaines situations (signes généraux, immunodéprimé...)
- Nature des antibiotiques
 - Cotrimoxazole et clindamycine équivalents
 - Pas de données sur l'efficacité des β -lactamines et de la pristinamycine en Europe
- Durée : 7 jours dans les études, **3 jours** selon SPILF (7 jours pour abcès extensifs)

- Monsieur S revient 2 mois après
- Lésion douloureuse de la nuque depuis 48 h

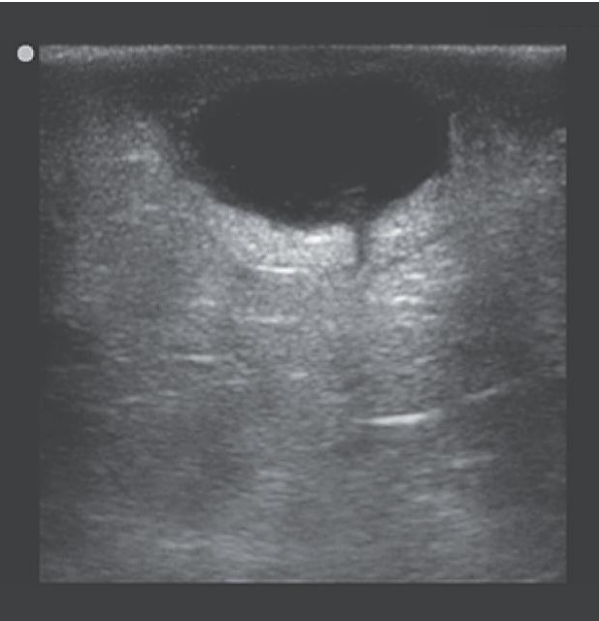
Collecté ?



Incision - drainage des abcès cutanés

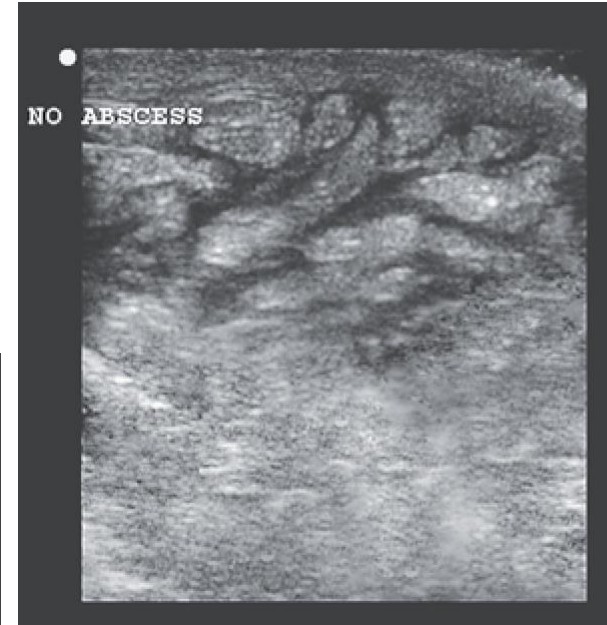
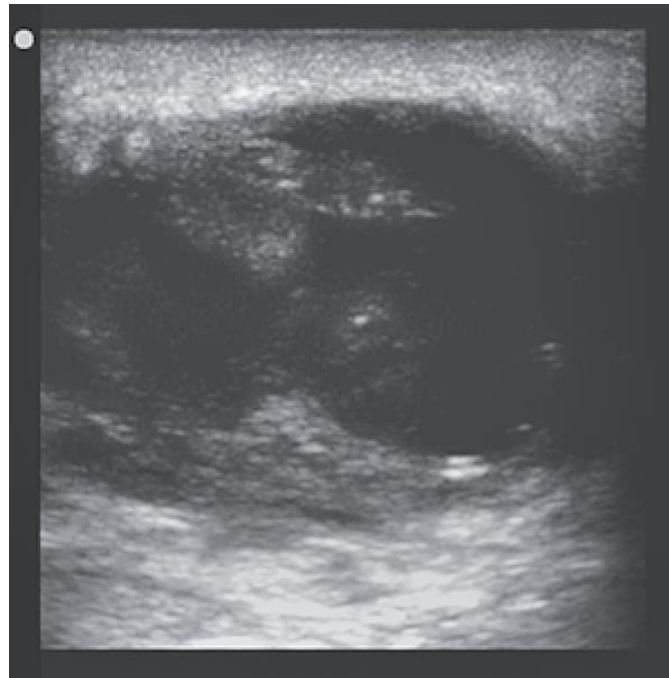
- Lésion pas encore collectée (ou doute)
 - Staphylococcique ou streptococcique ?
 - Intérêt de l'échographie
 - Si antibiothérapie active sur *S. aureus* et streptocoque
 - Clindamycine
 - Réévaluation clinique... Collection, drainage ?

Intérêt de l'échographie



Cavité unique

Cavité multiloculée

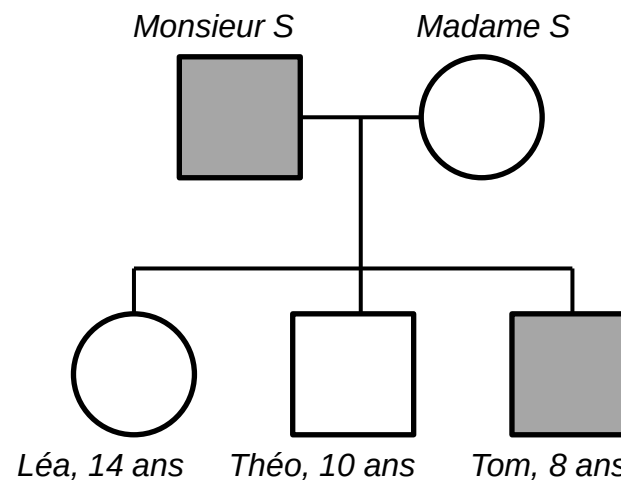


Non collecté

- Deux semaines plus tard, Monsieur S revient avec son fils Tom de 8 ans qui présente un furoncle sur la cuisse.
- Vous procédez à l'incision de la lésion

Quelle suite à donner à ces cas familiaux ?

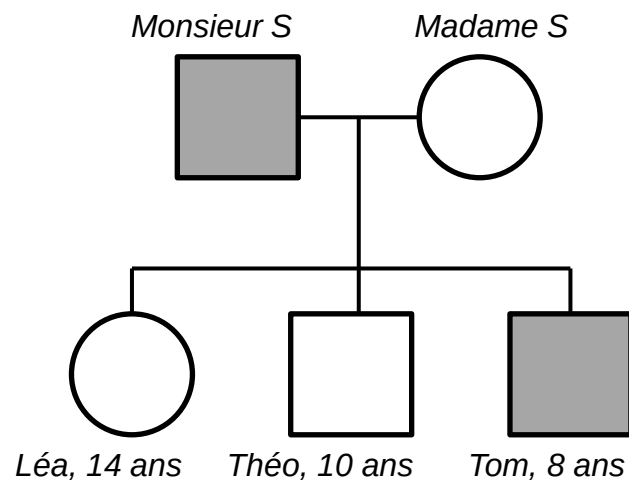
- 1 - Aucune
- 2 - Recherche d'un déficit immunitaire familial
- 3 - Conseils sur l'hygiène
- 4 - Recherche de portage nasal de souche hypervirulente de *S. aureus*



Abcès cutanés récidivants

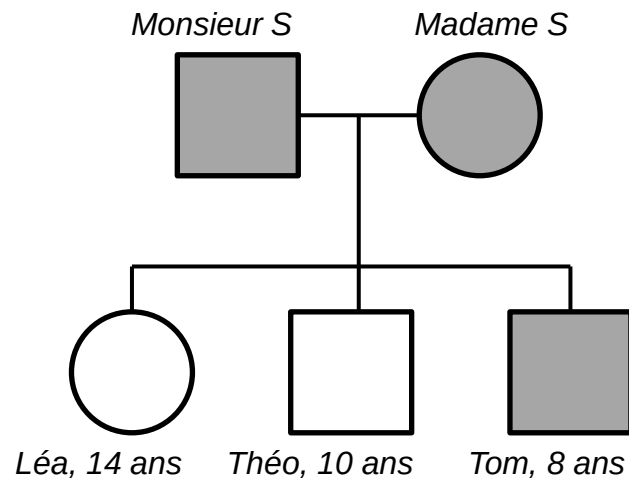
Quelle suite à donner à ces cas familiaux ?

- | | |
|---|----|
| 1 - Aucune | 0% |
| 2 - Recherche d'un déficit immunitaire familial | 0% |
| 3 - Conseils sur l'hygiène | 0% |
| 4 - Recherche de portage nasal de souche hypervirulente de <i>S. aureus</i> | 0% |



Cas clinique

- Trois semaines plus tard, Madame S consulte pour un abcès de l'avant-bras.
- Elle vous informe que Pucky, leur bouledogue, est actuellement chez le vétérinaire pour un abcès de la patte arrière gauche.

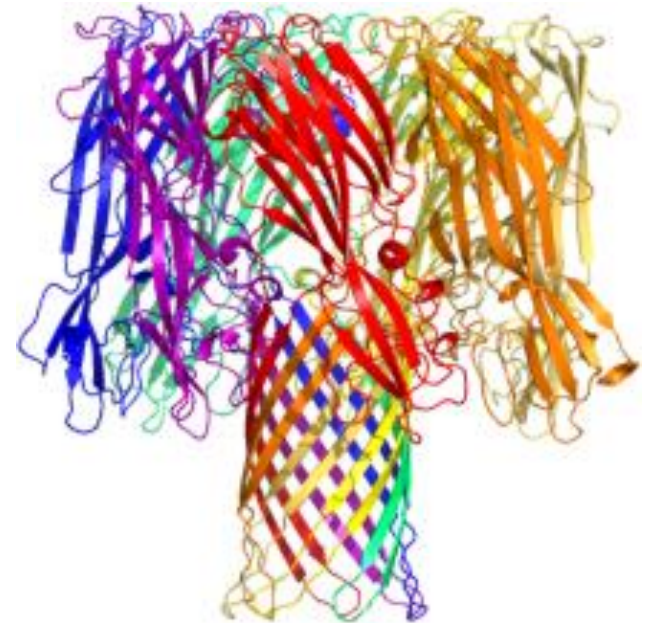


Abcès cutanés récurrents

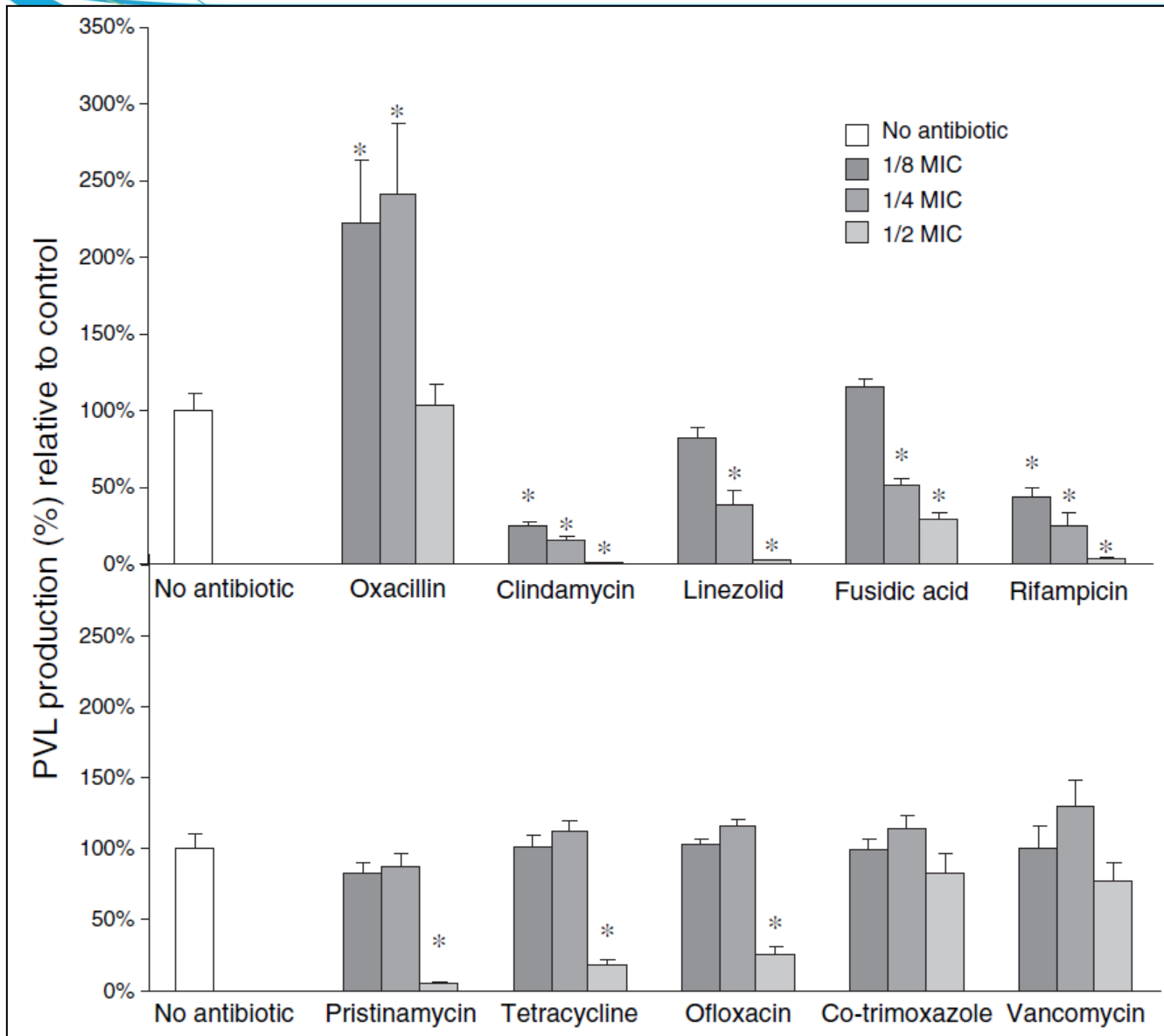
Condition	Fréquence au sein des furonculoses récidivantes
Endogène	
Dénutrition	Rare
Carence en fer	Très rare
Diabète	Rare
Alcoolisme	Rare
Infection par le VIH	Rare
Déficit immunitaires primitifs	Exceptionnel
Obésité	Rare
Maladie de Verneuil	Rare
Exogène	
Colonisation par une souche hypervirulente de <i>S. aureus</i>	Fréquent (60%)
Macération, hyperhydrose	
Mauvaise hygiène	
Pratique du sport	Fréquent
Vie en communauté	Fréquent

La leucocidine de Panton et Valentine

- Toxine formant des pores produites par certaines souches de *S. aureus*
- Nombreuses cibles cellulaires
- Apoptose/lyse
- Infections invasives (rares)/infections cutanées (fréquemment)
- Très rarement retrouvé en portage chez les sujets asymptomatiques

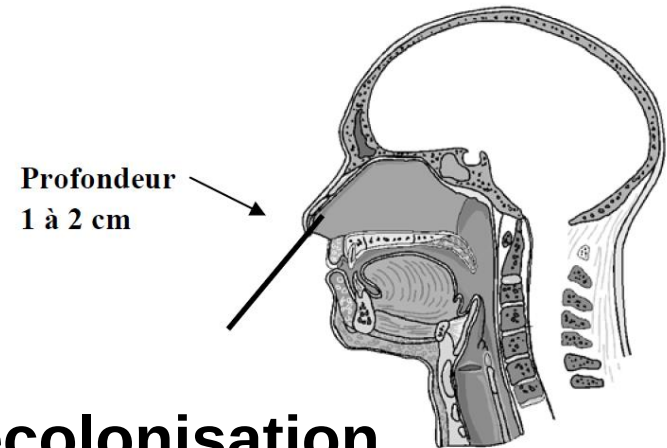


PVL et antibiotiques



Faut-il effectuer une recherche de colonisation ?

- ▶ Pas la peine si infections staphylococciques récurrentes
- ▶ Oui chez l'entourage d'un sujet décolonisé qui se réinfecte
- ▶ Oui dans une collectivité si cas groupés



Chez sujets colonisés : décolonisation
du sujet et des membres de son foyer

Protocole à débiter au décours du traitement curatif ou après guérison de la lésion cutanée

- 1 – Application nasale de pommade à la mupirocine (Bactroban®) 2 fois par jour pendant 5 à 7 jours
- 2 – Lavage corps et cheveux avec un savon à base de chlorhexidine 1 fois par jour pendant 5 à 7 jours
- 3 – Bains de bouche biquotidiens avec une solution de chlorhexidine (sauf chez l'enfant de moins de 6 ans)

Panaris

- Panaris aigu : staphylococcique le plus souvent
- Même principe
 - Collecté = chirurgie (non ambulatoire)
 - Stade non collecté : antiseptiques, antalgiques... non évalué
 - Pas d'antibiothérapie
- Formes chroniques : fongique, *P. aeruginosa*...
 - Prélèvement



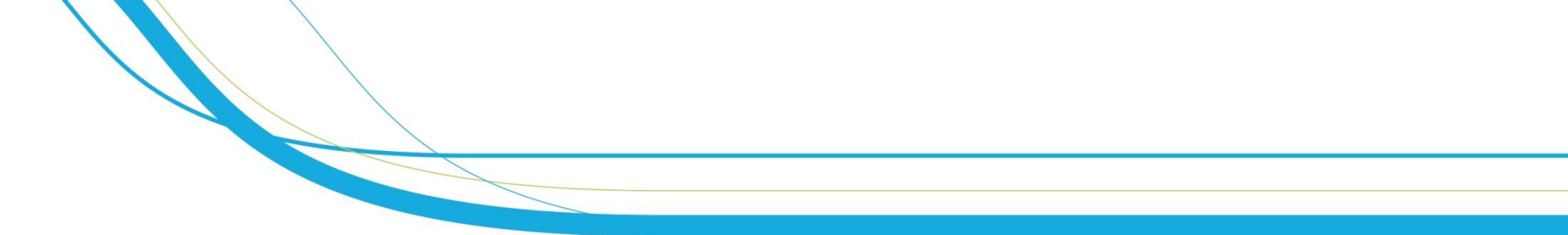
Le piège

Jeune enfant

Fièvre élevée



Panaris herpétique

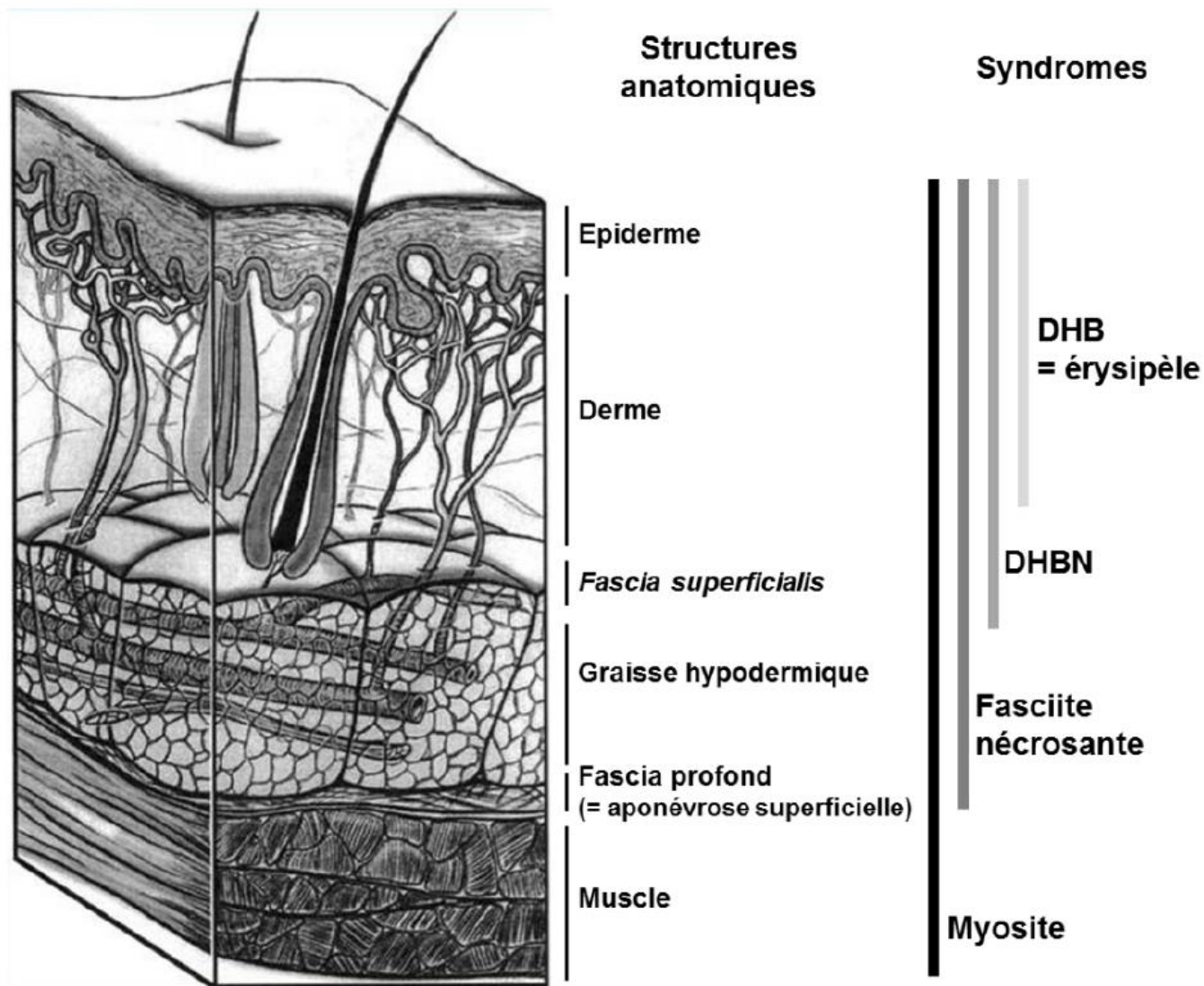


Infections non suppurées

Erysipèle

Dermo-hypodermite bactérienne nécrosante

Infections non suppurées



Erysipèle (DHB)

DHBN/fasciite nécrosante

Signes généraux

Pas de signe de choc

Hypotension
Oligurie
Marbrures
Tachypnée
Hyperlactatémie
Obnubilation

Signes locaux

Pas de progression de la zone atteinte sous traitement

± Bulles à contenu séreux

« Finger test » négatif



Extension rapide de la zone atteinte malgré le traitement antibiotique

Douleurs très intenses, disproportionnées par rapport à l'aspect local

Hypoesthésie/anesthésie

Bulles à contenu hémorragiques

Zones nécrotiques (noires / bleues / livides)

Crépitations

Œdème et douleurs au-delà de la zone érythémateuse

Induration nette des tissus sous-cutanés s'étendant au-delà de la zone cutanée atteinte

« Finger test » positif



**Favorisé par
AINS**

**Urgence
thérapeutique**

**Traitement
médico-chirurgical**

**Streptocoques, *S. aureus*,
entérobactéries,
anaérobies**

Traitement médical

*Streptococcus
pyogenes*

Distinction parfois difficile



Douleurs importantes
Fièvre



**Fasciite nécrosante avec myosite
streptococcique**

Choc septique gravissime

Amputation de la jambe gauche

5 mois de réanimation

Erysipèle

Ambulatoire possible

Contre-indication aux AINS

Amoxicilline 3 à 6 g/j

Ou Pristinamycine, Clindamycine

DHBN

Urgence thérapeutique

Membres :

Amox + genta + clinda

Périnée :

pipéracilline/tazobactam
+ genta + clindamycine

Réanimation

Chirurgie



Combien de temps traitez-vous un érysipèle non compliqué ?

1 - 3 jours

2 - 5 jours

3 - 7 jours

4 - 10 jours

5 - 14 jours

Durée de traitement de l'érysipèle

Combien de temps traitez-vous un érysipèle non compliqué

1 - 3 jours	0%
2 - 5 jours	0%
3 - 7 jours	0%
4 - 10 jours	0%
5 - 14 jours	0%

Durée de traitement de l'érysipèle

- Recommandations IDSA : 5 jours (prolonger en cas de résolution incomplète)
 - Proposition de rajouter des corticoïdes 40 mg/j pour accélérer la guérison clinique (grade faible)
- Proposition SPILF : 7 jours

Synthèse

Infections collectées

↓
Furoncles
panaris

Infections non collectées

↙
Erysipèle

↘
DHBN

Microbiologie

S. aureus
Parfois PVL

Streptococcus
pyogenes

Strepto, entérobactéries,
anaérobies

Traitement

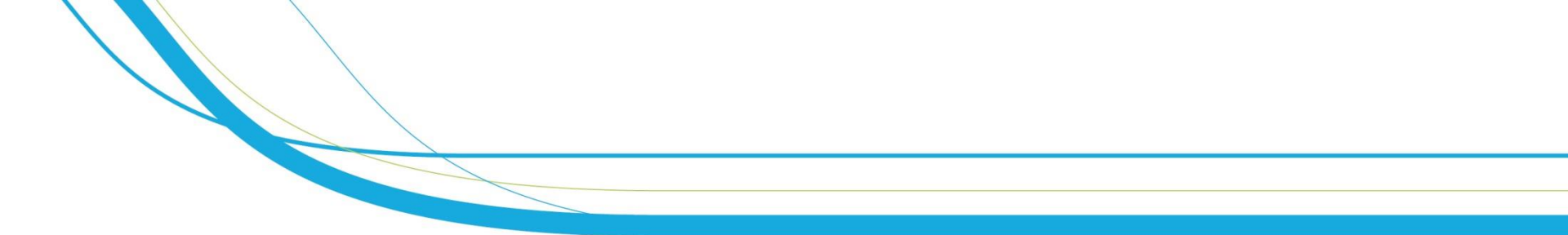
Chirurgie +++
(Parfois ATB)

Amox 7 j

Urgence thérapeutique
Chirurgie
ATB
BL + Clindamycine

Pas d'AINS

Infections récurrentes : avis infectieux



Questions ?