



LiSA n° 155- Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant

Situation de départ

37 Eruptions chez l'enfant
 80 Alopecie et chute des cheveux
 81 Anomalie des ongles
 85 Erythème
 91 Anomalie des muqueuses
 151 Œdème de la face et du cou
 178 Demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostique
 310 Prévention chez un malade contagieux

Savoir définir une mycose superficielle

rang A

Mycose : infection provoquée par des champignons ou mycètes microscopiques ;

Mycose superficielle : mycoses qui touchent la peau, les phanères (ongles, cheveux et poils) et les muqueuses, en particulier au niveau digestif et génital

Connaître les signes d'une infection candidosique et des mycoses (candidoses incluses) orale, génitale, unguéale, d'un pli

rang A

	Dermatophytes	Levures
Agents infectieux	Champignons microscopiques filamenteux et kératinophiles	Champignons microscopiques unicellulaires de forme ovoïde ou sphérique habituellement commensaux de la peau et des muqueuses
	Toujours pathogènes	Pathogènes endosaprophytes muqueux opportunistes
Genre	Epidermophyton Microsporum Trichophyton	Candida albicans Malassezia ou Pityrosporon

Présentation clinique		
Orale	Pas de dermatophytes dans les muqueuses	<p>Perlèche (intertrigo de la commissure labiale, uni- ou bilatéral, où le fond du pli est érythémateux, fissuraire, voire macéré)</p> <p>Glossite (langue rouge dépapillée)</p> <p>Stomatite (xérostomie ; dysgueusie ; muqueuse brillante, rouge, vernissée et douloureuse)</p> <p>Muguet (érythème diffus de la muqueuse buccale, petits dépôts blanchâtres adhérents)</p>
Peau	Plaques arrondies ou polycycliques (coalescentes), bordure très évocatrice érythémateuse vésiculeuse et/ou squameuse ; évolution centrifuge avec guérison centrale	Exceptionnel (chez le nouveau-né ou l'immunodéprimé)
Cuir chevelu	<p>Teignes microsporiques Plaques alopeciques squameuses de grande taille, uniques ou peu nombreuses, arrondies, d'extension centrifuge Cheveux cassés régulièrement à quelques millimètres de la peau</p> <p>Teignes trichophytiques Multiples petites plaques alopeciques éparses, squameuses ou squamo-croûteuses, parfois pustuleuses, engluant des cheveux cassés à leur émergence</p>	Folliculites candidosiques du cuir chevelu (inflammation et suppuration douloureuse du follicule pilo-sébacé)
Génitale	-	Vulvovaginite candidosique :

		<p>lésions érythémateuses et œdémateuses, puis enduit blanchâtre et leucorrhées abondantes, blanc jaunâtre, qui stagnent dans les plis de la muqueuse vulvovaginale, prurit intense ± dyspareunie ; extension aux plis inguinaux et au pli interfessier</p> <p>Balanite et balano-posthite lésions érythémateuses peu spécifiques, rarement pustuleuses du gland, du sillon balano-préputial et/ou du prépuce</p>
Unguéale	<p>Orteils +++ Leuconychie, puis hyperkératose sous-unguéale, puis onycholyse par décollement distal de la tablette unguéale</p>	<p>Péri-onyxis (mains+++): tuméfaction douloureuse de la zone matricielle et du repli sus-unguéal ± pus ; envahissement secondaire de la tablette unguéale (onyxis), prenant une teinte marron verdâtre dans les régions proximales et latérales</p>
Intertrigo des grands plis	<p>Placard bistre, évolution centrifuge, guérison centrale et bordure active érythémato-squameuse ± vésiculeuse avec fin décollement épidermique Fond du pli ni érythémateux, ni fissuré</p>	<p>Intertrigo à fond érythémateux recouvert d'un enduit crémeux malodorant, fissure fréquente du fond du pli, bordure pustuleuse ou collerette desquamative</p>
Intertrigo des petits plis	<p>Inter-orteils Desquamation sèche ou suintante, ± fissuraire, parfois vésiculo-bulles sur la face interne des orteils, 4 et 5^{ème} orteils</p>	<p>Mains-pieds (contact avec l'eau)</p>

Connaître les facteurs favorisants des infections cutanéomuqueuses à candida et mycoses
rang A

	Dermatophytes	Levures
Facteurs favorisants locaux	Effraction épidermique Contamination favorisée par la macération (plis chez les obèses, séchage insuffisant, chaussure fermée ou de sécurité, contact répété avec l'eau...)	*humidité ; macération (contacts répétés avec l'eau, occlusion, obésité, transpiration...) *pH acide *irritations chroniques *xérostomie
Facteurs favorisants généraux		*terrain (immunosuppression, âges extrêmes de la vie et grossesse) *médicaments

Photographies d'un exemple typique de ces mycoses
rang A

Figure 1. Perlèche candidosique



Figure 2. Muguet candidosique



Figure 3. Vulvo-vaginite candidosique



Figure 3. Intertrigo candidosique des grands plis



Figure 4. Péri-onyxis candidosique



Figure 5. Dermatophytie de la peau glabre



Figure 6. Teigne microsporique



Figure 7. Intertrigo dermatophytique des grands plis



Figure 8. Intertrigo dermatophytique inter-orteil



Figure 9. Onychomycoses



Connaître les indications du prélèvement mycologique de la peau et des phanères
rang B

	Dermatophytes	Levures
Indications du prélèvement mycologique	Indispensable avant tout traitement topique ou systémique à l'exception de l'intertrigo inter-orteils	Pas de prélèvement systématique Prélèvement devant : -une atypie clinique, un doute diagnostique ou diagnostic alternatif fréquent (périonyxis) -des lésions chroniques récidivantes -une résistance à un traitement adapté et bien observé



Connaître les principes du traitement des mycoses (candidoses incluses)

rang B

	Dermatophytes	Levures
Principes généraux	*Traitement des facteurs favorisant *Traitement simultané de tous les foyers	
Principes thérapeutiques	*traitements topiques pour des atteintes cutanées limitées pour une durée de 2 à 3 semaines *traitements antifongiques par voie systémique pour les atteintes diffuses, les teignes (associés à un traitement local), l'atteinte unguéale pour une durée de quelques semaines à plusieurs mois	*traitements topiques pour des atteintes cutanées limitées pour une durée de 1 à 3 semaines *traitements antifongiques par voie systémique pour les atteintes diffuses, l'atteinte unguéale, une atteinte non accessible à un traitement topique (muqueuse oesophagienne) les patients immunodéprimés, pour une durée de quelques semaines à plusieurs mois

Connaître la définition d'un panaris

rang A

Panaris : Infection du repli unguéal

Connaître la définition d'un abcès

rang A

Abcès : Collection purulente localisée dans le derme et/ou l'hypoderme

Connaître les principes du traitement d'un abcès

rang B

Incision et drainage de l'abcès.

Antibiothérapie orale pendant 5 jours active sur le *Staphylococcus aureus* (clindamycine ou pristinamycine ou oxacilline ou cloxacilline)



Connaitre les principes du traitement d'un panaris

rang B

Antiseptiques locaux

Antibiothérapie anti-staphylococcique par voie orale en cas de résistance et/ou complication

Incision et drainage en cas de collection purulente

Définir une dermohypodermite bactérienne non nécrosante et nécrosante

rang A

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN) : infection aiguë non nécrosante d'origine bactérienne, intéressant le tissu cutané, principalement due au streptocoque β -hémolytique

Dermohypodermite bactérienne nécrosante (DHBN) et fasciites nécrosantes (FN) : infections nécrosantes du derme et de l'hypoderme pouvant atteindre le muscle, avec production d'endo- et d'exotoxines, mettant en jeu le pronostic vital. Il s'agit d'une urgence médicochirurgicale

Connaître l'épidémiologie et les facteurs de risque des dermohypodermes bactériennes non nécrosantes et nécrosantes chez l'adulte et l'enfant

rang B

	Dermohypodermite bactérienne non nécrosante	Dermohypodermite bactérienne nécrosante
Epidémiologie	Chez l'adulte, Incidence estimée en France entre 10 et 100 cas pour 100 000 habitants Prédominance féminine Age moyen de 60-65 ans Chez l'enfant, survient chez des enfants antérieurement sains et plutôt jeunes, âgés de moins de 3 ans	Chez l'adulte, Incidence estimée à de 0,4/100 000/hab, avec une augmentation après 50 ans. Chez l'enfant, Prévalence estimée à 0,8 par million de patients par an
Facteurs de risque	Chez l'adulte, Locaux : ulcère de jambe, intertrigo inter-orteils, plaie, lymphœdème (insuffisance lymphatique),	Chez l'adulte, âge élevé comorbidités associées : diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance

	insuffisance veineuse, antécédent d'érysipèle Généraux obésité	hépatocellulaire, insuffisance rénale, obésité, homme Chez l'enfant, - porte d'entrée cutanée : traumatisme, morsure - la varicelle - une immunodépression
--	--	--

Connaître les orientations diagnostiques d'une grosse jambe rouge aiguë

rang A

Diagnostic différentiel de la DHBNN aux membres inférieurs (à l'exception des DHBN)

- **dermite de stase de l'insuffisance veineuse** (appelée à tort « eczéma variqueux »), mais poussées inflammatoires le plus souvent bilatérales, apyrexie
- **eczéma de contact**, piqûres d'insecte, érythème migrant, fièvres périodiques familiales, arthrite aiguë, bursite, **thrombose veineuse superficielle ou profonde**

Connaître les signes sémiologiques évocateurs de dermohypodermite bactérienne chez l'adulte et chez l'enfant

rang A

Chez l'adulte et l'enfant

Diagnostic clinique

Survenue **brutale** d'un placard inflammatoire associé à des signes généraux.

Signes locaux : apparition aiguë d'un **placard inflammatoire** (érythème, chaleur, œdème, douleur), d'**extension progressive** sur quelques jours, et **bien limité** ; présence de bulles non hémorragiques ou d'un purpura également rapportés ; **adénopathie locorégionale** ou **lymphangite (Figure 10)**.

Signes généraux : fièvre élevée (38,5° à 40°C), frissons, sensation de malaise

Connaître les localisations les plus fréquentes de dermohypodermite bactérienne non nécrosante et nécrosantes

rang A

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante, chez l'adulte

- localisée le plus souvent aux membres le plus souvent inférieurs (70 à 90 % des cas)

- autres localisations : membre supérieur dans 5-10 % (contexte de néoplasie du sein chez la femme), face (5 % des cas)

La localisation chez l'enfant est différente avec une prédominance moins nette des localisations aux membres inférieurs (porte d'entrée cutanée : surinfection de lésions de varicelle)

Dermohypodermite bactérienne nécrosante, les localisations les plus fréquentes sont celles citées précédemment.

Connaitre les signes de gravité d'une dermohypodermite

rang A

Signes locaux

- Douleur intense, au-delà de toute mesure, au-delà de la zone érythémateuse, œdémateuse et infiltrée ;
- crépitation, zones cyaniques livédoïdes, nécrose cutanée, hypoesthésie ou anesthésie
- extension très rapide

Signes généraux

Signes de sepsis : hypotension, tachycardie, confusion, polypnée.

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante : photographies (érysipèle adulte, dermohypodermite non nécrosante enfant)

rang A

Figure 10. Dermohypodermite bactérienne non nécrosante de l'adulte



Figure 11. Dermohypodermite bactérienne non nécrosante de l'enfant



Dermohypodermite bactérienne non nécrosante : examens à réaliser (et à ne pas réaliser)
rang A

Devant une dermohypodermite bactérienne non nécrosante, **aucun examen** biologique, microbiologique ou d'imagerie n'est à réaliser.

Connaitre le principe du traitement d'une dermohypodermite bactérienne et la notion d'urgence médico-chirurgicale dans les formes nécrosantes. Dermohypodermite bactérienne non nécrosante : traitement (antibiothérapie recommandée et si allergie pénicilline), mesures complémentaires (adulte et enfant)
rang A

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante
Traitements ambulatoire, sauf



- présence de signes de gravité locaux ou généraux,
- existence d'une maladie associée à risque de décompensation : immunosuppression, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, obésité.
- âge élevé
- absence d'une réponse satisfaisante au traitement dans les 72 heures suivant son instauration

Chez l'adulte,

- antibiothérapie orale pour une durée de 7 jours, anti *Streptococcus pyogenes*
amoxicilline : 50 mg/kg/jour en 3 prises avec un maximum de 6 g/jour ; si allergie à la pénicilline : pristinamycine (1 g x 3/jour) ou clindamycine (600 mg x 3/jour, et jusqu'à 600 mg x 4/jour si poids > 100 kg).

Chez l'enfant,

- antibiothérapie orale pour une durée de 7 jours, anti *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes*
amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/jour) ; si allergie aux β -lactamines : **clindamycine** : 40 mg/kg/jour en 3 prises par jour (enfants > 6 ans) ; ou **sulfaméthoxazole-triméthoprime** : 30 mg/kg/jour (exprimé en sulfaméthoxazole) en 3 prises par jour (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans).

Mesures associées

Pas d'antibiothérapie locale

Ne pas prescrire d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Repos avec surélévation du membre atteint

Anticoagulation à dose prophylactique à discuter en fonction des facteurs de risque thrombo-emboliques du patient

Port d'une contention veineuse efficace

Mise à jour de la vaccination anti-tétanique

Dermohypodermite bactérienne nécrosante

Urgence vitale qui impose une prise en charge médico-chirurgicale très rapide en unité de soins intensifs avec une antibiothérapie large spectre et un débridement chirurgical précoce.

Savoir qu'il faut rechercher une porte d'entrée devant une dermohypodermite

rang A

Prise en charge de la porte d'entrée pour prévenir une **récidive** de la dermohypodermite bactérienne (première complication)

Atteinte mycologique à rechercher, peut être multifocale, c'est-à-dire intertrigo + plante + ongle

Prise en charge spécialisée

Connaître la définition et physiopathologie de l'anthrax et furoncle

rang A

Furoncle : infection profonde et nécrosante du follicule pilo-sébacé due à *Staphylococcus aureus*, excréteur d'une toxine le plus souvent (leucocodine de Panton-Valentine)

Anthrax : conglomérat de furoncles

Connaître les signes cliniques du furoncle

rang A

Lésion papulo-nodulaire très inflammatoire qui évolue en 5 à 10 jours vers la nécrose folliculaire avec élimination du follicule pileux (bourbillon).

Photographie de furoncle

rang A

Figure 12. Furoncles





Connaître les principes du traitement du furoncle

rang B

Mesures d'hygiène (changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours)

Dans le cas d'un **furoncle compliqué ou à risque de complication** (i.e. furuncles de la région médio-faciale, des furuncles multiples, d'un terrain débilité), une antibiothérapie anti *Staphylococcus aureus* par voie générale est recommandée, après la réalisation d'un prélèvement bactériologique, et sans en attendre les résultats.

La durée du traitement recommandée est de 5 jours.

Connaître les complications du furoncle

rang B

- Anthrax
- Dermohypodermite péri-lésionnelle
- Abcédation secondaire
- Furonculose : répétition de furuncles pendant plusieurs mois, voire des années, rôle discuté de facteurs favorisants comme le diabète ou l'immunodépression, portage de staphylocoques au niveau des gîtes bactériens (nez, gorge, anus, périnée) à dépister par des prélèvements.
- Staphylococcie maligne de la face (**cf rubriques dédiées 'cellulite faciale'**)

Furonculose (Facteurs favorisants, examens à réaliser)

rang B

Facteurs favorisants

- Facteur contact avec une personne infectée à *Staphylococcus aureus* LVP+ à l'occasion d'un contact surtout intra-familial
- Portage nasal peut favoriser les récurrences
- Comorbidités comme le diabète, l'infection par le VIH

Examens à réaliser

- Furoncle isolé : pas de prélèvement bactériologique.
- Furoncle à risque de complications ou furunculose: prélèvement bactériologique.

Impétigo : définition (physiopath, épidémiologie, impétiginisation)

rang A



Impétigo : lésions cutanées vésiculo-pustuleuses secondairement croûteuses dues à une infection superficielle non folliculaire de la peau à *Staphylococcus aureus* et/ou à *Streptococcus pyogenes*.

Le terme « **impétiginisation** » désigne l'infection d'une dermatose préexistante par *Staphylococcus aureus* et/ou à *Streptococcus pyogenes*.

Pathologie pédiatrique (pic de prévalence entre 0 et 10 ans), prédominance estivale.

Impétigo : diagnostic (impétigo croûteux, impétigo bulleux, impétiginisation)

rang A

Diagnostic clinique.

- Lésion élémentaire: vésiculo-bulle qui se rompt rapidement avec évolution vers une érosion croûteuse mélicérique (70% des formes cliniques) ;
- pourtour de la bouche, mais toutes les zones de la peau peuvent être touchées

Impétigo : photographies (impétigo croûteux, impétigo bulleux, impétiginisation)

rang A

Figure 13. Lésions d'impétigo bulleux et croûteux



Figure 13. Lésion unique d'impétigo crouteux





Connaître les principes du traitement (adulte et enfant) : antibiothérapie et mesures complémentaires

rang B

Impétigo localisé ou peu étendu :

Antibiothérapie locale par mupirocine : 2 à 3 fois par jour durant 5 jours.

Formes étendues ou graves d'impétigo :

Antibiothérapie orale durant 7 jours, sans attendre les résultats microbiologiques (enfant: amoxicilline/acide clavulanique ou cefadroxil ou si allergie pénicillines, josamycine

adulte: pristinamycine ou cefalexine)

Mesures associées

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, pas d'antibiothérapie locale ;

Éviction de collectivité : si lésions non couvrables par pansement : 3 jours d'éviction après le début du traitement.

Diagnostiquer les complications d'un impétigo

rang B

- Ecthyma (forme nécrotique creusante)
- Extension des lésions d'impétigo
- Dépistage de glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique dans les suites d'un impétigo non recommandé

Connaître la définition et physiopathologie de la folliculite

rang A

Folliculite : Infection superficielle du follicule pilo-sébacé secondaire à *staphylococcus aureus*

Connaître les signes cliniques de la folliculite

rang A

Pustule (lésion liquidienne à liquide purulent), **centrée par un poil**, avec érythème péri-folliculaire ;

Lésions en nombre variable, siégeant sur les régions pileuses (cuisses, périnée, bras, thorax et dos)

Connaître les principes du traitement de la folliculite

rang B

Guérison spontanée.

Soins locaux : ne pas manipuler la lésions, lavage à l'eau et au savon ; protéger la lésion avec un pansement. Pas d'antibiothérapie (locale ou générale)

Photographie de folliculite

rang A

Figure 14. Folliculite



Connaitre les complications possibles des folliculites

rang B

Furoncle

Furonculose

Connaître les mécanismes physiopathologiques des cellulites faciales

rang B

Cellulite faciale : infection grave pouvant engager le pronostic vital.



Infection des espaces aponévrotiques profonds de la face et du cou : l'absence de barrière anatomique permet la diffusion de l'infection de manière rapide, de la base du crâne au diaphragme.

Connaître les signes cliniques d'une cellulite faciale collectée et séreuse

rang A

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante de la face (infection au *Streptococcus pyogenes*) : placard inflammatoire unilatéral, très bien limité, avec parfois un bourrelet périphérique

Cellulite faciale d'origine dentaire :

- 1) Stade **séieux** : **placard inflammatoire érythémateux œdématié** (non fluctuant), inflammation gingivale, et présence d'une dent porteuse d'une carie profonde.
- 2) Stade **collecté** : après 3-4 jours d'évolution : aggravation des signes inflammatoires locaux, douleur permanente et pulsatile, insomniant et la présence d'une fluctuation à la palpation. Présence d'un trismus (s'il s'agit d'une atteinte dentaire postérieure).
- 3) Stade **gangréneux** : signes généraux marqués (fièvre à 40 °C, choc septique), diffusion rapide des signes cutanés, possibles crépitants à la palpation.

Staphylococcie maligne de la face

Très rare.

Furoncle manipulé, topographie centro-faciale, placard inflammatoire à bords mal limités, et importance des signes généraux. Doit faire rechercher des signes de thrombophlébite du sinus caverneux (céphalées, cordon veineux facial, exophtalmie, ophtalmoplégie, œdème papillaire, baisse unilatérale de l'acuité visuelle).

Connaître les différentes portes d'entrée d'une cellulite de la face

rang B

- Porte d'entrée dentaire ou péri-dentaire (80% des cas)
- Effraction cutanée, manipulation de furoncle

Connaître les examens de première intention

rang B

- Ne doivent pas retarder la prise en charge
- Bilan infectieux dont les hémocultures
- Scanner cervico-facial injecté en cas de doute diagnostique (permet, au stade collecté, de visualiser la taille de la collection, et son impact sur les VADS), éliminer une



thrombophlébite du sinus caverneux en cas de suspicion de staphylococcie maligne de la face

Connaître les signes de gravité d'une cellulite faciale et complications graves

rang A

Signes locaux

- Douleur intense
- Collection
- crépitation, zones cyaniques livédoïdes, nécrose cutanée, hypoesthésie ou anesthésie
- trismus

Signes généraux

Signes de sepsis : hypotension, tachycardie, confusion, polypnée.

Connaître les principes thérapeutiques des cellulites faciales

rang B

Dépend de l'étiologie de la cellulite faciale.

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante de la face

Prise en charge identique à la dermohypodermite bactérienne non nécrosante des membres inférieurs.

Cellulite faciale d'origine dentaire

A partir du stade collecté, urgence médico-chirurgicale

Antibiothérapie large spectre couvrant les *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* et les germes de la cavité buccale (*Clostridium perfringens* et oedématisants, *Cryptococcus histolyticus*, fusobactéries, actinomycètes).

Anticoagulation préventive ou curative selon d'atteinte de la veine faciale.

Prise en charge chirurgicale de la porte d'entrée et exérèse des tissus nécrosés le cas échéant

Staphylococcie maligne de la face

Urgence médicale

Antibiothérapie couvrant le *Staphylococcus aureus*

Anticoagulation curative selon d'atteinte de la veine faciale.