



Prise en charge des dermatoses infectieuses bactériennes: Quoi de neuf ?

Prof Palokinam PITCHE
Service de Dermato-vénéréologie
CHU Sylvanus Olympio
Université de Lomé

Plan

- 1. Prise en charge des dermohypodermes bactériennes**
- 2. Prise en charge des autres pyodermes**

Pourquoi ce quoi de neuf en 2021 ?

- Recommandations françaises en février 2019 les dermatoses infectieuses (société française de dermatologie, société française de pathologie infectieuse)
- Recommandations anglaises en septembre 2019 sur la prise en charge des érysipèles
- Depuis 10 ans : nombreuses publications sur la prise en charge des érysipèles récurrents et sur l'efficacité des différentes antibiothérapies

Première conférence de consensus française: en 2000

| | |
|--|---|
| Actualités | Ann Dermatol Venerol 2001;128:458-62 |
| Conférence de consensus | |
| Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. Texte court | |





Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Février 2019

NICE National Institute for
Health and Care Excellence



Cellulitis and erysipelas: antimicrobial prescribing

NICE guideline

Published: 27 September 2019

www.nice.org.uk/guidance/ng141

Grade et niveau de preuve pour les recommandations

Grade des recommandations

Preuve scientifique établie

A

Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.

Présomption scientifique

B

Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.

Faible niveau de preuve

C

Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).

Accord d'experts

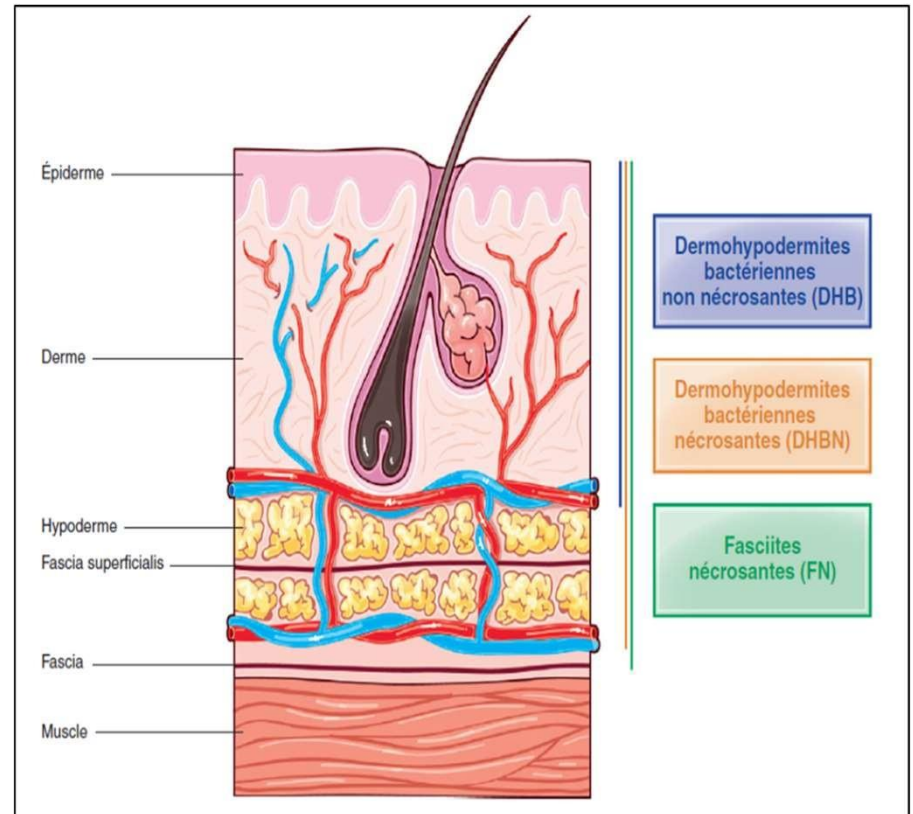
AE

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

1. Prise en charge des dermohypodermes bactériennes (DHB)

Prise en charge des dermohypodermites bactériennes (DHB) : Nosologie

- Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes ou érysipèles (DHBNN)
- Dermohypodermites bactériennes nécrosantes (DHBN)
- Dermohypodermites bactériennes nécrosées ou fasciites nécrosantes



Diagnostic des DHBNN= Erysipèle

Grosse jambe aigue fébrile



Images: service de dermatologie CHU SO Lomé

SOTODERM, FMC mai 2021

Recommandations françaises 2019: **niveau de preuve C et AE**

Diagnostic des DHBNN

AE

Le diagnostic de DHBNN est clinique.

Il est recommandé :

- de rechercher une porte d'entrée cutanée locorégionale ;
- de marquer au feutre les contours du placard inflammatoire ou d'en réaliser une photographie.

Facteurs de risque des DHBNN

- Obésité: $IMC \geq 30$
- Porte d'entrée
- Œdème chronique et Lymphoedème
- Dépigmentation artificielle (Afrique)

DHBNN: Diagnostic différentiel

| Causes infectieuses | Causes non infectieuses |
|--------------------------------------|---|
| Arthrite septique | Eczéma de contact |
| Bursite | Érythème noueux |
| Érythème migrant | Maladie périodique |
| Fasciite/Dermohypodermite nécrosante | Autres panniculites non infectieuses |
| Lymphangite | Piqûre d'insecte, cellulite de Wells |
| Panniculite infectieuse | Poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse |
| | Thrombose veineuse superficielle ou profonde |

DHB: Signes de gravités

En cas de DHB, il est recommandé de rechercher la présence d'un ou de plusieurs des éléments suivants, qui doivent faire suspecter une forme grave :

- signes généraux de sepsis (Score de qSOFA chez l'adulte : troubles de conscience, fréquence respiratoire ≥ 22 /minute et PAS ≤ 100 mmHg), ou de choc toxinique ;
- douleur particulièrement intense, discordante avec les signes locaux, impotence fonctionnelle ;
- 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.

C

Evaluation rapide du sepsis par qSOFA: Sequential Organ Failure Assessment

| Evaluation clinique | score quickSOFA |
|---|-----------------|
| Hypotension artérielle (PAS \leq 100 mmHg) | 1 |
| Fréquence respiratoire élevée (\geq 22 respirations/min) | 1 |
| Altération de conscience (GCS \leq 14) | 1 |

qSOFA \geq 2 = sepsis

Score de SOFA: Sequential Organ Failure Assessment

| Calcul du score SOFA | 0 point | 1 point | 2 points | 3 points | 4 points |
|--|-------------|-----------------|---|---|---|
| PaO ₂ /FiO ₂ | >400 | 301-400 | 201-300 | 101-200 et VA | ≤ 100 et VA |
| Plaquettes x10 ³ /mm ³ | >150 | 101-150 | 51-100 | 21-50 | ≤20 |
| Bilirubine, mg/L (mmol/L) | <12 (<20) | 12-19 (20-32) | 20-59 (33-101) | 60-119 (102-204) | >120 (>204) |
| Hypotension | PAM ≥70mmHG | PAM < 70mmHG | Dopamine ≤ 5 ou dobutamine (toute dose) | Dopa > 5 ou adrénaline ≤ 0,1 ou noradré ≤ 0,1 | Dopamine > 15 ou adr 0,1 ou noradré > 0,1 |
| Score de Glasgow | 15 | 13-14 | 10-12 | 6-9 | <6 |
| Créatinine, mg/L (μmol/L) ou diurèse | <12 (<110) | 12-19 (110-170) | 20-34 (171-299) | 35-49 (300-440) ou <500mL/j | >50 (>440) ou <200mL/j |

VA : ventilation assistée. PAM : pression artérielle moyenne [estimée par (PAS + 2 x PAD) / 3]. Amines : dose en γ/kg/mn

Médecine et
maladies infectieuses



Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Recommandations sur les ATB: infectiologie.com. ATB rationnelle en soins primaires : antibiocliv.com
 ANSM : AMM des ATB, surveillance des effets indésirables. [Site sur les ATB](#) du Ministère de la Santé. Évaluation des pratiques : [HAS](#) - [SPILF](#). Page [ATB](#) du site [CCLIN-ARLIN](#). Sites régionaux d'information sur les ATB : [Lorraine](#) · [Nord Pas de Calais](#) - [Pays de la Loire](#)

Un service du journal *Médecine et Maladies Infectieuses* & de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), membre de la Fédération Française d'Infectiologie. Rédigé par le Dr S. Alfandari.

Critères primaires d'hospitalisation des DHBNN:

Devant un tableau de DHBNN, il est recommandé d'hospitaliser d'emblée le patient dans les cas suivants :

- présence de signes de gravité locaux ou généraux ;
- maladie associée à un risque de décompensation ou de complications (cf. paragraphe 1.5) : immunodépression, diabète déséquilibré, insuffisance cardiaque à partir du stade III NYHA, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique, etc. ;
- obésité morbide (IMC > 40) ;
- impossibilité de traitement ou de surveillance médicale à domicile, risque de non-observance thérapeutique, personne en état de précarité, impossibilité de prendre un traitement par voie orale ;
- sujet âgé > 75 ans et polypathologique avec risque de mauvaise réponse au traitement et/ou risque de décompensation de pathologie chronique ;
- âge inférieur à 1 an.

AE

Critères secondaires d'hospitalisation des DHBNN

- d'apparition de signes de gravité locaux ou généraux ; ou
- d'évolution défavorable dans les 24 à 48 heures suivant l'instauration du traitement antibiotique, notamment en cas de fièvre persistante, d'extension du placard inflammatoire.

DHBNN: Penser à d'autres bactéries dans d'autres localisation

Il est recommandé de considérer une autre étiologie que streptococcique dans les situations suivantes :

AE

- portes d'entrées particulières (morsure animale, exposition marine, voie veineuse périphérique, toxicomanie IV, etc.) ;
- certaines localisations (face, région périnéo-fessière) ;
- certains terrains (enfant, immunodépression).

DHBNN: Attention au AINS

C

Il est recommandé de ne pas prescrire des corticoïdes ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour le traitement d'une DHBNN.

En cas de prise chronique d'AINS, il est recommandé d'arrêter transitoirement ce traitement jusqu'à la guérison de la DHBNN.

En cas de prise chronique de corticoïdes ou d'aspirine à dose anti-agrégante, ceux-ci seront poursuivis sans modification de doses.

DHNN. Traitements: recommandations françaises 2019

| Pathologie | Traitement antibiotique 1 ^{re} intention | Si allergie à la pénicilline | Durée du TTT |
|---------------------|--|---|--------------|
| DHBNN adulte | Amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour | Pristinamycine : 1g x 3 /jour ou Clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg | 7 jours |
| DHBNN enfant | Amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/jour) | Clindamycine : 40 mg/kg/jour en 3 prises par jour (enfants > 6 ans) Sulfaméthoxazole-triméthoprim : 30 mg/kg/jour (exprimé en sulfaméthoxazole) en 3 prises par jour (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans) | 7 jours |

Traitements des DHBNN: recommandations françaises 2019

| Pathologie | Traitement antibiotique 1 ^{re} intention | Si allergie à la pénicilline | Durée du TTT |
|--|--|--|--------------|
| DHBNN adulte Après morsure | Amoxicilline-acide clavulanique : 50 mg/kg/jour d'amoxicilline sans dépasser 6 g/jour, et sans dépasser 375 mg/jour d'acide clavulanique | <i>Avis secondaire (spécialiste hospitalier)</i> | 7 jours |
| DHBNN adulte Après exposition professionnelle Suspicion d'érysipélateoïde (rouget du porc) | Amoxicilline : 50 mg/kg/jour (au maximum 6 g/jour) | <i>Avis secondaire (spécialiste hospitalier)</i> | 7 jours |

Comparaison recommandations françaises et anglaises

Del Guidice Ann Dermatol Venereol 2021

| Pathologies | Recommandations françaises | Recommandations Royaume-Uni (NICE) |
|--|---|---|
| Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes | 1 ^{re} intention : Amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour 2 ^e intention : Pristinamycine : 1 g x 3/jour ou clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg Enfant : Amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3 g/jour) Durée 7 jours | 1 ^{re} intention : Flucloxacilline : 500 mg à 2 grammes par jour en quatre prises 2 ^e intention : Clarithromycine ou érythromycine (pour la femme enceinte) ou doxycycline Enfant : Flucloxacilline Durée 5 à 7 Jours |
| Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes après morsure | Amoxicilline-acide clavulanique : 50 mg/kg/jour d'amoxicilline sans dépasser 6 g/jour, et sans dépasser 375 mg/jour d'acide clavulanique Durée 7 jours | |
| Dermohypodermites de localisation proche du nez ou des yeux | | Amoxicilline-acide clavulanique |

Comparaison recommandations françaises et anglaises

- Pourquoi ? cette différence entre les deux recommandations

Angleterre : « Cellulitis and erysipelas » = ***étiologie: streptocoque pyogène et staphylocoque aureus***

France: Erysipèle = ***étiologie : streptocoque pyogène***

DHBNN: Prophylaxie

| Pathologie | Traitement antibiotique 1 ^{re} intention | Si allergie à la pénicilline | Durée du TTT |
|--|--|------------------------------------|---|
| DHBNN adulte Antibiopro- phylaxie | Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard) : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines Pénicilline V (phénoxy méthylpénicilline) : 1 à 2 millions UI/jour selon le poids en 2 prises | Azithromycine : 250 mg/jour | À évaluer : en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récidive. |

Faire ou non la prophylaxie et à quelle condition ?

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE



Cochrane Database of Systematic Reviews

Penicillin to Prevent Recurrent Leg Cellulitis

Kim S. Thomas, Ph.D., Angela M. Crook, Ph.D., Andrew J. Nunn, M.Sc., Katharine A. Foster, Ph.D., James M. Mason, D.Phil., Joanne R. Chalmers, Ph.D., Ibrahim S. Nasr, M.Sc., Richard J. Brindle, D.M., John English, M.B., B.S., Sarah K. Meredith, F.F.P.H., Nicholas J. Reynolds, M.D., F.R.C.P., David de Berker, M.D., F.R.C.P., Peter S. Mortimer, M.D., F.R.C.P., and Hywel C. Williams, Ph.D., F.R.C.P., for the U.K. Dermatology Clinical Trials Network's PATCH I Trial Team*

Interventions for the prevention of recurrent erysipelas and cellulitis (Review)

Dalal A, Eskin-Schwartz M, Mimouni D, Ray S, Days W, Hodak E, Leibovici L, Paul M

OPEN ACCESS Freely available online



Prophylactic Antibiotics to Prevent Cellulitis of the Leg: Economic Analysis of the PATCH I & II Trials

James M. Mason^{1*}, Kim S. Thomas², Angela M. Crook³, Katharine A. Foster², Joanne R. Chalmers², Andrew J. Nunn³, Hywel C. Williams²

¹Durham Clinical Trials Unit, Durham University, Queen's Campus, Stockton-on-Tees, United Kingdom, ²Centre of Evidence-Based Dermatology, University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom, ³Medical Research Council Clinical Trials Unit, London, United Kingdom

SOTODERM, FMC mai 2021

Prophylaxie: critère

Deux récurrences distinctes d'érysipèle au cours des 12 derniers mois

DHBNN récurrent = efficacité des bas de contention

Résultats : étude contrôlée 2020 : 15% de récurrence dans le groupe cas vs 40% dans le groupe contrôle sur une période de 3 ans

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Compression Therapy to Prevent Recurrent Cellulitis of the Leg

Elizabeth Webb, M.P.H., Teresa Neeman, Ph.D., Francis J. Bowden, M.D.,
Jamie Gaida, Ph.D., Virginia Mumford, Ph.D., and Bernie Bissett, Ph.D.

Dermohypodermite bactérienne nécrosante DHBN (**fasciite nécrosante**)

- Pas de recommandations françaises et anglaises 2019 pour les Fasciites
- Que faire ? (cf. recommandations 2000 toujours valables)

| | |
|--|---|
| Actualités | Ann Dermatol Venerol 2001;128:458-62 |
| Conférence de consensus | |
| Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. Texte court | |



SOTODERM, FMC mai 2021



DHBN-Fasciites : recommandations 2020 : **Urgence médico-chirurgicale**

En urgence

Hospitalisation en unité de soins intensif (mesures de réa)

Incision chirurgicale pour arrêter la nécrose

DHBN-Fasciites. Recommandations 2020 : Antibiothérapie

Fasciites membres et la région cervico faciale (Streptococcus pyogenes et anaérobie)

Première intention

Association Peni G + Clindamycine ou rifampicine

Deuxième intention :
antibiothérapie en fonction germe et antibiogramme

Fasciites de l'abdomen (streptocoque, BGN , anaérobie)

Première intention

Peni à large spectre + métronidazole+ aminoside type amikacine

Deuxième intention :
antibiothérapie en fonction germe et antibiogramme

Recommandation société mondiale de la chirurgie d'urgence et société européenne de la chirurgie infectieuse

Sartelli et al. *World Journal of Emergency Surgery* (2018) 13:58
<https://doi.org/10.1186/s13017-018-0219-9>

World Journal of
Emergency Surgery

REVIEW

Open Access



2018 WSES/SIS-E consensus conference: recommendations for the management of skin and soft-tissue infections

Massimo Sartelli^{1*}, Xavier Guirao², Timothy C. Hardcastle³, Yoram Kluger⁴, Marja. A. Boermeester⁵, Kemal Raşa⁶, Luca Ansaloni⁷, Federico Coccolini⁷, Philippe Montravers⁸, Fikri M. Abu-Zidan⁹, Michele Bartoletti¹⁰, Matteo Bassetti¹¹, Offir Ben-Ishay⁴, Walter L. Biffi¹², Osvaldo Chiara¹³, Massimo Chiarugi¹⁴, Raul Coimbra¹⁵, Francesco Giuseppe De Rosa¹⁶, Belinda De Simone¹⁷, Salomone Di Saverio¹⁸, Maddalena Giannella¹⁰, George Gkiokas¹⁹, Vladimir Khokha²⁰, Francesco M. Labricciosa²¹, Ari Leppäniemi²², Andrey Litvin²³, Ernest E. Moore²⁴, Ionut Nego²⁵, Leonardo Pagani²⁶, Maddalena Peghin¹¹, Edoardo Picetti²⁷, Tadeja Pintar²⁸, Guntars Pupelis²⁹, Ines Rubio-Perez³⁰, Boris Sakakushev³¹, Helmut Segovia-Lohse³², Gabriele Sganga³³, Vishal Shelat³⁴, Michael Sugrue³⁵, Antonio Tarasconi³⁶, Cristian Tranà¹, Jan Ulyych³⁷, Pierluigi Viale¹⁰ and Fausto Catena³³

Protocole empirique

- Antibiotique anti MRSA+ Anti GBN et Vancomycine

2. Prise en charge des autres pyodermites : Abscès, impétigo et furoncles

Prise en charge des autres pyodermites (1)

| Pathologie | Traitement antibiotique 1 ^{re} intention | Si allergie à la pénicilline | Durée du TTT |
|--|--|--|--------------|
| Abcès cutanés | <p>Clindamycine per os/IV : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg</p> <p>Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour</p> <p>Oxacilline ou cloxacilline IV : 6 à 12 g/jour</p> <p>Céfazoline IV : 3 à 6 g/ jour</p> | <i>Idem (sauf oxacilline/cloxacilline et céfazoline)</i> | 5 jours |
| Formes graves d'impétigo Adulte | <p>Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour</p> <p>Céfalexine per os : 2 à 4 g/jour</p> <p><i>À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</i></p> | Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour | 7 jours |
| Formes graves d'impétigo Enfant | <p>Amoxicilline/acide clavulanique : 80 mg/kg/ jour</p> <p>Céfadroxil : 100 mg/kg/ jour</p> <p><i>À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</i></p> | Josamycine : 50 mg/kg/ jour | 7 jours |

Prise en charge des autres pyodermites (2)

| Pathologie | Traitement antibiotique 1 ^{re} intention | Si allergie à la pénicilline | Durée du TTT |
|---------------------------|---|------------------------------|--------------|
| Furoncle compliqué | Clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg Pristinamycine : 1 g x 3 /jour | <i>Idem</i> | 5 jours |
| Furonculose | Clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg Pristinamycine : 1 g x 3 /jour | <i>Idem</i> | 7 jours |

Conclusion : nouveautés

1. DHBNN (érysipèle de jambe). première intention : Amoxicilline , période de 7 jours

2. DHBNN (Autres localisations) : Amoxicilline et acide clavulanique (staphylocoque pris en compte d'emblée dans les recommandations anglaises)

3. Autres pyodermites : durée de traitement de 5 jours

4. Pas de nouvelles recommandations spécifiques pour les fasciites (affection médico-chirurgicale: antibiothérapie probabiliste ou adaptée au germe responsable. Mono ou plurimicrobien)



SOTODERM, FMC mai 2021