



PROJET THIELLAL

Un environnement favorable à l'action des communautés pour agir sur les déterminants de la santé unique des populations, des animaux et de l'environnement en vue d'une transition agroécologique et d'une meilleure santé

Formation sur le bon usage des antibiotique à destination des ICP/SF

Financé par





INFECTIONS BACTÉRIENNES DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS

Dr Moustapha Diop
MD, MPH, DIU Antibiothérapie
Hôpital Principal de Dakar
mouztaphandm@gmail.com



Objectifs

1. Citer 05 infections bactériennes de la peau et des tissus mous
2. Décrire les signes cliniques d'une dermohypodermite bactérienne non nécrosante
3. Pouvoir reconnaître les signes de gravité d'une DHDBNN
4. Différencier une DHDBNN à une Thrombophlébite du membre inférieur
5. Proposer une antibiothérapie pour la dermohypodermite bactérienne non nécrosante de l'adulte

PLAN

1. Généralités

- Définition
- Anatomie
- Topographie des infections de la peau et des tissus mous

2. Bactériologie

3. Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHDB)

4. Dermo hypodermite bactérienne nécrosante (DHDBN)

5. Autres : Impétigo-furoncle-anthrax

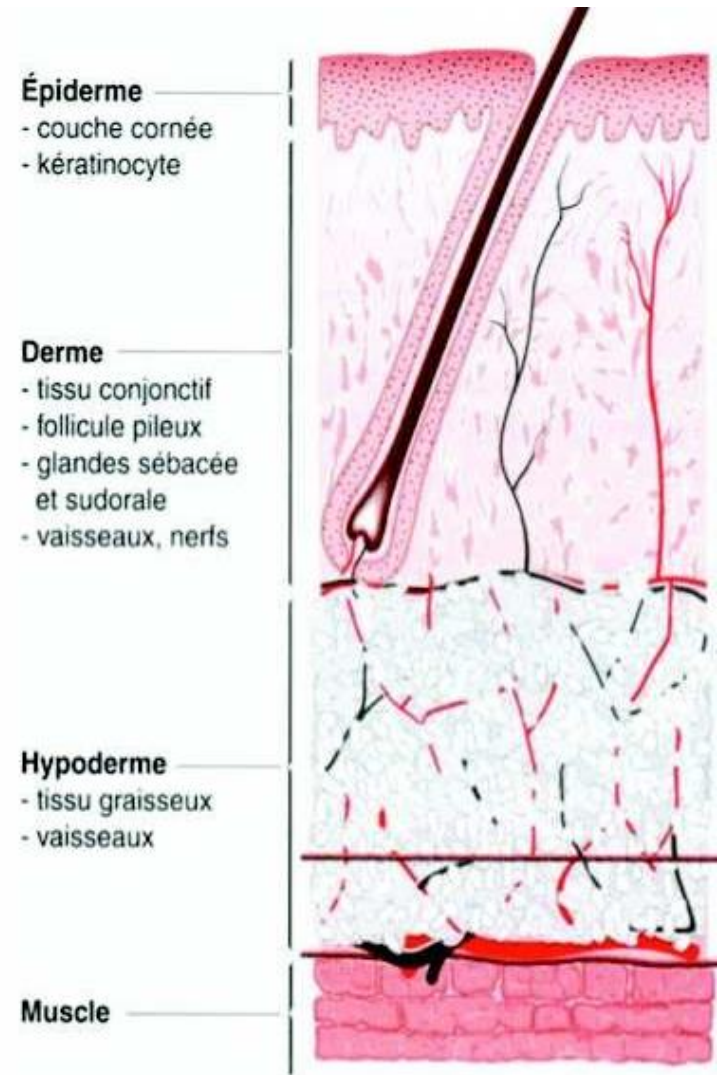
GÉNÉRALITÉS

DÉFINITION

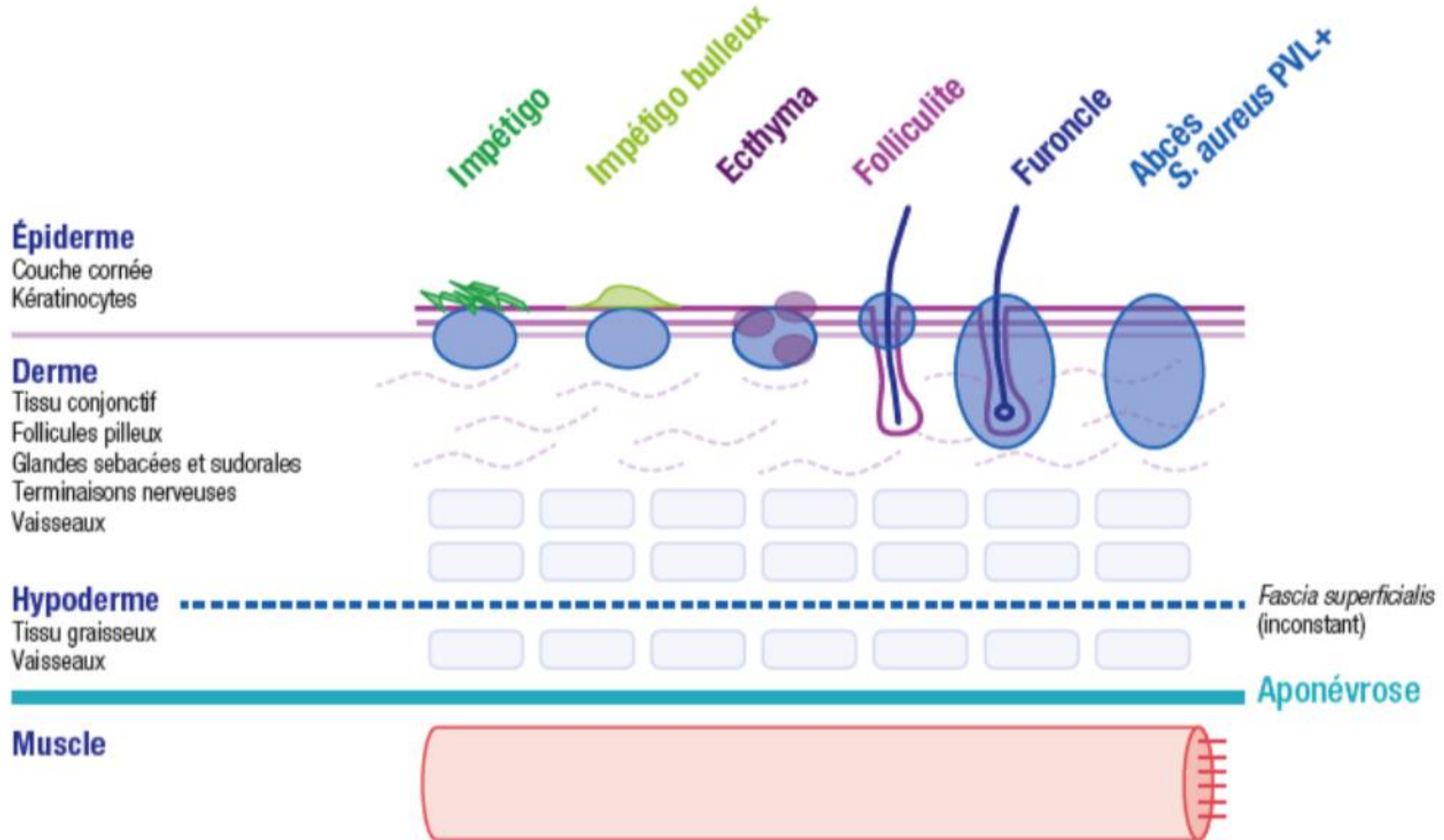
- Inflammation aiguë d'origine bactérienne
 - Derme,
 - hypodermes et / ou
 - fascia
- Superficielles (furoncle, impétigo, ecthyma, folliculite...)
- Profondes (dermohypodermie, fasciite)

ANATOMIE

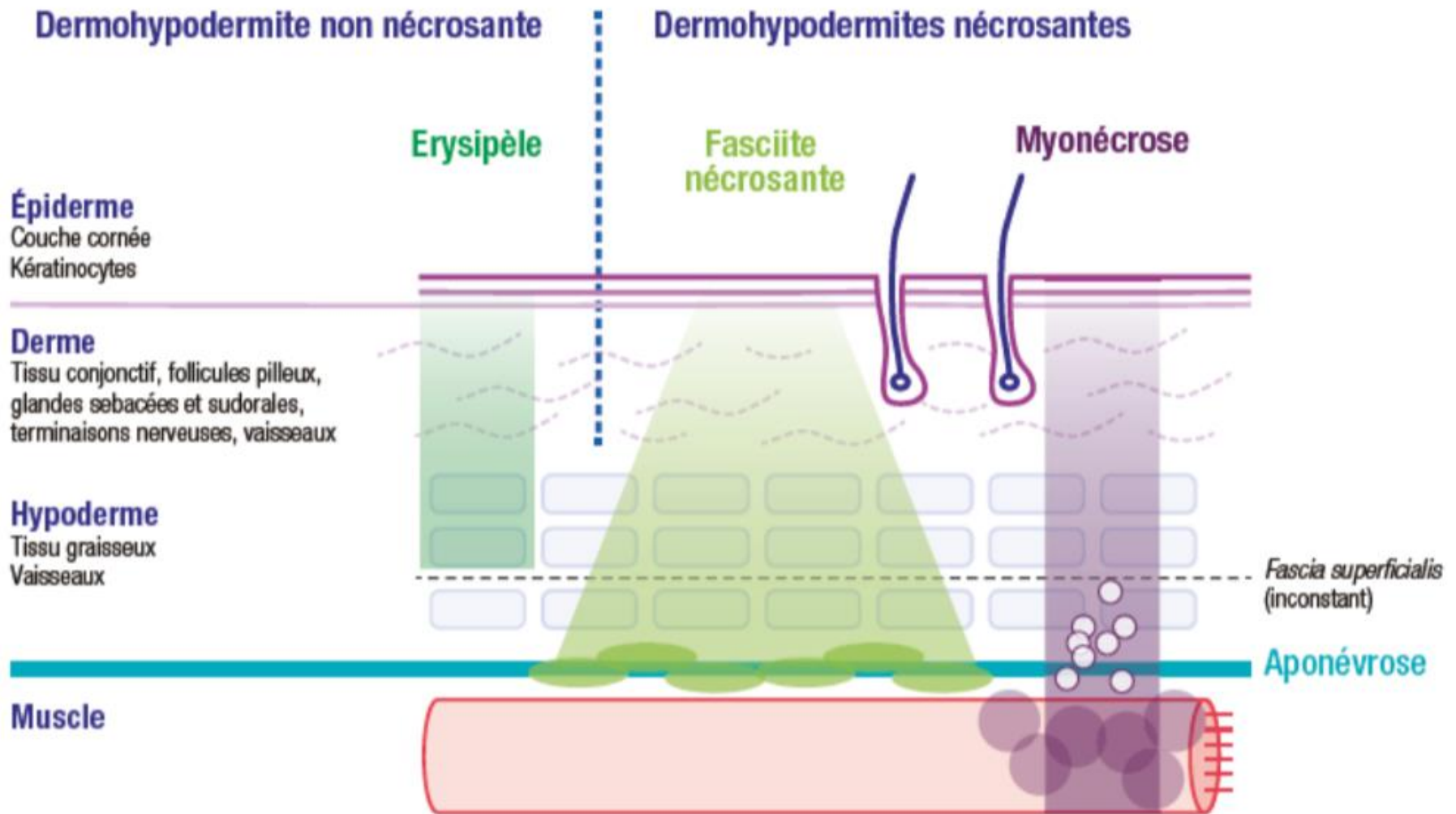
- Surface 1,70 m²
- 2 couches superposées :
 - **Épiderme** → couche cornée = squelette des kératinocytes
 - **Derme** → tissu de soutien
- Jouent le rôle :
 - de sécrétion
 - de respiration
 - de absorption
 - sensoriel tactile



TOPOGRAPHIE



TOPOGRAPHIE



BACTÉRIOLOGIE

BACTÉRIOLOGIE

- **Streptocoque bêta hémolytique groupe A**
(*Streptococcus pyogenes*)
- *Staphylococcus aureus* => *si pus*
- Plus rarement
 - Autres streptocoques bêta-hémolytique => diabète,
 - Entérobactéries => cirrhose, plaie chronique
 - Entérocoque

DERMOHYPODERMITE BACTÉRIENNE NON NÉCROSANTE (DHDB)

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

❖ Définition

Atteinte primitive aigue non nécrosante du tissu cutané et sous-cutané

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

❖ Facteurs favorisant

- Dépigmentation
- Porte entrée loco-régionale : traumatisme ouvert, piqûres insectes, intertrigo, ...
- Diabète
- Immunosuppression
- Insuffisance veineuse
- Lymphodème
- Obésité...

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

❖ Signes cliniques

• Diagnostic clinique

- Début brutal, fièvre 40°C, frissons
- Tuméfaction inflammatoire souvent unilatérale
- Membre inférieur +++
- Placard érythémateux circonscrit
- Bourrelet périphérique, décollement bulleux
- ADP homolatérale
- Porte d'entrée à rechercher activement (plaie traumatique, intertrigo inter orteil, etc)

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante



Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

❖ Signes cliniques

- **Formes topographiques :**

- Visage (5 à 10 %)
- Membre supérieure
- Thorax
- Abdomen
- Périnéo-génitale

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

❖ Signes paracliniques : Pas nécessaire

- NFS : Hyperleucocytose à PNN, anémie inflammatoire
- CRP positive
- **Pas d'écouvillonnage !**

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

❖ Signes de gravité :

- Signes généraux de sepsis (**qSOFA ≥ 2)
- Extension rapide des signes locaux en quelques heures.
- Douleur très intense → Suspecter un début de nécrose
- Signes locaux : lividités, cyanose, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème
- Nécrose locale
- Aggravation des signes locaux dans les 24 à 48 heures malgré l'instauration d'une antibiothérapie adaptée.
- NB: Hospitalisation si existence de signes de gravité

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

❖ Faire la différence avec :

- **Thrombophlébite du membre inférieure**

- Contexte d'alitement ou d'immobilisation prolongée
- Tuméfaction inflammatoire sans placard
- Pas de porte d'entrée
- Echodoppler veineux des membres inférieurs
➔ Thrombose veineuse profonde

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

❖ **Faire la différence avec :**

- **Lymphangite aiguë**

- tuméfaction de membre
- Secondaire à un dysfonctionnement des vaisseaux lymphatiques
- Contexte : Chirurgie, cure d'un cancer (sein +++)
- Lourdeur plutôt qu'une douleur
- Pas de fièvre

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

❖ Faire la différence avec :

- **Une myosite focale**

- Evolution insidieuse de plusieurs semaines
- Masse plus ou moins douloureuse
- Bien localisée / loge musculaire
- Signes généraux : fièvre, myalgie, etc.
- Causes : traumatisme, infections virales, facteurs génétiques, auto-immune

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

❖ Complications:

- Risque de complication majoré par la prise d'AINS
- Extension
- Abcédation
- DHDB nécrosante
- Récidive 20 %
- Décompensation tares : diabète,...
- Complications post streptocoques : rares
 - RAA
 - Néphropathie

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante

❖ Prise en charge thérapeutique

- **Pas d'antibiotique local !**
- **Pas de corticoïdes !**
- **Pas d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) !**
- Mesures d'accompagnement :
 - Prise en charge de la porte d'entrée et FDR +++
 - Repos avec surélévation du membre atteint
 - Bas de contention veineuse dès amélioration
 - Mise à jour de la vaccination antitétanique
 - Soins locaux minutieux des bulles

Prise en charge thérapeutique

DIAGNOSTIC	ANTIBIOTHERAPIE	OBSERVATIONS
DHDB non nécrosante de l'adulte	<p>1ère intention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline 50mg/kg/jour (sans dépasser 6g) en 3 prises VO ou IV ou • Péni G <p>2ème intention : si sensibilité aux quinolones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pristinamycine 1g x 3/jour par VO ou • Clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg <p>Durée du traitement : 7 jours</p>	Si forte suspicion de sécrétion de toxine → Clindamycine ++
DHDB non nécrosante de l'enfant	<p>1ère intention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-ac clavulanique 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/jour) <p>2ème intention : si sensibilité aux quinolones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pristinamycine 40mg/Kg/jour en 3 prises par VO • Sulfaméthoxazole-triméthoprine 30 mg/kg/jour en 3 prises <p>Durée du traitement : 7 jours</p>	forme suspension buvable pour enfants < 6 ans

DHBN ou faciite nécrosante

DHBN ou fasciite nécrosante

❖ Facteurs favorisant

- Age élevé,
- Alcoolisme
- Prise d'AINS ou de corticoïde
- Retard de prise en charge ou traitement inadéquat
- Diabète, obésité, immunodépression
- Anomalie des vaisseaux périphériques

DHBN ou faciite nécrosante

❖ Clinique

- Douleur +++ avec hypoesthésie cutanée et fièvre
- Erythème localisé puis diffuse à limite flou
- Aspect de nécrose avec la peau cyanosée et apparition de bulles
- Evolution ultime vers une gangrène
- Retentissement sur l'état général avec sepsis et défaillance multiviscérale



DHBN ou faciite nécrosante

❖ Prise en charge

- Chirurgie en urgence +++
- Débridement précoce et complet de tous les tissus nécrosés
- Drainage et excision de tous les fascias atteints jusqu'à saignement
- Recherche et traitement de la porte d'entrée (abcès dentaire, lésions rectales, etc.)
- Prélèvements bactériologiques multiples
- La chirurgie sera couplée à une antibiothérapie

Autres infections bactériennes de la peau et des tissus mous

INFECTION BACTÉRIENNE DES PLAIES CHRONIQUES

- **Suspicion d'infection de plaie chronique**, en cas d'association de plusieurs signes suivants :
 - douleur inhabituelle au niveau ou en périphérie de la plaie,
 - arrêt de la cicatrisation, un tissu de granulation friable,
 - aggravation de la plaie (augmentation rapide de la taille, de l'exsudat, caractère purulent ou nécrotique)
 - des signes généraux d'infection
- Pas de prélèvement bactériologique systématique
- Pas d'antibiothérapie, Soins locaux

FURONCLES – ANTHRAX – FURONCULOSE

- **Définition** : infection profonde et nécrosante du follicule pilo-sébacé due à *Staphylococcus aureus* (SA).
- **Formes compliquées de furoncle**
 - Conglomérat de furoncles → **anthrax**
 - Multiplication lésions et répétition dans l'année → **Furonculose**
 - Abscesses secondaires
 - Fièvre
 - Apparition d'une dermohypodermite péri-lésionnelle

FURONCLES – ANTHRAX – FURONCULOSE

- **Clinique:**

- lésion papulo-nodulaire très inflammatoire
- évolution en 5 à 10 jours vers la nécrose folliculaire avec l'élimination du follicule pileux (bourbillon).



Furoncle

- **Furoncle simple :**

- Pas de prélèvement
- Pas d'antibiotiques
- Pas de manipulation



Anthrax

- **Furoncle compliqué :**

- prélèvement bactériologique du pus puis
- antibiothérapie visant le staphylocoque



Furonculose

ONYXIS, PERIONYXIS, PANARIS

- Infection de l'ongle, du bourrelet unguéal, de la pulpe d'un doigt
- Staphylococcus aureus +++
- Douleurs importantes, pulsatiles, insomniantes \pm lymphangite
- Complications :
 - Perte de l'ongle si atteinte de la matrice unguéale
 - Phlegmon des gaines tendineuses
 - Ostéoarthrite
 - Bactériémie,
 - endocardite à staphylocoque
- Traitement : Bains antiseptiques, chirurgie au stade collecté
Antibiothérapie si inflammation étendue et/ou fièvre



ABCÈS SOUS CUTANÉ

Circonstances de survenue

- Complication d'un furoncle
- Ou inoculation directe (toxicomanie IV, piqûre, traumatisme)

Placard érythémateux douloureux, avec collection

Parfois fièvre, lymphangite, ADP satellites

Traitement:

- Chirurgical selon taille (ou ponction)
- Antibiothérapie systématique si inflammation > 5 cm diamètre, terrain fragile, fièvre, localisation au visage, localisations multiples



IMPETIGO

- Principalement dû à *S. aureus*, et parfois au *S. pyogenes*.

Formes communes :

vésiculo-pustuleuse

secondairement croûteuse

Formes graves

Ecthyma (forme nécrotique creusante)

Surface cutanée atteinte > 2 % de la surface corporelle totale

Nombre de lésions > 6

Extension **rapide** des lésions



IMPETIGO

- **Bilan**

- **Forme localisée** ou peu étendue : pas de prélèvement bactériologique
- **Forme grave** : prélèvement bactériologique des lésions actives (pus, liquide de bulle).
- **Principale complication** = glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique

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