

# EPU-95 Montmorency

Formation Médicale Continue du Val d'Oise - Agrément FMC 100-039

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA REGION DE MONTMORENCY

Siège social : 1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency

Secrétariat : 16, rue de la Ferme 95 460 Ézanville

[www.EPU95-montmorency.org](http://www.EPU95-montmorency.org)

## PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES INFECTIONS CUTANÉES STAPHYLOCOCCIQUES ET STREPTOCOCCIQUES DE L'ADULTE EN PRATIQUE QUOTIDIENNE

**Dr Fabien Guibal**

Service de dermatologie - Hôpital Saint Louis – Paris

Séance de FMC du 5 mai 2011

### 1. CRITERES DE CHOIX D'UNE ANTIBIOTHERAPIE

Ils sont basés sur :

- L'efficacité
- La tolérance
- L'étroitesse du spectre
- La capacité ou non à sélectionner des mutants résistants
- Le prix
- Certaines autres caractéristiques, comme la demi-vie, le mode d'action, ...

### 2. FOLLICULITES, FURONCLES, FURONCULOSE

#### 2.2. DANS LE CAS GENERAL

##### LE GERME EN CAUSE

C'est le *Staphylococcus aureus* exclusivement.



##### LE TRAITEMENT

De première intention, en l'absence d'allergie aux bêta-lactamines, c'est la cloxacilline (Orbenine®) à la dose de 500 mg /8h pendant 8 jours. L'oxacilline (Bristopen®) par voie orale est à éviter en raison de sa mauvaise biodisponibilité orale.

Une antisepsie locale avec la chlorexidine (Septéal®, Biseptine®, ..) sera réalisée.

En cas d'allergie aux bêta-lactamines, la pristinamycine (Pyostacine®) à la dose de 1g /12h, pendant 8 jours.

#### 2.3. CAS PARTICULIER DE LA FURONCULOSE CHRONIQUE

C'est fréquent et représente 20 à 30% des patients atteints de furunculose. Dans ce cas la recherche d'un portage chronique de *Staphylococcus aureus* au niveau des gîtes s'impose :

Narines +++

Plis axillaires, inguinaux, interfessier, ombilic, cicatrices de furoncles

En dehors des poussées, le traitement comprend :

L'acide fusidique (Fucidine®) en topique appliqué matin et soir, sur les gîtes positifs, 1 semaine / mois pendant 6 mois

Les règles d'hygiène sont à respecter avec une douche par jour en utilisant le Cystéal®, par exemple.

### 3. L'IMPETIGO

#### 3.2. L'IMPETIGO NON BULLEUX :

##### LES GERMES EN CAUSE

Ce sont le *Staphylococcus aureus* (~60% des cas) et le *Streptococcus pyogenes* (Strepto A).

##### LE TRAITEMENT

On s'accorde qu'un traitement par voie général n'est habituellement indiqué, uniquement **s'il existe plus de 3 lésions**. Dans les autres cas, un traitement topique suffit.

De première intention, en l'absence d'allergie aux bêta-lactamines c'est :

Une céphalosporine de 1ère génération : cefatrizine (Cefaperos®) à la dose de 500mg /12h, pendant 10 jours ou le cefadroxil (Oracefal®) à la dose de 1g /12h, pendant 10 jours

La pénicilline M : cloxacilline (Orbenine®) à la dose de 500mg / 8h pendant 10 jours

Est associé, un traitement topique par l'acide fusidique (Fucidine®) ou la mupirocine (Mupiderm®), matin et soir pendant 10 jours.

En cas d'allergie aux bêta-lactamines, l'alternative est la pristinamycine (Pyostacine®) à la dose de 50mg/Kg/j en 2 prises ou 1g /12h pendant 10 jours.

Le traitement topique est le même : l'acide fusidique (Fucidine®) ou la mupirocine (Mupiderm®), matin et soir pendant 10 jours.

S'il y a moins de 3 lésions, le traitement topique seul est suffisant : acide fusidique (Fucidine®) ou mupirocine (Mupiderm®), matin et soir pendant 10 jours.

#### 3.3. L'IMPETIGO BULLEUX :



##### LE GERME EN CAUSE

C'est le *Staphylococcus aureus* **exclusivement**.

##### LE TRAITEMENT

De première intention, en l'absence d'allergie aux bêta-lactamines, c'est :

La pénicilline M, cloxacilline (Orbenine®) à la dose de 500 mg /8h pendant 10 jours.

Une céphalosporine de 1ère génération : cefatrizine (Cefaperos®) à la dose de 500mg /12h, pendant 10 jours ou le cefadroxil (Oracefal®) à la dose de 1g /12h, pendant 10 jours

Le traitement topique est le même : l'acide fusidique (Fucidine®) ou la mupirocine (Mupiderm®), matin et soir pendant 10 jours.

En cas d'allergie aux bêta-lactamines, l'alternative est la pristinamycine (Pyostacine®) à la dose de 50mg/Kg/j en 2 prises ou 1g /12h pendant 10 jours.

Le traitement topique est le même : l'acide fusidique (Fucidine®) ou la mupirocine (Mupiderm®), matin et soir pendant 10 jours.

## 4. L'ERYSIPELE



### 4.2. DEFINITION

C'est une dermo-hypodermite aiguë non nécrosante (infection du derme et de l'hypoderme) survenant au décours d'une affection cutanée mal ou non soignée (plaie, impétigo, lésion mycosique des plis (intertrigo), etc.) ou d'un orifice naturel (œil, nez, etc.). Il touche surtout les adultes après 60 ans. Plus de 85 % des érysipèles surviennent aux membres inférieurs.

### 4.3. LES GERMES EN CAUSE

Il s'agit du *Streptococcus pyogenes* (Strepto A), plus rarement les sérotypes C et G.

### 4.4. LE TRAITEMENT

Il ne nécessite pas d'hospitalisation systématique.

De première intention, en l'absence d'allergie aux bêta-lactamines, c'est l'amoxicilline à la dose de 1,5g /8h pendant 15 jours.

En cas d'allergie aux bêta-lactamines, c'est pristinamycine (Pyostacine®) à la dose de 1,5g /12h, pendant 15 jours.

Le traitement de la porte d'entrée est nécessaire. En l'absence de facteurs de risque, il n'y a pas d'anticoagulation.

En ambulatoire, la surveillance clinique doit être quotidienne. A 72 heures, il faut hospitaliser s'il y a :

- Persistance de la fièvre
- Apparition de nouveaux signes locaux ou généraux
- Décompensation d'une pathologie associée

### 4.5. LA PREVENTION DES RECIDIVES

C'est un point important car le risque est élevé de l'ordre de 30% à 3 ans.

Le traitement préventif doit être débuté après 2 épisodes d'érysipèle. En l'absence d'allergie aux bêta-lactamines, amoxicilline : 500mg /12h au long cours. En cas d'allergie, un macrolide (Par ex : roxithromycine (Rulid®) 1cp /j.).

Le port de bas de contention pour contrôler l'œdème est important.

## 5. LES *S. AUREUS* « DE VILLE » RESISTANTS A LA METHICILLINE

### 5.2. LE CONTEXTE

Ils représentent environ 10% des *S. Aureus* rencontrés en ville. Ils sont différents génétiquement des *S. Aureus* hospitaliers résistants à la méthicilline (MRSA). Ils sont résistants à toutes les pénicillines mais restent sensibles aux cyclines et au Bactrim®.

Les populations à risque sont, en général d'hommes jeunes vivants en groupe (militaires, prisonniers, sportifs, toxicomanes, homosexuels, sdf).

La présentation clinique la plus fréquente est sous la forme d'abcès cutanés ou de folliculite

Le risque d'infection est élevé en cas de colonisation par ce type de pathogènes car ils sont producteurs de leucocidine de Panton-Valentine +++ (\*)

### 5.3. LA PRISE EN CHARGE, EN PRATIQUE...

En cas d'abcès :

- Drainage +++, plus culture avec antibiogramme
- Si antibiothérapie, au moindre doute, il faut utiliser des cyclines ou le Bactrim®

Les autres présentations :

- Prise en charge habituelle
- Envisager un problème de résistance en cas d'évolution défavorable

## 6. CONCLUSION

Un petit nombre d'antibiotiques, efficaces, bien tolérés et bon marchés, suffit au traitement de l'immense majorité des infections cutanées bactériennes rencontrées en pratique de ville.

Une grande vigilance vis-à-vis de l'émergence des *S. aureus* 'de ville' résistants à la méthicilline est nécessaire, en particulier pour les dermatologues, placés en première ligne pour ce problème de santé publique de première importance.

0-0-0

(\*) = Les toxines synergohyménotropes (SHT) auxquelles appartient la leucocidine de Panton Valentine sont un groupe de toxines bactériennes détruisant les leucocytes par création de pores dans les membranes plasmiques des cellules eucaryotes. Elles entraînent des désordres de perméabilité et des désordres ioniques majeurs, le relargage de cytokines, l'activation intracellulaire des protéases, l'induction de l'apoptose, et enfin la mort cellulaire.

Leucocidine de Panton Valentine

- Historiquement décrite pour la première fois en 1957 par Woodin
- Individualisation en 2 composés distincts en 1959
- Purification de la protéine en 1960
- Gènes clonés et séquencés en 1995
- Cristallisation en 2000 de LukS-PV et LukF-PV

GAMMA-HÉMOLYSINES	LEUCOCIDINE DE PANTON VALENTINE
Association de 2 composants : S (HlgA ou HlgC) et F (HlgB)	Association de 2 composants, S : LukS-PV et F : LukF-PV
4 variants moléculaires	
Leucotoxique ( <i>in vitro</i> )	Leucotoxique
Hémolytique	Non hémolytique Dermo-nécrotique
Présente dans <b>97 %</b> des <i>S. aureus</i>	Présente dans <b>2 %</b> des <i>S. aureus</i>

## 7. PARTIE NON PRESENTEE LORS DE L'EXPOSE

### FAUT-IL TRAITER LES MOLLUSCUM CONTAGIOSUM ? REPONSE NON

#### DEFINITION

Le *molluscum contagiosum* est une lésion dermatologique contagieuse causée par un virus de la famille des pox virus.

La lésion est caractérisée par une papule arrondie ombiliquée de quelques millimètres de diamètre, généralement non prurigineuse.

Des patients qui ne demandent rien et les enfants sont exceptionnellement gênés.

Les parents peuvent être rassurés et convaincus de l'intérêt de l'abstention thérapeutique. Mais cela prend du temps.

Un certificat suffit pour calmer les enseignants.

#### HISTOIRE NATURELLE DES MOLLUSCUMS

Ce que l'on sait :

- Une bénignité constante en dehors d'une immunodépression sous-jacente
- Une régression spontanée systématique, chaque lésion disparaît, en moyenne, en 2 mois et l'ensemble de l'éruption disparaît en 18 à 24 mois.

Les traitements proposés sont douloureux et/ou inefficaces

- Azote liquide ou curette c'est douloureux ++ et l'efficacité est très incomplète (70%)
- Les autres traitements n'ont pas d'AMM et soit coûtent souvent très chers comme l'imiquimod ou sont de simples placebo.
- Aucun traitement n'a démontré d'efficacité (Cochrane review).

### FAUT-IL TRAITER LES VERRUES PLANTAIRES ? REPONSE NON

#### HISTOIRE NATURELLE DES VERRUES PLANTAIRES

On observe une régression spontanée quasi-systématique à plus ou moins long terme et 60 à 70 % des lésions disparaissent en 18 mois.

Il faut savoir qu'il y a des HPV en peau apparemment saine 1 cm autour de chaque lésion.

#### LES TRAITEMENTS

Ils sont plus qu'insatisfaisants :

- Fastidieux et donc inefficaces (kératolytiques)
- Douloureux et inefficaces (azote)
- Douloureux, inefficaces, responsables de séquelles et chers (laser)

La demande est le plus souvent esthétique car l'immense majorité des verrues plantaires ne gênent pas la marche et n'évoluent pas. Il est possible de rassurer les patients...

Les exceptions sont:

- Les lésions qui gênent la marche.
- Les immunodéprimés dans certains cas.