

## Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques, de l'adulte et de l'enfant

Connaissances pour la validation du 2<sup>e</sup> cycle des études médicales

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Savoir définir une mycose superficielle
	Diagnostic positif	Connaître les signes d'une infection candidosique et des mycoses (candidoses incluses) orale, génitale, unguéale, d'un pli
	Éléments physiopathologiques	Connaître les facteurs favorisant des infections cutanéomuqueuses à candida et mycoses
	Contenu multimédia	Photographies d'un exemple typique de ces mycoses
B	Examens complémentaires	Connaître les indications du prélèvement mycologique de la peau et des phanères
	Prise en charge	Connaître les principes du traitement des mycoses (candidoses incluses)
A	Définition	Connaître la définition d'un panaris
	Définition	Connaître la définition d'un abcès
B	Prise en charge	Connaître les principes du traitement d'un abcès
	Prise en charge	Connaître les principes du traitement d'un panaris
A	Définition	Définir une dermohypodermite bactérienne non nécrosante et nécrosante
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître l'épidémiologie et les facteurs de risque des dermohypodermes bactériennes non nécrosantes et nécrosantes chez l'adulte et l'enfant
A	Diagnostic positif	Connaître les orientations diagnostiques d'une grosse jambe rouge aiguë
	Diagnostic positif	Connaître les signes sémiologiques évocateurs de dermohypodermite bactérienne chez l'adulte et chez l'enfant
	Diagnostic positif	Connaître les localisations les plus fréquentes de dermohypodermite bactérienne non nécrosante et nécrosante
	Identifier une urgence	Connaître les signes de gravité d'une dermohypodermite
	Contenu multimédia	Dermohypodermite bactérienne non nécrosante : contenu multimédia (érysipèle adulte, dermohypodermite non nécrosante enfant)
	Examens complémentaires	Dermohypodermite bactérienne non nécrosante : examens à réaliser (et à ne pas réaliser)
	Prise en charge	Connaître le principe du traitement d'une dermohypodermite bactérienne et la notion d'urgence médico-chirurgicale dans les formes nécrosantes. Dermohypodermite bactérienne non nécrosante : antibiothérapie recommandée et si allergie pénicilline, mesures complémentaires (adulte et enfant)

## ITEM 155

Rang	Rubrique	Intitulé
A	<b>Prise en charge</b>	Savoir qu'il faut rechercher une porte d'entrée devant une dermohypodermite
	<b>Éléments physiopathologiques</b>	Connaître la définition et physiopathologie de l'anthrax et furoncle
	<b>Diagnostic positif</b>	Connaître les signes cliniques du furoncle
	<b>Contenu multimédia</b>	Photographie de furoncle
B	<b>Suivi et/ou pronostic</b>	Connaître les principes du traitement du furoncle
	<b>Suivi et/ou pronostic</b>	Connaître les complications du furoncle
	<b>Suivi et/ou pronostic</b>	Furonculose (facteurs favorisants, examens à réaliser)
A	<b>Définition</b>	Impétigo : définition (physiopathologie, épidémiologie, impétiginisation)
	<b>Diagnostic positif</b>	Impétigo : diagnostic (impétigo crouteux, impétigo bulleux, impétiginisation)
	<b>Contenu multimédia</b>	Impétigo : contenu multimédia (impétigo crouteux, impétigo bulleux, impétiginisation)
B	<b>Prise en charge</b>	Connaître les principes du traitement d'un impétigo (adulte et enfant) : antibiothérapie et mesures complémentaires
	<b>Suivi et/ou pronostic</b>	Diagnostiquer les complications d'un impétigo
A	<b>Définition</b>	Connaître la définition et physiopathologie de la folliculite
	<b>Diagnostic positif</b>	Connaître les signes cliniques de la folliculite
B	<b>Prise en charge</b>	Connaître les principes du traitement de la folliculite
A	<b>Contenu multimédia</b>	Photographie de folliculite
B	<b>Suivi et / ou pronostic</b>	Connaître les complications possibles des folliculites
	<b>Éléments physiopathologiques</b>	Connaître les mécanismes physiopathologiques des cellulites faciales
A	<b>Diagnostic positif</b>	Connaître les signes cliniques d'une cellulite faciale collectée et séreuse
B	<b>Étiologie</b>	Connaître les différentes portes d'entrée d'une cellulite de la face
	<b>Examens complémentaires</b>	Connaître les examens de première intention
A	<b>Identifier une urgence</b>	Connaître les signes de gravité d'une cellulite faciale et complications graves
B	<b>Prise en charge</b>	Connaître les principes thérapeutiques des cellulites faciales

Pour la partie pédiatrie, consulter le référentiel du Collège de Pédiatrie

## Points importants

### Infections cutanées bactériennes

- Les infections cutanées à pyogènes sont dues principalement à *Staphylococcus aureus* et à *Streptococcus pyogenes* (également appelés Streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A).
- L'impétigo est une infection contagieuse de l'épiderme due à *S. aureus*, *S. pyogenes*, ou aux deux. Un traitement local est le plus souvent suffisant.
- Folliculites et furoncles sont des infections du follicule pilo-sébacé. Une antibiothérapie par voie générale est indiquée dans les furoncles de la face en raison du risque de staphylococcie maligne.
- L'abcès cutané est le plus souvent lié à *S. aureus*. Le traitement est essentiellement chirurgical.
- L'érysipèle est une dermo-hypodermite non nécrosante essentiellement due à *S. pyogenes*. Le diagnostic est clinique. Le traitement repose sur l'antibiothérapie (amoxicilline).
- La dermo-hypodermite bactérienne nécrosante est une infection rare mais gravissime, liée également à *S. pyogenes* en association avec d'autres bactéries. La distinction clinique précoce avec l'érysipèle est fondamentale, le pronostic étant lié à la rapidité de la prise en charge médico-chirurgicale. Sur le plan clinique, il existe des signes de sepsis associés à des lésions cutanées nécrotiques.

### Mycoses superficielles

- Infections fréquentes et bénignes de l'épiderme et des phanères dues à des champignons.
- Diagnostic essentiellement clinique.
- Parmi les agents responsables, on distingue :
  - Les dermatophytes, champignons filamenteux kératinophiles, responsables de dermatoses, d'onyxis (atteintes unguéales) et de teignes.
  - Les levures représentées par le genre *Candida*, saprophytes des muqueuses et de la peau infectant la peau, les muqueuses et les ongles, et par *Malassezia furfur*, saprophyte fréquent de la peau, responsable du *pityriasis versicolor* et de la dermite séborrhéique.
- Traitement associant toujours la suppression des facteurs favorisants + un traitement antifongique local ou systémique en cas de teigne, d'onyxis à dermatophytes avec atteinte matricielle, et d'onyxis candidosique et de candidose buccale ou oesophagienne.

## CONSENSUS ET RECOMMANDATIONS

- **Recommandations de bonnes pratiques HAS. Prise en charge des infections bactériennes courantes (février 2019).**
- **Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. SPILF et SFD. Janvier 2000.**

## 1 Bases pour comprendre

A

Les infections cutanées bactériennes (F-155-1) sont essentiellement dues à *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes* (streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A).

En France, *Staphylococcus aureus* communautaire est sensible à la méticilline dans > 95 % des cas. *Streptococcus pyogenes* est sensible à la pénicilline dans 100 % des cas. En cas d'allergie aux  $\beta$ -lactamines, dans les infections à staphylocoques ou streptocoques, on utilise la pristinamycine ou la clindamycine.

Les infections mycosiques superficielles sont essentiellement dues à *Candida* spp. et aux dermatophytes.

## 2 Infections bactériennes

### 1. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UN IMPÉTIGO

#### Physiopathologie

Infection de la couche cornée de l'épiderme. Étiologie staphylococcique le plus souvent (70 %), ou streptococcique (30 %) ; parfois association des deux. Maladie non immunisante : récives possibles.

#### Épidémiologie

Infection cutanée bactérienne la plus fréquente chez l'enfant, plus volontiers en milieu défavorisé. Très contagieuse par manuportage : épidémies intra-familiales ou scolaires.

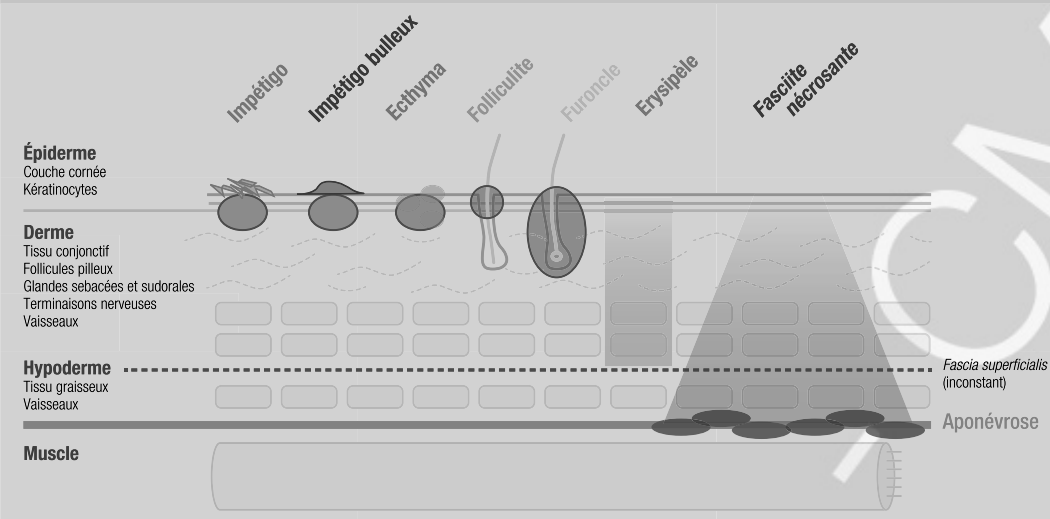
#### Diagnostic clinique

Le diagnostic est clinique (P-155-1). Prélèvement bactériologique réservé aux études épidémiologiques ou aux échecs de traitement : prélèvement d'une vésicule ou d'une bulle non rompue.

#### Forme habituelle

- Lésion élémentaire : vésico-bulle, sur peau inflammatoire.
- Lésion superficielle et fragile, se rompant rapidement pour laisser la place à une érosion suintante puis croûteuse, volontiers jaunâtre (croûte "mélécérique") (P-155-1, A).
- Regroupement des lésions en placards polycycliques (P-155-1, B).

F-155-1 : Niveaux d'atteinte en fonction de la pathologie



- Classiquement régions péri-orificielles : surtout péri-buccales, mais aussi péri-anales ou péri-génitales chez le nourrisson. Toutes les zones de la peau peuvent être touchées.
- Parfois adénopathie satellite.
- Apyrexie.
- Guérit sans laisser de cicatrice.

A

#### Formes particulières

- **Impétigo péri-anal ou péri-génital des nourrissons** (« pemphigus épidémique des crèches ») : étiologie staphylococcique, par macération dans les couches.
- **Impétiginisation** : infection bactérienne d'une dermatose prurigineuse préexistante (eczéma, varicelle...). En dehors de ce contexte, évoquer systématiquement gale et pédiculose.
- **Ecthyma** : impétigo creusant nécrotique (P-155-1, C). Adultes, plus volontiers diabétiques ou éthyliques. Membres inférieurs. D'abord épaisse croûte noirâtre entourée d'un halo inflammatoire, qui laisse une ulcération profonde dans le derme. Laisse une cicatrice. Étiologie streptococcique.

B

#### Complications

Affection bénigne qui pose surtout des problèmes de contagiosité, l'impétigo se complique très rarement.

B

#### Traitement

##### Mesures générales

- Éviction scolaire seulement si les lésions ne sont pas protégées par des pansements, pendant 3 jours après le début du traitement.
- Hygiène : lavage bi-quotidien au savon avec rinçage, ongles coupés courts, lavage des mains.
- Antibiothérapie :
  - formes peu étendues (< 2 % de la surface corporelle et ≤ 5 sites lésionnels) : antibiothérapie locale (mupirocine) 2 fois par jour pendant 5 jours,
  - formes plus étendues : antibiotiques *per os* pendant 7 jours. Chez l'adulte, C1G (cefalexine), ou pristinaïmycine.

P-155-1 : Impétigo

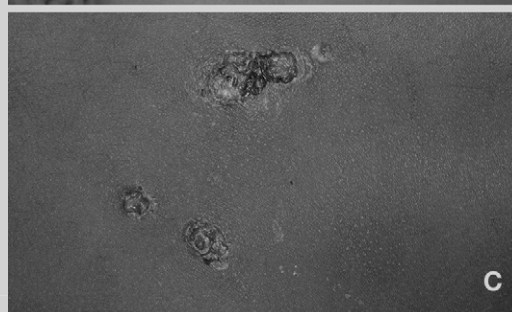


Photo T. Ferry - B. Fouilloux - © GMIT - Aliméa Plus



## 2. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE FOLLICULITE

A

### Physiopathologie

- *S. aureus* est l'agent causal principal.
- Infection du follicule pilo-sébacé.
- Facteurs favorisants : macération, frottements, rasage

A

### Diagnostic clinique

- Lésions papuleuses érythémateuses centrées par des poils, évoluant vers des pustules (P-155-2).
- Pas de cicatrice.
- Sites préférentiels : zones de frottements (périnée, cuisses, dos).
- Apyrexie.
- Formes particulières : orgelet (centré sur un cil), sycosis (poils durs : barbe et pubis) lié aux rasages répétés.
- Diagnostics différentiels :  
Folliculites à bacilles Gram négatif.  
Folliculites trichophytiques.  
Acné.

A

### P-155-2 : Folliculite superficielle

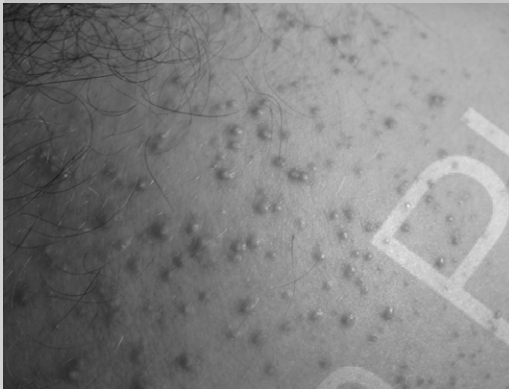


Photo T. Ferry - © CMIT - Alinéa Plus

B

### Traitement

- Hygiène : douche quotidienne, vêtements propres quotidiens, éviter sous-vêtements synthétiques pour limiter la macération.
- Antiseptiques pluriquotidiens.
- Sycosis : mousse à raser antiseptique, rasoirs jetables, espacer le rasage.
- Antibiotiques *per os* uniquement dans les formes profuses : pristinamycine, clindamycine, voire amoxicilline-acide clavulanique si contre-indication ou mauvaise tolérance des antibiotiques précédents.
- Pas de complication.

## 3. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UN FURONCLE

A

### Physiopathologie

- Folliculite profonde et nécrosante de l'ensemble du follicule pilo-sébacé.
- *S. aureus*, parfois sécréteur d'une toxine : la leucocidine de Panton-Valentine (PVL), dans les furonculoses.
- Les localisations médio-faciales peuvent se compliquer de staphylococcie maligne. Les furoncles peuvent également être à l'origine de bactériémies et localisations staphylococciques secondaires.

### Diagnostic clinique

- Lésion papulo-nodulaire très inflammatoire, douloureuse, constituant après 5 à 10 jours de maturation une zone nécrotique en son centre : le bourbillon (P-155-3).
- Facteurs favorisants : macération, frottements.
- Cicatrice séquellaire.
- Apyrexie, sauf si forme profuse ou compliquée.

### P-155-3 : Furoncles



Photo T. Ferry - © CMIT - Alinéa Plus

### Formes cliniques

- Anthrax : conglomérat de plusieurs furoncles.
- Furonculose : répétition de furoncles souvent multiples pendant plusieurs mois, voire années. Souvent liée au portage nasal persistant de staphylocoque doré, avec possibilité de dissémination dans l'entourage. La recherche de terrain favorisant (diabète, immunodépression, carence martiale) est le plus souvent négative.

### Complications

#### Locorégionales

- Absès sous-cutané.
- Lymphangite.
- Dermohypodermite aiguë péri-lésionnelle.
- Staphylococcie maligne de la face (P-155-4) : complication d'un furoncle centro-facial, le plus souvent suite à une manipulation intempestive. Survenue brutale d'un placard extensif du visage, associé à une fièvre. Hospitalisation et traitement antibiotique urgents, du fait du risque de thrombophlébite du sinus caverneux.

#### Systémiques

- Porte d'entrée de bactériémies à *Staphylococcus aureus*, avec risque de greffe secondaire : endocardites, infections ostéoarticulaires (arthrites aiguës, spondylodiscites, infections de prothèse) etc.

B

P-155-4 : **Staphylococcie maligne de la face**

Photo - © CMIT - Alinéa Plus

B

**Bilan étiologique**

Inutile pour une forme sporadique non compliquée. Pour les furonculoses ou les formes compliquées :

- Numération formule sanguine (neutropénie, lymphopénie),
- Dépistage VIH,
- Électrophorèse des protéines plasmatiques,
- Glycémie à jeun,
- Prélèvement bactériologique d'un furoncle (avant antibiothérapie),
- Pas d'indication à la recherche de toxine PVL en routine.
- En cas d'échec de décolonisation, on recherche le portage de *S. aureus* dans les gîtes (narines, périnés, anus, cicatrices).

B

**Traitement**

*Furoncle isolé : soins locaux*

- Pas de manipulation du furoncle (limite le risque de complications).
- Soins de toilette quotidiens (lavage à l'eau et au savon).
- Incision de l'extrémité pour évacuer le bourbillon (furoncle volumineux).
- Protection de la lésion avec un pansement.
- Pas d'antibiothérapie.

*Furoncle compliqué (anthrax, dermo-hypodermite péri-lésionnelle, multiplication des lésions)*

- Antibiothérapie orale pendant 5 jours : pristinamycine ou clindamycine (pas d'antibiothérapie locale).
- Mesures d'hygiène rigoureuses (changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours).

*Furonculose*

- Lors d'une poussée :
  - antibiothérapie orale pendant 7 jours : pristinamycine ou clindamycine,
  - mesures d'hygiène et protection des lésions par pansement,
  - douches antiseptiques avec une solution moussante de chlorhexidine comme savon et comme shampoing (une fois par jour pendant 7 jours).
- Après guérison de la poussée : décolonisation des gîtes bactériens du patient et de son entourage (personnes vivant sous le même toit et personnes en contact proche) :

- application nasale de pommade mupirocine 2 fois par jour pendant 7 jours,
- bains de bouche à la chlorhexidine 2 fois par jour pendant 7 jours,
- douche antiseptique 1 fois par jour pendant 7 jours,
- porter des vêtements propres et changer fréquemment le linge de toilette,
- entretien de l'environnement.

**4. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UN ABCÈS CUTANÉ**

Il s'agit d'une collection sous-cutanée dont *S. aureus* est de loin le premier agent responsable. Il se manifeste par un placard inflammatoire douloureux évoluant en quelques jours vers la collection sentie à la palpation. Le traitement est avant tout instrumental : ponction-évacuation à l'aiguille ou incision chirurgicale. On y associe une antibiothérapie active sur *S. aureus*.

**5. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE DERMOHYPODERMITE BACTÉRIENNE**

Le point essentiel est de savoir différencier une dermo-hypodermite aiguë bactérienne non nécrosante qui est une maladie fréquente et d'évolution généralement favorable, d'une dermo-hypodermite aiguë bactérienne nécrosante, pathologie rare mais urgence médico-chirurgicale absolue (pronostic directement lié à la rapidité de prise en charge).

**Dermo-hypodermite aiguë bactérienne non nécrosante (DHBNN) : érysipèle**

**Physiopathologie**

- Dermo-hypodermite bactérienne aiguë, localisée, non nécrosante.
- *Streptococcus pyogenes* essentiellement, plus rarement streptocoque  $\beta$ -hémolytique des groupes B, C et G.
- La sensibilité de ces bactéries à la pénicilline est de 100 %.
- La symptomatologie inflammatoire bruyante est liée à un phénomène de superantigène responsable d'une réaction inflammatoire explosive.
- Contrastant avec cette clinique bruyante, la prolifération bactérienne est peu intense : positivité des hémocultures dans < 5 % des cas.

**Diagnostic**

*Avant tout clinique (P-155-5)*

- Placard inflammatoire (rouge, chaud, douloureux), de début brutal, d'extension rapide, unilatéral.
- Bourrelet périphérique (limite nette et surélevée du placard inflammatoire) le plus souvent au visage.
- Décollement bulleux à contenu citrin et purpura localisé possibles, sans être des critères de gravité.
- Fièvre,  $\pm$  frissons.
- Adénopathie satellite et/ou lymphangite inconstantes.
- Localisation : membres inférieurs (90 %), visage (5-10 %), membres supérieurs (si antécédent de curage ganglionnaire axillaire), thorax (antécédents de thoracotomie).
- Porte d'entrée trouvée dans  $\frac{3}{4}$  des cas, parfois minime : intertrigo, piqûre, plaie... À rechercher systématiquement.

A

## P-155-5 : Érysipèle du membre inférieur gauche



Photo P. Tattévin - © CMMT - Aliméa Plus

B

- Facteurs de risque : antécédent personnel de DHBNN, obésité (IMC > 30), lymphœdème, présence d'une porte d'entrée cutanée.

A

## Signes de gravité

- Signes généraux de sepsis ou de choc toxinique.
- Extension rapide des signes locaux en quelques heures.
- Douleur très intense, impotence fonctionnelle.
- Signes locaux : lividités, taches cyaniques, 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.

A

## Signes négatifs

- Pas de signes de gravité du sepsis, pas de nécrose, qui doivent faire suspecter une dermo-hypodermite nécrosante.

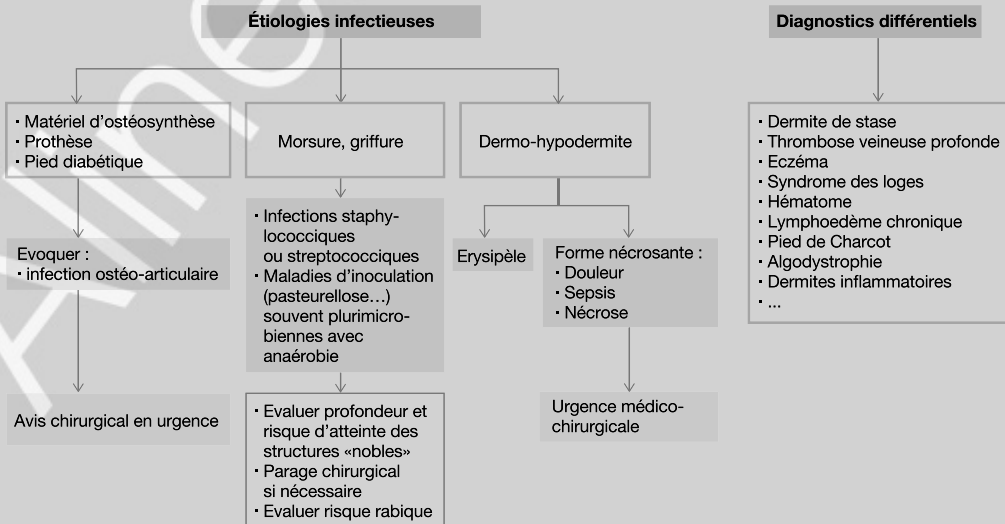
A

## Diagnostiques différentiels (F-155-2)

- Dermo-hypodermite de stase (sur insuffisance veineuse) : souvent bilatérale, d'évolution subaiguë/

A

## F-155-2 : Orientations diagnostiques devant une grosse jambe rouge aiguë



chronique, sans fièvre, régression avec le repos, pas de syndrome inflammatoire biologique.

- Dermo-hypodermite bactérienne nécrosante si présence de signes de gravité.
- Dermo-hypodermite à *Staphylococcus aureus* : s'étendant à partir d'un mal perforant plantaire chez le diabétique, à partir d'un point d'injection (ex : toxicomanie IV). Présence fréquente de pus.
- Infection du site opératoire : infection de matériel d'ostéosynthèse ou de prothèse ostéoarticulaire.
- Morsure, griffure, érythème migrant, érythème noueux, lymphangite, panniculite.

## Examens complémentaires

- Aucun examen complémentaire en cas de forme typique non compliquée.
- Les prélèvements microbiologiques (prélèvement de la porte d'entrée et hémoculture) ne se font que si morsure animale ou humaine, voyage, survenue en milieu aquatique, post-traumatique, patient immunodéprimé, nosocomiale, signes de gravité locaux ou généraux.

## Traitement

- Le traitement peut se faire en ambulatoire.
- Hospitalisation si :
  - doute diagnostique,
  - signes de gravité locaux ou généraux,
  - risque de décompensation de pathologie associée (diabète déséquilibré, insuffisance cardiaque...),
  - impossibilité de traitement ou de surveillance médicale à domicile, âge > 75 ans, obésité morbide, âge < 1 an,
  - pas d'amélioration dans les 24 à 48 heures après l'instauration de l'antibiothérapie (d'où l'intérêt de délimiter la zone inflammatoire au feutre).
- Antibiothérapie
  - Durée : 7 jours.
  - Amoxicilline en 1<sup>re</sup> intention : *per os* si possible, à posologie suffisante adaptée au poids (sous-dosage = risque d'échec, diffusion médiocre de l'amoxicilline dans les tissus mous).
  - Pristinamycine ou clindamycine *per os* si allergie.

- Traitement symptomatique
  - Antalgiques (paracétamol ; pas de corticoïdes ni d'AINS).
  - Repos au lit avec surélévation du membre inférieur jusqu'à régression des phénomènes inflammatoires.
  - Contention veineuse dès amélioration de la douleur.
  - Anticoagulation préventive uniquement si facteurs de risque de thrombose.
- Traitement de la porte d'entrée (intertrigo inter-orteil).
- Mise à jour de la vaccination antitétanique si nécessaire.
- Prévention des récurrences (30 % des cas) :
  - traitement de la porte d'entrée et des facteurs favorisants (intertrigo inter-orteil, macération, hygiène) ;
  - traitement de l'insuffisance veino-lymphatique après l'épisode aigu : contention 3 semaines dès que possible, drainages, perte de poids, ... ;
  - antibioprofylaxie (effet suspensif) chez l'adulte uniquement si facteurs de risque non contrôlables et après 2 épisodes dans l'année écoulée : benzathine-benzyl-pénicilline G ou pénicilline V, durée en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence.

### Dermohypodermite bactérienne aiguë nécrosante et fasciite nécrosante

#### Physiopathologie

- Contrairement à l'érysipèle, prolifération bactérienne intense avec nécrose.
- La nécrose évolue de la profondeur (hypoderme) vers la superficie : lésions profondes beaucoup plus sévères que ce qu'on peut visualiser à l'examen cutané.
- Urgence médico-chirurgicale.

- Rare, 100 fois moins fréquente que l'érysipèle, mais grave : 30 % de mortalité.
- Bactéries responsables : *Streptococcus pyogenes* le plus souvent, en association avec d'autres bactéries (variant selon les sites atteints).
- Facteurs de risque : âge > 60 ans, toxicomanie IV, diabète (volontiers déséquilibré), obésité (IMC > 30), immunodépression, malnutrition, AOMI, insuffisance veineuse.
- La prise d'AINS est fortement suspectée de favoriser l'évolution nécrosante.

#### Présentation clinique (P-155-6)

La présentation initiale est celle d'un érysipèle, mais certains signes doivent faire suspecter une forme nécrosante :

- signes de gravité du sepsis ;
- douleur intense, non soulagée par des antalgiques de palier 1 ou 2, s'étendant au-delà des zones inflammatoires ;
- induration des tissus au-delà des lésions visibles (difficile à percevoir si terrain de lymphoedème) ;
- extension rapide (entourer les zones inflammatoires au crayon) ;
- à un stade plus tardif : apparition de placards grisâtres hypoesthésiques au toucher (ce qui contraste avec la douleur spontanée, l'hypoesthésie étant liée à la nécrose des récepteurs de la sensibilité superficielle), évoluant vers la nécrose ;
- crépitation possible en cas d'association à des bactéries anaérobies.

#### P-155-6 : Dermohypodermite bactérienne nécrosante du membre supérieur à streptocoque A



Photo F. Simon - © OMMIT - Aliméa Plus

#### Topographie :

- Membres inférieurs le plus souvent.
- Formes cervico-faciales, plutôt après chirurgie ORL (risque de médiastinite).
- Formes thoraco-abdominales : après chirurgie thoracique ou digestive.
- Formes périnéales (gangrène de Fournier) : chirurgie ou procédure digestive ou urologique.

#### Diagnostic

Dès le diagnostic suspecté, il s'agit d'une urgence médicochirurgicale.

- Bilan préopératoire.
- Bactériologie : hémocultures en urgence, prélèvements per-opératoires (aéro-anaérobies).
- L'imagerie n'a pas d'intérêt à ce stade (va retarder la prise en charge) : l'IRM pourra être utile pour guider les chirurgiens dans les chirurgies de reprise après la prise en charge initiale.

#### Traitement

- Urgence médico-chirurgicale.
- Débridement chirurgical large de l'ensemble des tissus nécrosés.
- Antibiothérapie intraveineuse à fortes doses.
- Adaptation de l'antibiothérapie aux prélèvements per-opératoires.
- La durée du traitement antibiotique est de 14 à 21 jours.
- Réanimation.
- Traitement de la porte d'entrée.
- Mise à jour de la vaccination antitétanique si nécessaire.

### 6. DERMOHYPODERMITES FACIALES

Deux situations sont à considérer :

- les dermohypodermes bactériennes dont la porte d'entrée est buccodentaire,
- les dermohypodermes bactériennes dont la porte d'entrée est cutanée.

#### Dermohypodermes d'origine buccodentaire

Plusieurs tableaux cliniques sont possibles :

- la DHB séreuse : tuméfaction douloureuse, aux limites imprécises, comblant le sillon buccodentaire. La peau est tendue, douloureuse discrètement érythémateuse. Il n'y a généralement pas de fièvre ou alors très modérée. Le diagnostic nécessite un examen dentaire et une radiographie dentaire. Le traitement repose sur l'antibiothérapie orientée vers les bactéries buccodentaires et un geste dentaire,
- la DHB collectée : fait habituellement suite à la forme séreuse. La douleur est intense avec une

peau tendue et la palpation d'une fluctuation sous-cutanée. Il peut exister un trismus. La fièvre est élevée. La prise en charge par chirurgie dentaire s'impose avec une antibiothérapie orientée vers les bactéries d'origine dentaire,

- la DHB chronique : persistance de la collection, fistulisation chronique.

Ces deux formes peuvent se compliquer d'une dermo-hypodermite diffuse, gagnant le cou et le médiastin. Des signes de gravité apparaissent : crépitation neigeuse sous-cutanée, sepsis, voire choc septique, détresse respiratoire. Un scanner cervical s'impose. La prise en charge repose sur la chirurgie souvent délabrante, l'antibiothérapie et la réanimation.

### Dermohypodermite d'origine cutanée

La DHB non nécrosante est essentiellement liée à *S. pyogenes*. On retrouve une plaque érythémateuse avec bourrelet inflammatoire périphérique (P-155-7). La porte d'entrée est souvent insignifiante. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Le traitement est identique aux DHB des membres.

La staphylococcie maligne de la face est une maladie grave et fait suite à une manipulation d'un furoncle (P155-4). Une thrombose du sinus caverneux est fréquente. Un scanner de la face avec injection s'impose et le traitement repose sur une antibiothérapie et une prise en charge chirurgicale.

P-155-7 : Erysipèle de la face



Photo T. Ferry - © CMIT - Alinéa Plus

## 7. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UN PANARIS

Infection du bourrelet unguéal et de la pulpe du doigt. Majoritairement dû à *S. aureus*. L'atteinte unguéale peut aboutir à la perte de l'ongle si la matrice est touchée. Douleurs importantes et pulsatiles de l'extrémité des doigts. Une lymphangite peut être associée. Elle peut se compliquer de phlegmon des gaines et d'arthrite.

Le traitement repose sur les bains antiseptiques pluri-quotidiens. Un geste chirurgical est nécessaire en cas de collection ou de phlegmon des gaines ainsi qu'une antibiothérapie antistaphylococcique.

## 3 Mycoses superficielles

Infections de la couche cornée de l'épiderme, des muqueuses et des phanères (ongles, cheveux et poils), par des champignons.

## 1. INFECTIONS CUTANÉOMUQUEUSES À CANDIDA

### Intertrigo des grands plis

- Localisations possibles : plis axillaires, sous-mammaires, inguinaux, interfessier.
- Facteurs favorisants : macération, diabète, obésité, manque d'hygiène, antibiothérapie systémique.
- Aspect clinique : érosion linéaire érythémateuse, bordée par une collerette squameuse avec vésiculopustules, souvent suintante, malodorante et prurigineuse (P-155-8).

P-155-8 : Candidose à *Candida albicans* du pli inguino-scrotal (intertrigo inguino-scrotal)

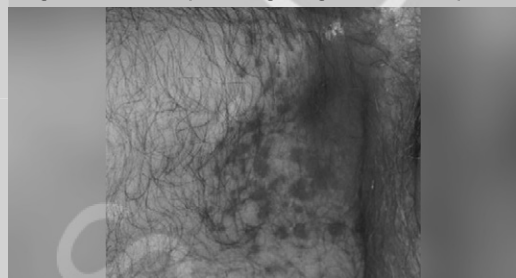


Photo E. Caumes - © CMIT - Alinéa Plus

- Diagnostic clinique.
- Traitement : suppression des facteurs favorisants (éviter macération : sous-vêtements coton, séchage soigneux des plis après toilette). Traitement par topiques d'amphotéricine B ou azolés 2 fois par jour pendant 2 semaines.

### Périoronix (voire onyxis) à *Candida*

- Clinique : périoronix, avec bourrelet inflammatoire péri-unguéal pouvant suppurer. L'ongle peut être secondairement atteint à partir du bord proximal et prend une teinte jaunâtre. Evolution chronique (par opposition aux périoronix bactériens d'évolution aiguë) (P-155-9).

P-155-9 : Candidose unguéale à *Candida albicans* associant onyxis et perionyxis dont l'un des deux diffère de l'autre par l'application d'une antiseptique à base de polyvidone iodée



Photo E. Caumes - © CMIT - Alinéa Plus

- Localisation : mains, exceptionnellement les orteils.
- Facteur favorisants : exposition des mains à l'humidité et aux détergents (agents d'entretien).
- Diagnostic différentiel : périoronix bactérien (staphylocoque doré, streptocoque), onyxis à dermatophytes.

- B**
- Diagnostic : prélèvement du pus à l'écouvillon pour examen direct et culture.
  - Traitement : port de gants, traitement local ou systématique par antifongique azolé (fluconazole) en fonction de la clinique.

**A** **Vulvo-vaginite à *Candida***

- Clinique : érythème et œdème vulvo-vaginal, prurit, brûlures vaginales, dyspareunie, leucorrhées blanchâtres.
- Facteurs favorisants : antibiothérapie systémique, diabète, grossesse.

- B**
- Traitement : nystatine ou azolés en ovules gynécologiques. En cas de formes récidivantes, fluconazole *per os*.

**A** **Balanite et balano-posthite**

- Inflammation du gland et du prépuce.
- Enduit blanchâtre dans le sillon balano-préputial, prurit.
- Pas de prélèvement systématique.
- Prélever devant :
  - une atypie clinique, un doute diagnostique ou diagnostic alternatif fréquent (péronyxis),
  - des lésions chroniques, récidivantes,
  - une résistance à un traitement adapté et bien observé.
- Traitement local par dérivé azolé pendant 1 semaine. En cas d'échec, fluconazole *per os*.

**A** **Candidose buccale**

- Langue et muqueuses jugales inflammatoires avec sensation de brûlure (forme érythémateuse), puis apparition d'un enduit blanchâtre plus ou moins confluent (muguet) (P-155-10).
- Perlèche fréquemment associée (fissure douloureuse de la commissure labiale).
- Facteurs favorisants : personnes âgées, prothèses dentaires, nourrisson, antibiothérapies systémiques, immunodépression.
- En l'absence de facteur favorisant ou sur forme récidivante : dépistage VIH.
- Diagnostic clinique
- Traitement : azolé (fluconazole) par voie générale pendant 7 à 14 jours recommandé chez les patients immunodéprimés (en particulier ceux infectés par la VIH).
- Chez le patient VIH négatif un traitement topique par solution d'amphotéricine B ou par comprimés muco adhésifs de miconazole peut être une alternative. S'assurer de l'absence de dysphagie évoquant une candidose œsophagienne nécessitant un traitement de 14 à 21 jours.

P-155-10 : **Candidose buccale à *Candida albicans* dans une forme pseudomembraneuse (muguet) chez un patient immunodéprimé**



Photo E. Caumes - © CMTT - Alliréa Plus

**2. INFECTIONS CUTANÉES À *MALASSEZIA FURFUR***

*Malassezia furfur* est une levure lipophile commensale dont la prolifération sur la peau grasse est favorisée par la sudation, l'humidité, la chaleur : manifestations fréquentes l'été ou lors de voyages sous les tropiques.

**Pityriasis versicolor**

- Macules individualisées puis confluentes, rosées puis chamois, achromiques après exposition solaire.
- Non prurigineuses.
- Cou et partie supérieure du tronc (zones riches en glandes sébacées).
- Diagnostic : "scotch test cutané" et examen microscopique (spores et filaments courts). Culture inutile.
- Traitement : gel moussant kétoconazole à répéter à 48 heures.

**Dermite séborrhéique**

- Dermatose chronique fréquente (prévalence 1-3 % de la population).
- Localisation la plus fréquente : le visage.
- Clinique : plaques plus ou moins érythémateuses, recouvertes de petites squames grasses blanchâtres dans les zones où prédomine la séborrhée : sillons naso-labiaux, sourcils, glabella, lisière antérieure du cuir chevelu. Prurit possible.
- Terrain : surtout hommes adultes.
- Formes cliniques : formes du cuir chevelu (pityriasis capitis) fréquentes chez le nourrisson ("croûtes de lait"), formes érythrodermiques étendues.
- Facteurs favorisants : infection VIH, maladie de Parkinson et syndromes extrapyramidaux iatrogènes, alcoolisme chronique.
- Diagnostic : clinique
- Traitement : kétoconazole en gel moussant ou ciclopiroxolamine en topique ± dermocorticoïdes dans les formes très inflammatoires.

**3. INFECTIONS À DERMATOPHYTES**

- Trois genres de dermatophytes : *Microsporum* spp., *Epidermophyton* spp., *Trichophyton* spp.
- Trois types de réservoir : tellurique, humain, animal.
- Absence d'atteinte muqueuse.
- Recherche de cas dans l'entourage.
- Diagnostic confirmé par les prélèvements mycologiques (examen direct, culture).

- Traitement : suppression ou traitement des facteurs favorisants, traitement médicamenteux toujours local et parfois général.

A

**Intertrigo des petits plis**

- Contamination par sols souillés de squames (piscines, tatamis)
- Facteurs favorisants : macération (chaussures synthétiques)
- Clinique : fissuration ± prurigineuse du fond du pli interdigital au niveau des pieds ("pied d'athlète").
- Principale porte d'entrée des érysipèles.

B

- Traitement : correction des facteurs favorisants, bien sécher les espaces inter-orteils après la toilette, traitement des chaussures par poudre antifongique, lavage des chaussettes, azolés locaux pendant 3 semaines ou terbinafine 1 semaine

A

**Intertrigo des grands plis**

Les différences cliniques entre intertrigo à dermatophytes et intertrigo candidosique sont résumées dans le tableau T-155-1.

A

**T-155-1 : Clinique des intertrigos**

Intertrigo à dermatophytes	Intertrigo candidosique
Fond sec	Fond fissuré, enduit blanchâtre
Extension à distance du pli	Pas d'extension à distance du pli
Bords	Bords émiettés avec fine collerette polycycliques

B

- Traitement : bien sécher les plis après la toilette, azolés locaux pendant 3 semaines, ou terbinafine locale 1 semaine.

A

**Onyxis dermatophytique (onychomycose)**

- Ongle progressivement friable et jaunâtre, sans périonyxis (P-155-11).

A

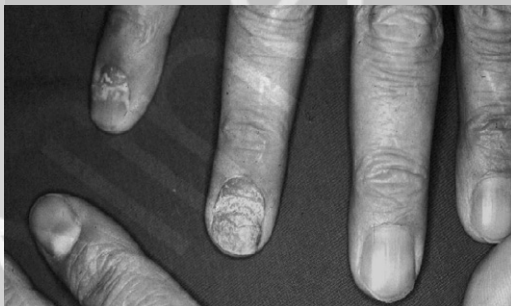
**P-155-11 : Dermatophytie à *Trichophyton rubrum* d'un doigt avec onyxis sans perionyxis**

Photo E. Caumes - © CMIT - Allinea Plus

B

- Réaliser un prélèvement pour recherche de dermatophyte par un laboratoire expérimenté.
- Traitement long et difficile si confirmation du diagnostic mycologique : meulage de l'ongle, vernis antifongique pour les formes peu étendues sans atteinte matricielle pendant 3-6 mois pour les mains et 6-9 mois pour les pieds, terbinafine orale

pendant 3 mois (mains) à 6 mois (orteils) en cas d'atteinte étendue et/ou matricielle en association au vernis et au traitement des chaussures par poudre antifongique.

**Dermatophytie cutanée (anciennement appelée "herpès circiné")**

- Enfants et professionnels exposés aux animaux domestiques et d'élevage.
- Petites plaques érythémato-squameuses, arrondies, à limites nettes, prurigineuses, d'extension centrifuge, en peau découverte.
- Traitement : azolé local pendant 2 semaines.

**Teignes tondantes**

- Enfants (contamination interhumaine ou à partir d'animaux).
- Plaques d'alopécie du cuir chevelu : grandes plaques (teigne microsporique, P-155-12) ou petites plaques (teigne trichophytique).
- Tout état squameux, crouteux, ou pustuleux du cuir chevelu est une teigne jusqu'à preuve du contraire.

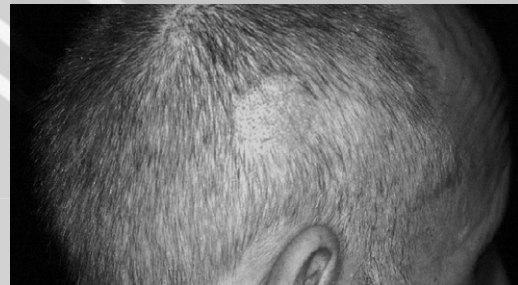
**P-155-12 : Teigne du cuir chevelu à *Microsporum canis* avec grande plaque unique d'alopécie du cuir chevelu**

Photo E. Caumes - © CMIT - Allinea Plus

- Favorisé par les corticoïdes locaux.

- Un prélèvement mycologique doit être fait systématiquement avec examen direct et culture. Le traitement peut être débuté dès l'examen direct positif.

**Teignes inflammatoires**

- Enfants et adultes .
- Macaron inflammatoire suppurant du cuir chevelu, chute provisoire des cheveux.