



PRÉSERVER l'efficacité
des antibiotiques,
LIMITER l'émergence
des bactéries multirésistantes



Infections bactériennes de la peau et des tissus mous

Entre nouveautés, histoires de chasse et messages importants

1ères journées d'infectiologie de Polynésie française
14-18 octobre 2024

Dr Bernard Castan
SMIT
Responsable EMA²⁴
Centre hospitalier de Périgueux.
Président de la SPILF



Infections cutanées bactériennes : De quoi parlons nous?



CONFERENCE DE CONSENSUS

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE ET SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

ERYSIPELE ET FASCIITE NECROSANTE : PRISE EN CHARGE

Faculté de médecine de Tours



En cas d'hospitalisation initiale

Un tableau clinique local ou général initial grave justifie le choix du traitement de référence par pénicilline G en quatre à six perfusions par jour (10 à 20 millions d'unités par jour). L'obtention de l'apyrexie permet le passage à une antibiothérapie orale (pénicilline V, 3 à 6 MU/j en trois prises quotidiennes; amoxicilline, 3 à 4,5 g/j en trois prises quotidiennes) jusqu'à disparition des signes locaux, avec une durée totale de traitement comprise entre dix et vingt jours.

Devant un érysipèle typique, sans signes de gravité, un traitement oral est possible. En cas de sortie précoce d'hospitalisation, l'apyrexie étant obtenue, le médecin extra-hospitalier doit s'assurer de l'absence de complications locales et de l'observance.

En cas de traitement en ambulatoire

Un traitement oral par amoxicilline 3 à 4,5 g/j en trois prises quotidiennes est instauré. Le traitement est habituellement de 15 jours. Il doit être suivi si nécessaire de la mise en place d'une prévention secondaire.



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Février 2019

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

De quoi disposons nous?

Tableau 1. Grade des recommandations

A	<p style="text-align: center;">Preuve scientifique établie</p> <p>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</p>
B	<p style="text-align: center;">Présomption scientifique</p> <p>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.</p>
C	<p style="text-align: center;">Faible niveau de preuve</p> <p>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).</p>
AE	<p style="text-align: center;">Accord d'experts</p> <p>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.</p>

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
 - exceptionnelle en France métropolitaine
 - sa recherche systématique dans les suites d'un impétigo n'est pas recommandée



IMPETIGO SIMPLE

- **Traitement**
 - **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
 - Antibiothérapie locale par mupirocine : 3 fois/j durant 5 j
- **Éviction de collectivité** : 3 jours après le début du traitement, si lésions non protégées par pansement.

TRAITEMENT DE L'IMPETIGO GRAVE

- Antibiothérapie orale durant 7 jours, sans attendre les résultats du prélèvement bactériologique

Adulte	<p>Pristinamycine per os : 1 g x 3 /j ou Céfalexine per os : 2 à 4 g/j</p> <p>A réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</p>
Enfant	<p>Amoxicilline/acide clavulanique : 80 mg/kg/j ou Céfadroxil : 100 mg/kg/j</p> <p>Allergie aux bêta-lactamines: josamycine 50 mg/kg/j</p> <p>A réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</p>

TRAITEMENT DE L'IMPETIGO GRAVE

Mesures complémentaires:

- Applications biquotidiennes de vaseline (après les soins de toilette)
- Pas d'antibiothérapie locale.
- Pas de nécessité de prendre en compte le SARM pour le traitement probabiliste de première intention d'un impétigo;
Quoique en Polynésie????

INFECTION BACTÉRIENNE DES PLAIES CHRONIQUES

- **Suspicion d'infection de plaie chronique**, en cas d'association de plusieurs signes suivants :
 - une douleur inhabituelle au niveau ou en périphérie de la plaie,
 - un arrêt de la cicatrisation, un tissu de granulation friable,
 - l'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
 - Sauf si suppuration franche ou abcédation : prélèvement du pus avant antibiothérapie
 - Soins locaux, pas d'antibiotiques, avis spécialisé

FURONCLES ET ANTHRAX

- **Définition** : infection profonde et nécrosante du follicule pilo-sébacé due à *Staphylococcus aureus* (SA).
- **Formes compliquées de furoncle**
 - Conglomérat de furoncles : anthrax
 - Multiplication des lésions
 - Abcédation secondaire
 - Fièvre
 - Apparition d'une dermo-hypodermite péri-lésionnelle

FURONCLES ET ANTHRAX

- **Diagnostic et bilan**
 - **Clinique:** lésion papulo-nodulaire très inflammatoire évoluant en 5 à 10 jours vers la nécrose folliculaire avec l'élimination du follicule pileux (bourbillon).
 - **Furoncle simple** : pas de prélèvement bactériologique
 - **Furoncle compliqué** : prélèvement bactériologique du pus avant antibiothérapie, pas de recherche systématique de la Leucocidine de Panton-Valentine (LPV)



Traitement du furoncle simple

- Soins locaux uniquement
 - 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 (locale ou générale)

TRAITEMENT DU FURONCLE COMPLIQUÉ

- Antibiothérapie orale pendant 5j : clindamycine, 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P > 100 kg) ou pristinamycine 1g x 3 /j
Pas d'antibiothérapie locale
- Mesures d'hygiène rigoureuses (changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours)
- Chez l'enfant : avis spécialisé (pédiatre hospitalier) car les formes compliquées abcédées sont plus fréquentes

FURONCULOSE

- Diagnostic et bilan
 - Répétition de furoncles pendant plusieurs mois, voire des années
 - Prélèvement bactériologique d'un furoncle avant traitement
 - Dépistage du portage de SA au niveau des gîtes bactériens (nez, gorge, anus, périnée) : après échec d'une première décolonisation des gîtes bactériens

FURONCULOSE

● Traitement

● Lors d'une poussée :

- antibiothérapie orale: clindamycine, 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P > 100 kg) ou pristinamycine 1g x 3 /j pendant 7 jours.
- 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).

FURONCULOSE

Protocole de décolonisation

- Application nasale de pommade de mupirocine deux fois par jour pendant 7 jours
- Utilisation une fois par jour pendant 7 jours d'une solution moussante de chlorhexidine comme savon et comme shampoing
- Mesures d'hygiène corporelle, porter des vêtements propres, changer fréquemment le linge de toilette, non partage du linge
- Bains de bouche biquotidiens à la chlorhexidine (adulte et enfant à partir de 6 ans)

Disponible sur: www.infectiologie.com

ABCES CUTANES

Les abcès cutanés primaires sont le plus souvent dus à *S. aureus*.

- Prélèvement bactériologique du pus de l'abcès

- **Traitement**

- Incision/drainage

ET

- Antibiothérapie pendant **5 jours**

- **Clindamycine** PO/IV*: 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P > 100 kg)
- **Pristinamycine** 1g x 3 /j ou
- **Oxacilline ou cloxacilline** IV* : 6 à 12 g/jour ou
- **Céfazoline** IV* : 3 à 6 g/ jour

* non adapté au traitement en ambulatoire

- Renforcement des mesures d'hygiène



15 ans contusion et hématome face antérieure de jambe
SAU à J5, Amox/AC IV...Amox PO.



Photographie Dr B Castan



Disponible sur: www.infectiologie.com

DHBNN

- Traitement curatif/Prévention antibiotique des récurrences

Pathologie	Traitement antibiotique 1° intention	Si allergie à la Pénicilline	Durée
DHBNN adulte	amoxicilline : 50 mg/kg/j en 3 prises, maximum 6 g/j	Pristinamycine : 1g x 3/j ou Clindamycine : 600 mg x 3/j, jusqu'à 600 mg x 4/j (P >100 kg)	7 jours
DHBNN enfant	amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/j d'amoxicilline en 3 prises/j (maximum 3g/j)	Clindamycine : 40 mg/kg/j en 3 prises/j (enfants > 6 ans) Sulfaméthoxazole-triméthoprim : 30 mg/kg/j (exprimé en sulfaméthoxazole) en 3 prises/j (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans)	7 jours
DHBNN adulte Antibioprophylaxie	Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard) : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines Pénicilline V (phénoxy-méthylpénicilline): 1 à 2 millions UI/j selon le poids en 2 prises	Azithromycine : 250 mg/j	A évaluer : en fonction de l'évolution et des facteurs de risque de récurrence.

65 ans retour de Madagascar depuis 2 jours. Rash maculopapuleux non fébrile



Photographies Dr B Castan



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Infectious Diseases Now

journal homepage: www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now



Guidelines

Clinical practice recommendations for infectious disease management of diabetic foot infection (DFI) – 2023 SPILF



**E. Bonnet^{a,*}, L. Maulin^b, E. Senneville^c, B. Castan^d, C. Fourcade^e,
P. Loubet^f, D. Poitrenaud^g, S. Schuldiner^h, A. Sotto^f, J.P. Lavigneⁱ,
P. Lesprit^j, the individual members of the “Review group”**

Clinical Infectious Diseases

IDSA GUIDELINES



IWGDF/IDSA Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Diabetes-related Foot Infections (IWGDF/IDSA 2023)

Éric Senneville,^{1,2} Zaina Albalawi,³ Suzanne A. van Asten,⁴ Zulfiqarali G. Abbas,⁵ Geneve Allison,⁶ Javier Aragón-Sánchez,⁷ John M. Embil,⁸ Lawrence A. Lavery,⁹ Majdi Alhasan,¹⁰ Orhan Oz,¹¹ Ilker Uçkay,¹² Vilma Urbančič-Rovan,¹³ Zhang-Rong Xu,¹⁴ and Edgar J. G. Peters^{15,16,17}

ATB au cours des IPPPD

- *Un enjeu majeur entre:*
- ***Excès d'ATB (diagnostic à tort)***
- ***Traitement inadapté (choix de molécule, posologie, mode d'administration, durée)***
- ***Retard à l'antibiothérapie adaptée***

Les éléments cliniques évoquant une ostéite devant une plaie du pied chez un patient diabétique (OPPD) sont :

- *Plaie chronique (évoluant depuis plus d'un mois malgré la décharge et les soins de la plaie et en l'absence d'ischémie du membre) et surface > 2 cm² et/ou profondeur > 3 mm*
- *Orteil « saucisse » (aspect inflammatoire)*
- *Test du contact osseux « rugueux » positif*
- *Exposition osseuse au travers de la plaie et/ou élimination de fragments osseux*
- **Il n'est pas recommandé d'utiliser un biomarqueur sérique (CRP, VS, procalcitonine) dans le diagnostic d'une OPPD**







Classification clinique de l'infection et définitions	Classification de l'IWGDF (grades)
Non infecté : absence de symptômes ou de signes généraux ou locaux d'infection	1 (non infecté)
Infecté : au moins deux des constatations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Oedème local ou induration • Érythème > 0,5 cm autour de la plaie • Sensibilité ou douleur locale • Augmentation de la chaleur locale • Présence de pus 	
Infection locale sans signes généraux <ul style="list-style-type: none"> • Touchant seulement la peau ou le tissu sous-cutané • Et si érythème : taille < 2 cm autour de la plaie 	2 (infection légère)
Infection locale sans signes généraux <ul style="list-style-type: none"> • Touchant les structures plus profondes que la peau et les tissus sous-cutanés (tendon, muscle, articulation, os) • Et si érythème : taille ≥ 2 cm autour de la plaie 	3 (infection modérée)
Toute infection avec SRIS (syndrome de réponse inflammatoire systémique) : au moins deux des constatations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Température > 38 °C ou < 36 °C • Fréquence cardiaque > 90 battements/minute • Fréquence respiratoire > 20 c/min ou PaCO₂ < 4,3 kPa (32 mm Hg) • Numération des globules blancs > 12 000/mm³ ou < 4 000/mm³ ou présence de plus de 10 % de formes immatures 	4 (infection sévère)
Infection touchant l'os (ostéomyélite)	Ajouter « (O) » à 3 ou 4

**Classification
de l'IWGDF
définissant la
présence et la
gravité d'une
IPPPD**

Classification de l'infection (Version Simplifiée) selon BC



Infection locale sans signes généraux

- Touchant seulement la peau ou le tissu sous-cutané
- Et si érythème : taille < 2 cm autour de la plaie

2 (infection légère)

Infection locale sans signes généraux

- Touchant les structures plus profondes que la peau et les tissus sous-cutanés (tendon, muscle, articulation, os)
- Et si érythème : taille \geq 2 cm autour de la plaie

3 (infection modérée) +/- O

Toute infection avec SRIS (syndrome de réponse inflammatoire systémique) : au moins deux des constatations suivantes :

- Température > 38 °C ou < 36 °C
- Fréquence cardiaque > 90 battements/minute
- Fréquence respiratoire > 20 c/min ou PaCO₂ < 4,3 kPa (32 mm Hg)
- Numération des globules blancs > 12 000/mm³ ou < 4 000/mm³ ou présence de plus de 10 % de formes immatures

4 (infection sévère) +/- O

GRADE 3 ou 4 (O)

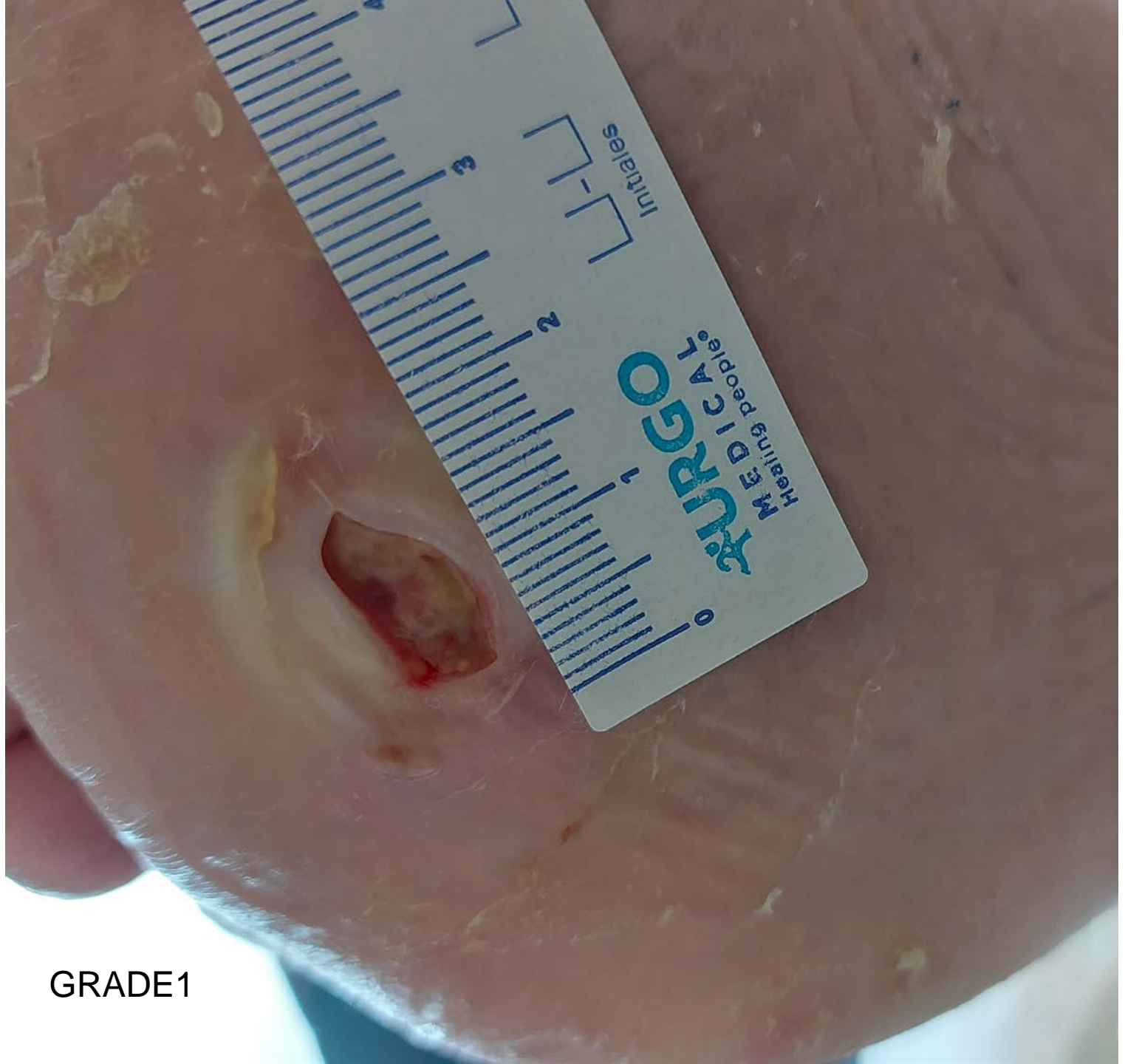


GRADE 3 ou 4 (O)



GRADE 3 ou 4 (O)





GRADE1

GRADE 2 ou 3 ou 4 (O)



GRADE 1





Biopsie Osseuse

Fiche De Liaison Soins - Bloc Opératoire

Méthode recommandée : en la Haute Qualité

Parti : Dext Gauche

Nombre de Biopsies par Site : une deux trois

Retourner la croix clairement sur la (les) zone(s) à biopsier.



Photos : E. Beltrand, Sce d'Orthopédie CH Tourcoing

Antibiothérapie



- Il n'est pas recommandé d'utiliser un traitement antibiotique local ni en préventif ni en curatif
- **Il est recommandé de débiter une antibiothérapie probabiliste dès lors que le diagnostic d'infection de la peau et des tissus mous est posé**
- Il n'est pas recommandé de débiter une antibiothérapie probabiliste en cas d'ostéite **sans infection associée de la peau ou des tissus mous**

Antibiothérapie probabiliste : quels pathogènes cibler?



- Utiliser **systematiquement** une antibiothérapie active sur le **SAMS**
 - En cas d'infection de plaie récente (< 4 semaines), les cibles bactériennes prioritaires sont les SAMS et les streptocoques
 - En cas d'infection de plaie chronique (\geq 4 semaines) **le traitement doit aussi être actif sur les enterobacterales et les anaérobies**

Antibiothérapie probabiliste IPPPD grade 2 et 3



- **Grade 2 de plaie récente** : traitement per os
 - Céfalexine ou clindamycine en première intention
 - Pristinamycine ou linézolide, en cas d'infection récente à SARM ou de colonisation connue à SARM
 - Non recommandé : cyclines, cotrimoxazole, fluoroquinolones
- **Grade 2 de plaie chronique ou grade 3** :
 - Amoxicilline/acide clavulanique
 - Si allergie sans signes de gravité à la pénicilline : ceftriaxone + métronidazole
 - Si allergie avec signes de gravité : avis infectiologique
 - Si infection récente à SARM ou colonisation connue à SARM : avis infectiologique pour discuter l'ajout de pristinamycine, linézolide, doxycycline ou cotrimoxazole

Antibiothérapie probabiliste

IPPPD grade 4 sans sepsis ni choc septique

SRIS isolé



- Amoxicilline/acide clavulanique
- Si allergie sans signes de gravité à la pénicilline : ceftriaxone + métronidazole
- Si allergie avec signes de gravité : avis infectiologique
- Si infection récente à SARM ou colonisation connue à SARM: avis infectiologique pour discuter l'ajout de pristinamycine, linézolide, doxycycline ou cotrimoxazole
- **En cas d'infection récente à *Pseudomonas aeruginosa* sensible : pipéracilline/tazobactam**

Antibiothérapie probabiliste

IPPPD grade 4 avec sepsis ou choc septique

- Pipéracilline/tazobactam + (lipo)glycopeptide ou linézolide
 - En cas d'allergie non grave à la pénicilline : céfépime + métronidazole + (lipo)glycopeptide ou linézolide ou ceftobiprole + métronidazole
 - En cas d'allergie grave aux bêta-lactamines : aztréonam + métronidazole + (lipo)glycopeptide ou linézolide
- **Si choc septique : ajout d'amikacine**
- **Il n'est pas recommandé d'utiliser :**
 - Un carbapénème, sauf si suspicion de BLSE
 - La tigécycline

Durée de l'antibiothérapie

	Infection de la peau et des tissus mous (IPPPD)	Ostéite (OPPD)		
		Sans traitement chirurgical préalable	Après traitement chirurgical partiel (présence d'une ostéite résiduelle)	Après amputation complète
Durée de l'antibiothérapie	Grade 2 : 7 jours Grade 3 ou 4 : 10 jours ^{a,b}	6 semaines	3 semaines	5 jours ^c

^a Après excision des zones de nécrose

^b En l'absence d'amélioration clinique significative à 7 jours, l'antibiothérapie peut être prolongée pour une durée totale de 14 jours

^c En l'absence de signes cliniques d'infection cutanée ou des tissus mous, sinon 7 à 14 jours, selon l'évolution (cf Infection de la peau et des parties molles).



Infections graves

Infections « cutanées » graves

- 1) Comme toute infection bactérienne: sepsis/choc septique: Pronostic vital

- 1) Caractère délabrant et extensif: pronostic fonctionnel
:
 - ✓ perte de substance
 - ✓ myosite,
 - ✓ atteinte tendineuse, ostéite,
 - ✓ diffusion aux organes de proximité (gangrène de fournier/DHB de la face)

Petite cause, grands effets!

- Du furoncle à l'anthrax
- Du furoncle de l'aile du nez à la staphylococcie maligne de la face
- De la morsure du gentil minou à la tenosynovite extensive de la main
- De la plaie punctiforme à la DHB nécrosante
- De la fissure anale à la gangrène de fournier

Abcès après manipulation furoncle



Ecthyma staphylococcique post impetigo



Ecthyma staphylococcique post impetigo



Photographies du Pr Tattevin

Impetigo crouteux post zona facial



Photographie Dr B Castan



Photographies Dr B Castan

Tout le monde peut être concerné

- Mais tenir compte du terrain et du contexte
- Diabète
- AINS
- Immunodépression
- Artériopathie
- Ages extrêmes
- Obésité
- Plaie négligée post traumatique...

Dermo-hypodermites bactériennes nécrosantes (DHBN)

- En présence de signes de gravité, **hospitalisation immédiate** car il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale avec mise en jeu du pronostic vital



Un diagnostic pas toujours facile, mais tout retard est délétère



**DONC NE PAS TOUJOURS PENSER AU PIRE
MAIS TOUJOURS L'AVOIR À L'ESPRIT**

L' oedème



L' érythème





La nécrose



La suspicion est clinique, le diagnostic est chirurgical

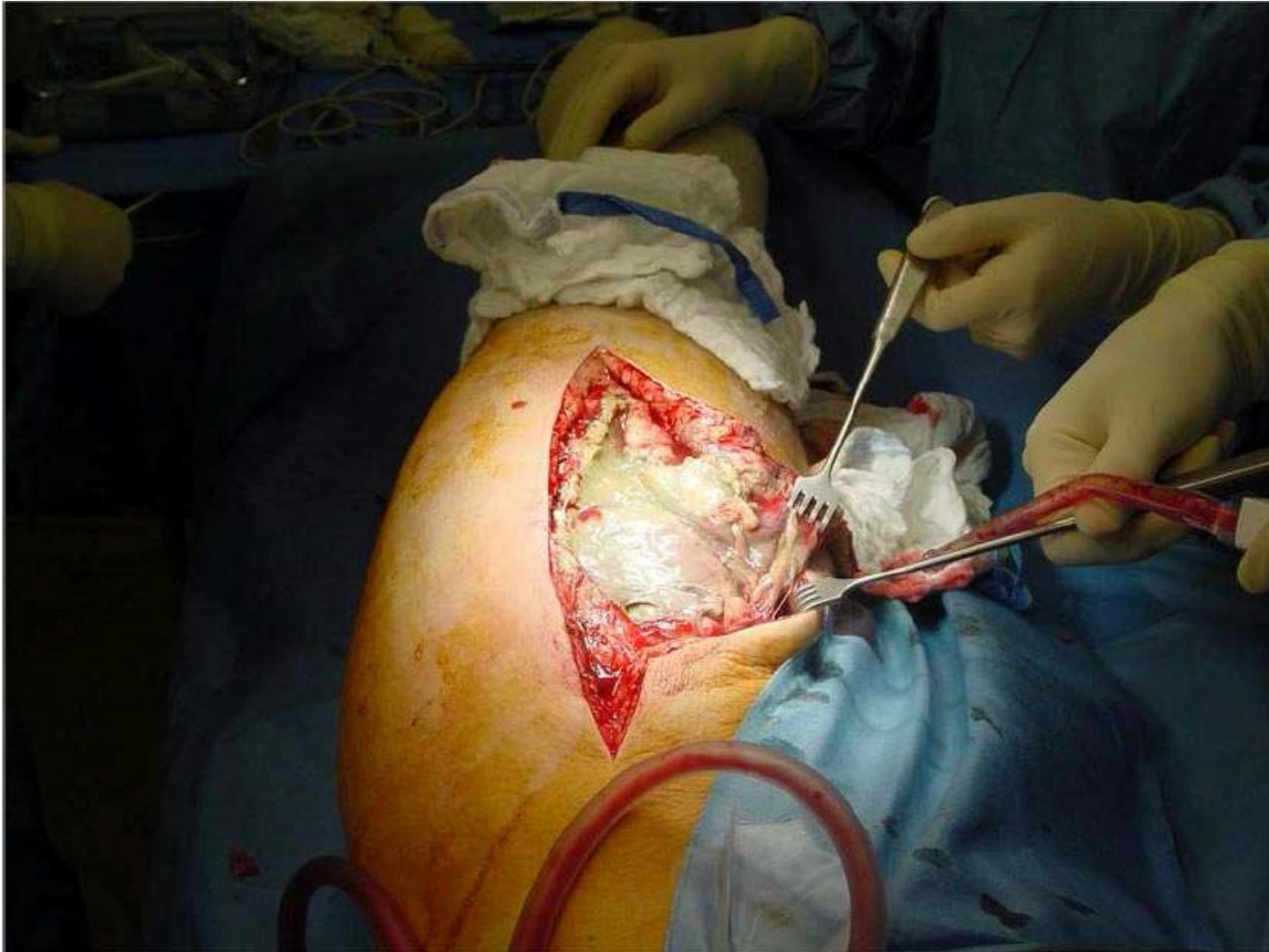


Photo D'après le Pr Sigismond Lasocki DURPI 2010

Importance du délai de la chirurgie

- *Mc Henry et al. Ann Surg 1995*

65 patients entre 1989 et 1994

Délai moyen entre admission et chirurgie

- survivants 25 h
- décédés 90 h

- *Wong et al. J Bone Joint Surg Am 2003*

Analyse multivariée chez 89 patients

Chirurgie retardée > 24 h/hospitalisation

- seul FR. indépendant de mortalité
($p < 0,05$; $RR = 9,5$)

Extension des lésions (le principe de «l'iceberg»)



Photo Dr Remy Gauzit

Extension des lésions (le principe de «l'iceberg»)



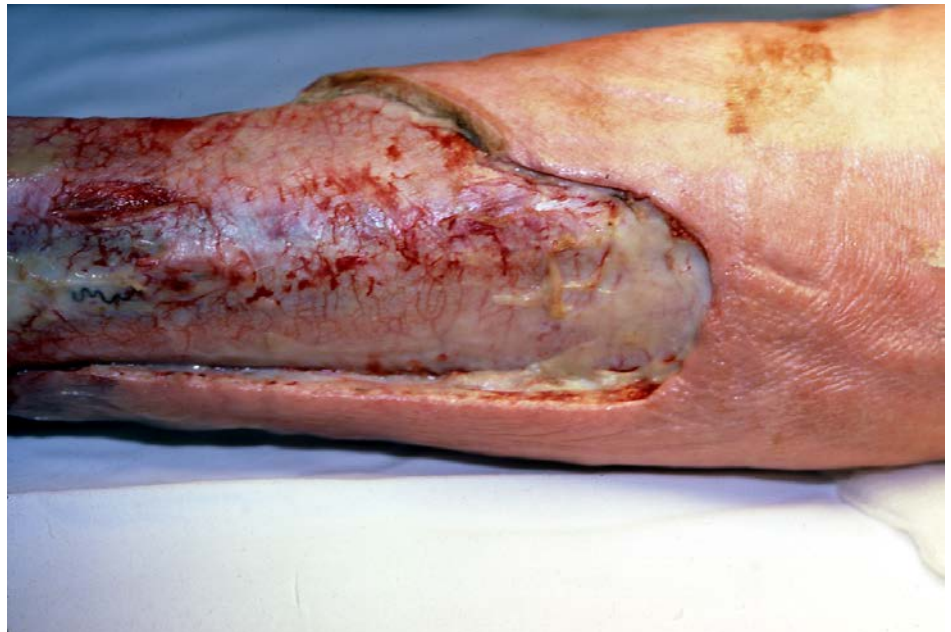
Photo Dr Remy Gauzit

L'excision

- Ce qu'il ne faut pas faire :

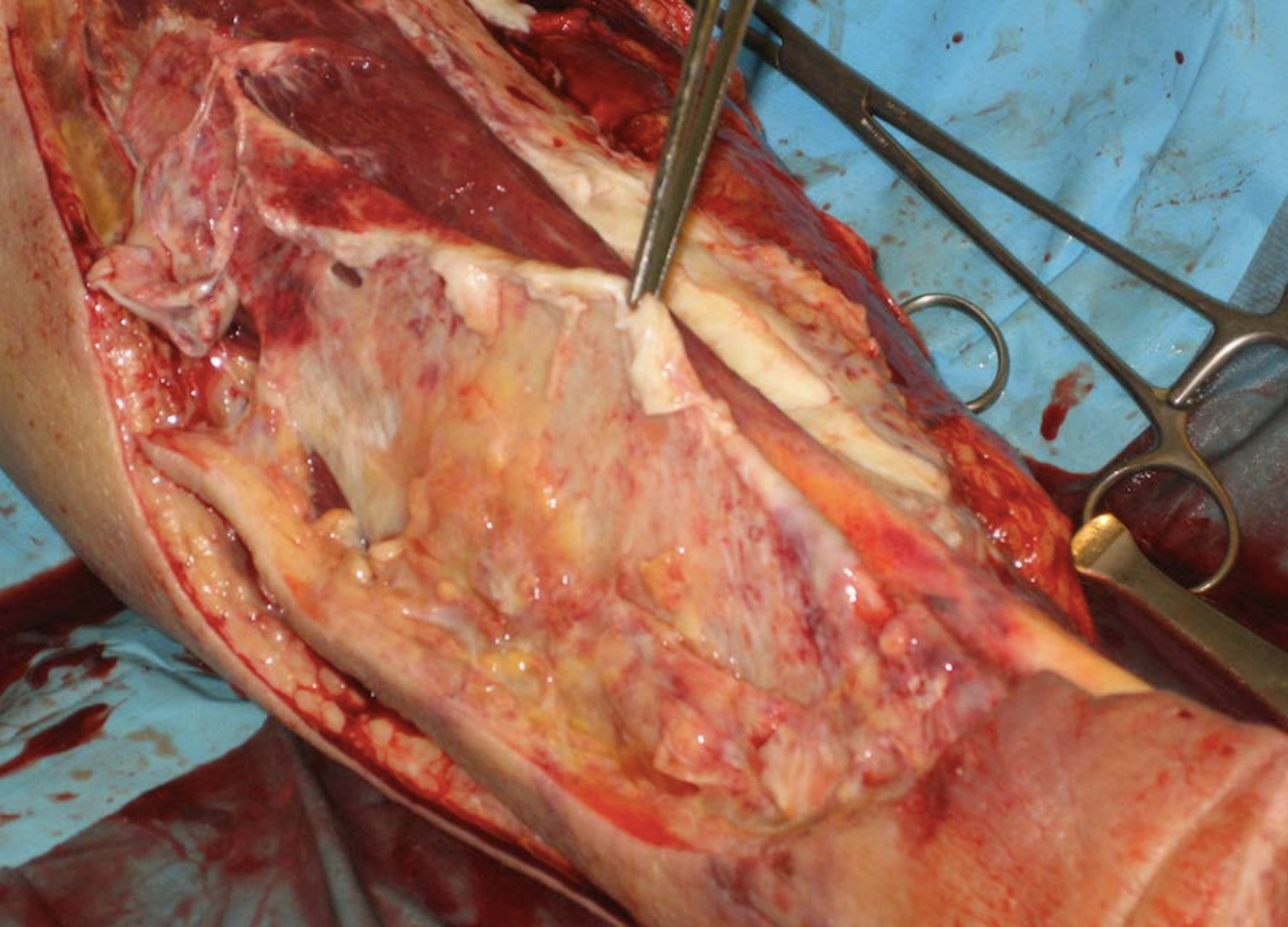


- Ce qu'il faut faire:



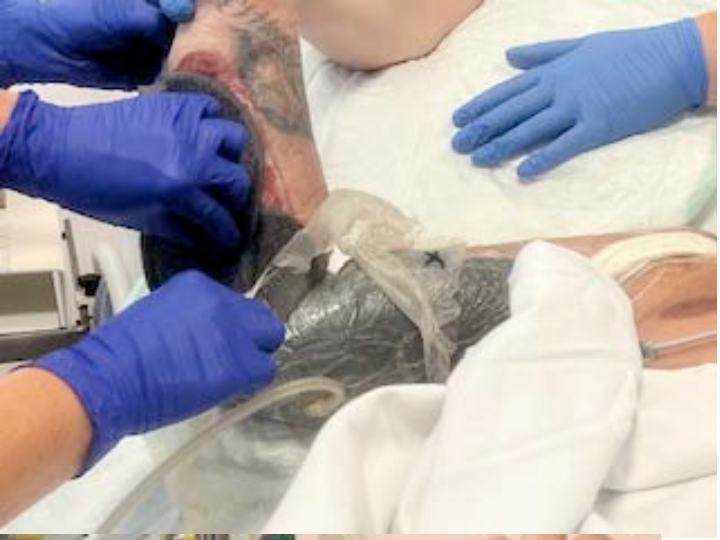
AVANT





APRES





Photographies Dr B Castan

ANNEXE 8

Posologie standard et forte posologie : propositions du groupe de travail SPILF, SFPT & CA-SFM

Pénicillines	Posologie standard	Forte posologie	Situations particulières & commentaires
Pipéracilline-tazobactam	Administration discontinue en perfusions courtes : [4 g pipéracilline + 0,5 g tazobactam] toutes les 6 h en perfusions de 30 min	Administration discontinue en perfusions courtes : objectif non atteignable	<i>Pseudomonas spp.</i> et anaérobies stricts : forte posologie uniquement.
	Administration discontinue en perfusions prolongées : [4 g pipéracilline + 0,5 g tazobactam] toutes les 8 h en perfusions de 4 h	Administration discontinue en perfusions prolongées : [4 g pipéracilline + 0,5 g tazobactam] toutes les 6 h en perfusions de 3 h	
	Administration continue : 8 g/jour [stabilité jusqu'à 24 h] après dose de charge de [4 g pipéracilline + 0,5 g tazobactam] en perfusion de 30 min	Administration continue : ≥ 12 g/jour [stabilité jusqu'à 24 h] après dose de charge de [4 g pipéracilline + 0,5 g tazobactam] en perfusion de 30 min	

Sensible à forte posologie: And so what?

Quelques histoires de chasse

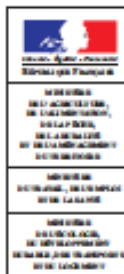
Si on a le temps....

Le cas de la semaine (27/08/24)

ORF, prélèvement envoyé au CNR des orthopoxvirus /parapoxvirus



Photographie Dr B Castan



ECTHYMA CONTAGIEUX ou ORF

QUEL AGENT RESPONSABLE ?

Virus Orf de la famille des *Poxviridae*, du genre *Parapoxvirus*.

QUELLE MALADIE CHEZ L'ANIMAL ?

Épidémiologie

Espèces pouvant être infectées par le virus de l'ecthyma contagieux

Ovins, caprins.
Parfois rennes, chameaux, alpagas...

Distribution géographique des cas d'infection par le virus de l'ecthyma contagieux
Répartition mondiale.

Transmission du virus de l'ecthyma contagieux

- ▶ Par contact direct de la peau lésée ou des muqueuses avec :
 - des animaux infectés
 - du matériel contaminé lors du tatouage, de la pose de boucle auriculaire, de la tonte...
 - des sols caillouteux ou des plantes blessantes à l'origine de plaies, y compris dans la bouche.
- ▶ Les croûtes contaminent durablement l'environnement.

Symptômes

- ▶ Lésions croûteuses de la peau, ulcérations des muqueuses touchant en particulier la bouche, les naseaux, les paupières et les mamelles...
- ▶ Dans les formes graves, les lésions de la langue et des gencives peuvent conduire à la mort par dénutrition chez les jeunes.

QUELLE MALADIE CHEZ L'HOMME ?

Épidémiologie

Transmission de l'ecthyma contagieux
Par contact de la peau lésée avec des animaux atteints.

Fréquence des cas

Maladie relativement fréquente chez les éleveurs de moutons.

Activités professionnelles à risque

- Toutes les activités exposant à un contact étroit avec des ovins ou des caprins, notamment :
- ▶ Éleveurs.
 - ▶ Vétérinaires.
 - ▶ Personnels d'abattoir.

Symptômes et évolution

- ▶ Lésion cutanée (papule, puis vésicule, puis pustule) au point d'inoculation évoluant parfois vers une croûte, souvent accompagnée d'un ganglion.
- ▶ Parfois formes généralisées avec fièvre.



→ Contact (peau Malade)



Oedème fluctuant de l'avant bras

Patient de 38 ans
vivant en Corse

Pas de notion de voyage
Pas d'antécédents médicaux



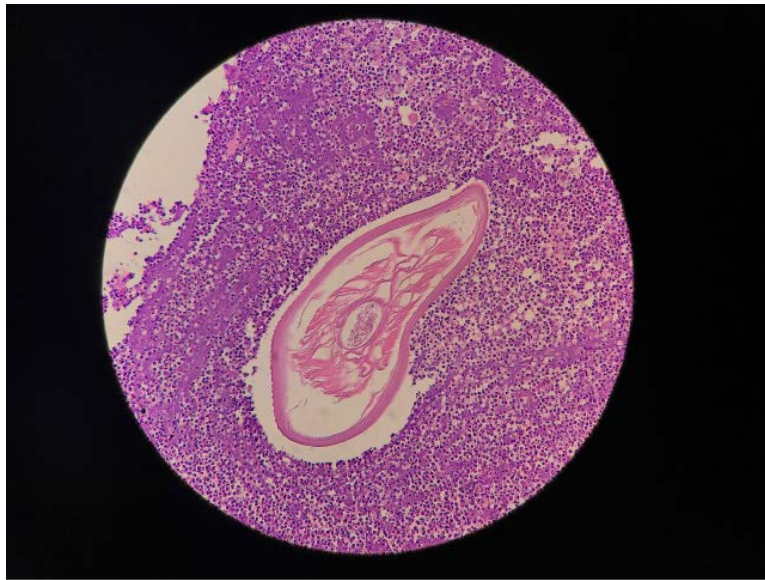
Photographie Dr B Castan



Nouveau cas de dirofilariose oculaire en Corse

New case of ocular dirofilariosis in Corsica

B. Castan¹, L. Epelboin², A. Bleibtreu³



Dirofilaria (Nochtiella) repens.

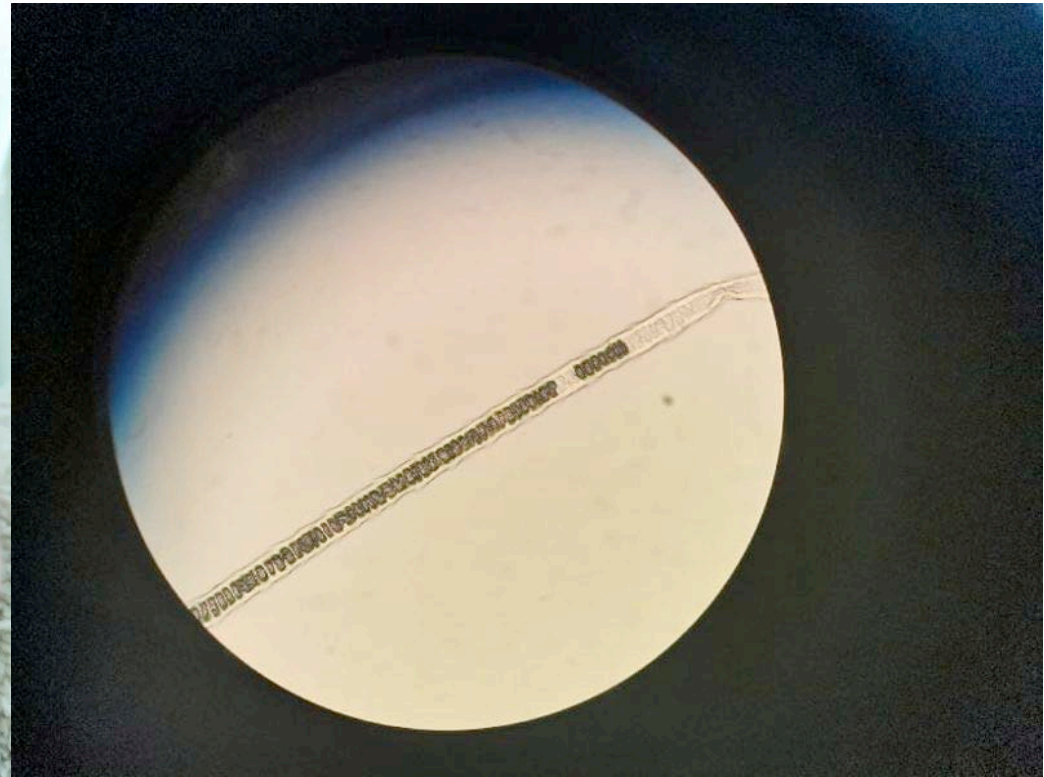


Dirofilariose cutanée chez une enfant (chiens infectés)

Périgueux 22/08/24



Photographie Dr B Castan



Photographie Laboratoire de microbiologie CHP

Jeune homme de 19 ans, serpents et reptiles à domicile en vivarium, lésions nodulaires multiples main et avant bras



Photographie Dr B Castan

Case Report

Mycobacterium marinum infection following contact with reptiles: vivarium granuloma



Mehdi Bouricha^a, Bernard Castan^b, Elisabeth Duchene-Parisi^c, Michel Drancourt^{a,*}

^aAix Marseille Université, Unité de Recherche sur les Maladies Infectieuses et Tropicales Emergentes, Faculté de Médecine, 27, Boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille, cedex 5, France

^bCentre Hospitalier d'Ajaccio, Ajaccio, France

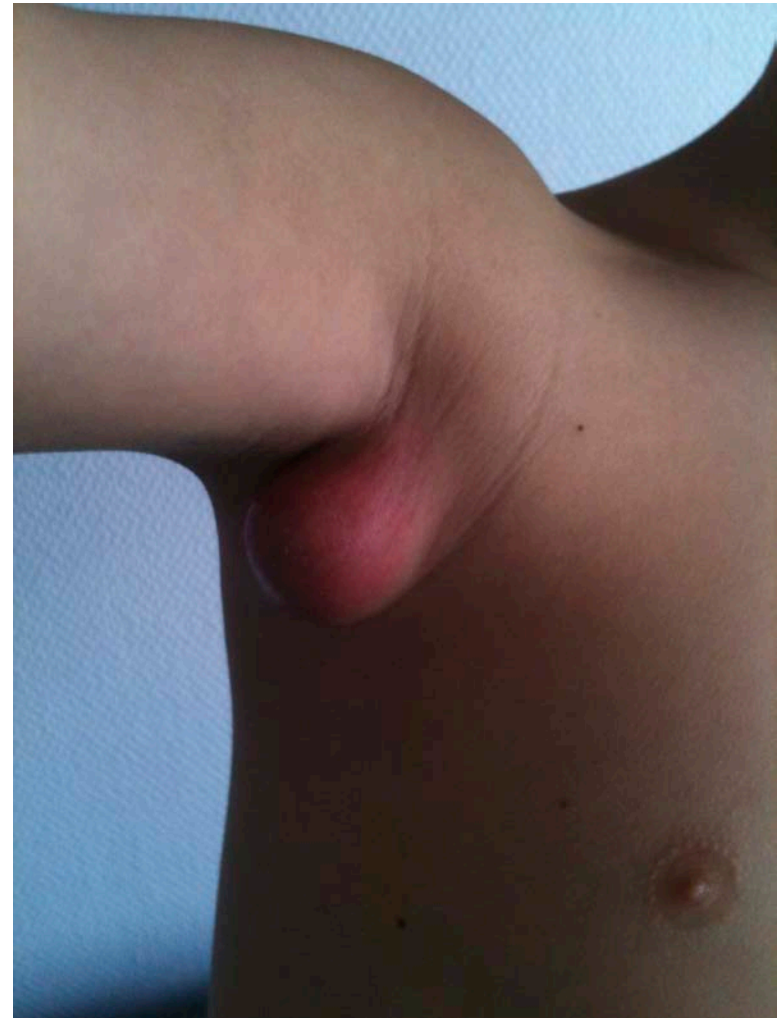
^cCentre Hospitalier de Bastia, Bastia, France

S U M M A R Y

A 19-year-old man presented with a 1.5-cm nodule on the first dorsal metacarpal ray. The patient denied having contact with fish tanks or fish, but recalled handling many reptiles without gloves in the vivarium where he worked. A culture of a skin biopsy specimen yielded *Mycobacterium marinum*. The clinical outcome was favourable after a 2-week course of intramuscular gentamicin (180 mg daily) combined with a 6-week course of oral clarithromycin (500 mg twice a day). Doctors should be aware that vivariums, in addition to fish tanks, can be sources of *M. marinum* exposure.



Jeune chasseur 18 ans, chancre d'inoculation du doigt et ADP axillaire inflammatoire, 4 jours après avoir dépecé un lièvre



*Photographie Dr B Castan
(sauf le lièvre)*

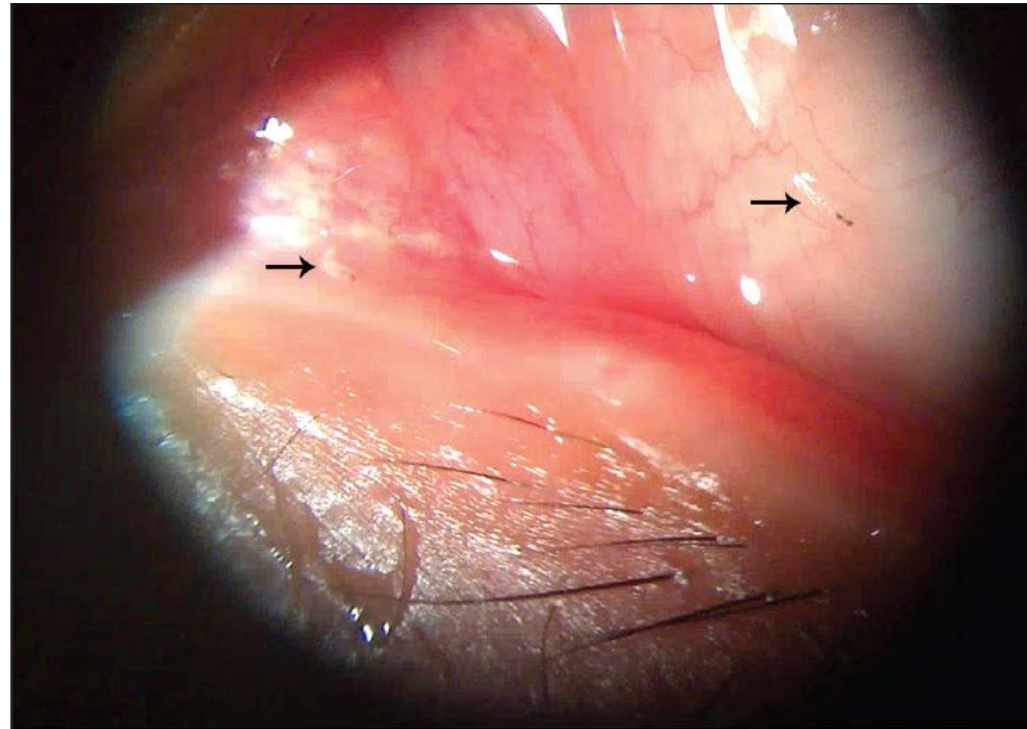
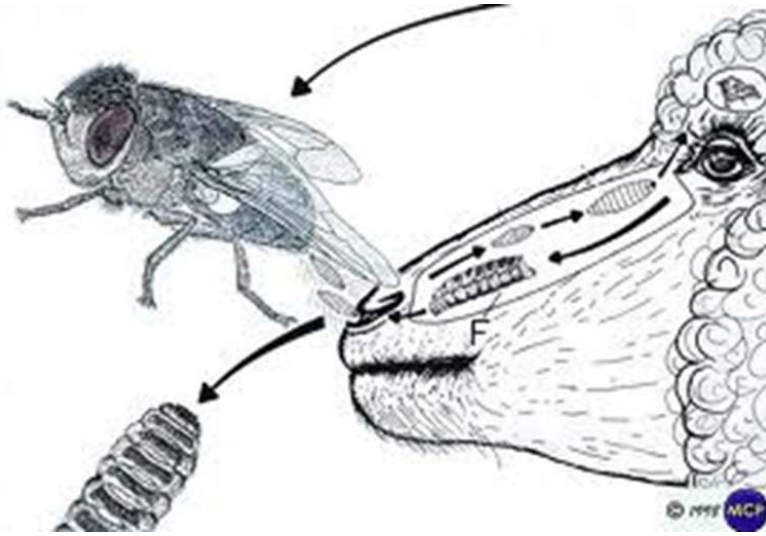
Enfant de 12 ans, fils d'agriculteur éleveur d'ovins dans les Alpes maritimes consulte pour une conjonctivite bilatérale non purulente depuis 24H
Il a travaillé avec son père dans la bergerie tout le week end

Vous le traitez pour une conjonctivite allergique mais il consulte de nouveau 48 heures plus tard devant la persistance des symptômes
Que se passe t-il???

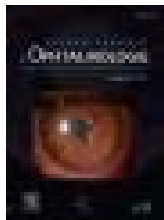


Ophtalmomyiase humaine externe à *Oestrus ovis*

« Thimni » en Afrique du Nord,
« sangalet » en Ethiopie,
« sarticciolli » en Corse.



Journal Français
d'Ophtalmologie
Vol 23, N° 10 - décembre 2000
p. 1020

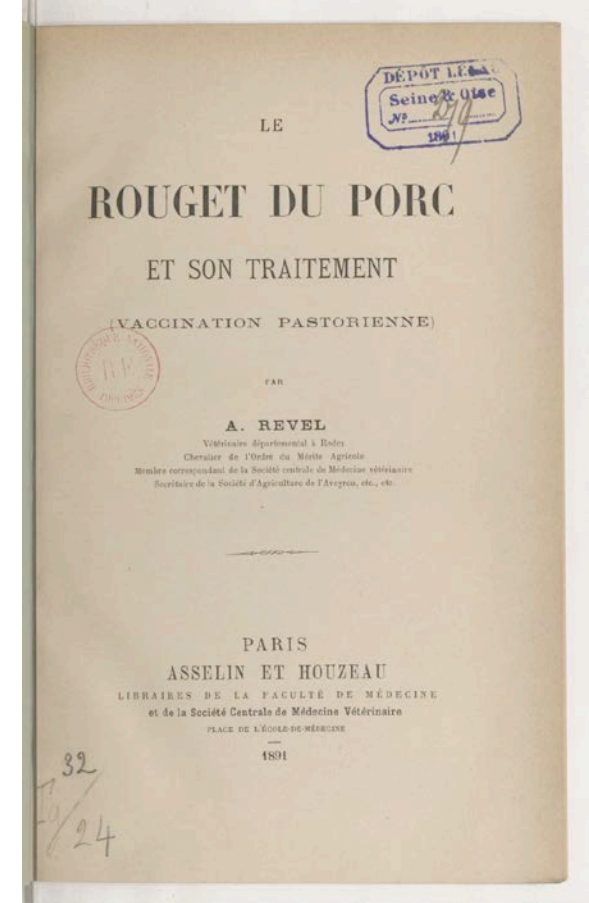


2 bouchers travaillant dans la même entreprise présentent simultanément les mêmes lésions cutanées de la main avec fièvre et lymphangite



Photographie Dr B Castan

Erysipelothrix rhusiopathiae



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

Patient migrant d'origine afghane aux urgences du CHU de
Limoges en 2022



Photographie Solene Parabere DESMIT

- Morsure de chien au niveau du poignet droit 24 auparavant
- Douleurs intenses pulsatiles très précoces au site d'inoculation irradiant dans la main. Prise d'AINS.



Plaies aiguës en structure d'urgence

Référentiel de bonnes pratiques

Société française de médecine d'urgence

2017



**En partenariat avec la Société française et francophone des plaies
et cicatrises et la Société française de chirurgie plastique,
reconstructrice et esthétique**

et le soutien

**de la Société française de pathologie infectieuse de langue française,
du Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques**





Types de plaies et Hypothèses microbiologiques	Situations cliniques	Traitements anti-infectieux	Durée
<p>Plaies par morsures de mammifères</p> <p><i>Pasteurella,</i> streptocoques, staphylocoques, anaérobies</p>	<p>Absence de signe infectieux local / général <i>[traitement préemptif systématique]</i></p>	<p>Protocole 1 : Amoxicilline + acide clavulanique 1 g / 8 heures per os (h, PO)</p> <p><i>Si allergie aux pénicillines :</i> Protocole 2 : <u>au choix</u> Doxycycline 100 mg / 12 h PO</p>	<p>5 jours</p>
	<p>Présence de signes infectieux locaux/ généraux</p>	<p><i>Si cyclines contre-indiquées*</i> <i>ET allergie aux pénicillines :</i> Protocole 3 : <u>au choix</u> Pristinamycine 1 g / 8 h PO Clindamycine 600 mg / 8 h PO Cotrimoxazole 800 mg / 160 mg / 12 h PO</p>	<p>5 jours (à poursuivre si infection compliquée ou évolution défavorable)</p>

Fatal infection caused by *Capnocytophaga canimorsus*

[Dr Hélène Taquin, MD](#)^a  · [Christophe Roussel, MD](#)^b · [Laurent Roudière, MD](#)^c · [Alain Besancon, MD](#)^b · [Thomas Hubiche, MD](#)^a · [Michel Kaidomar, MD](#)^b et al. [Show more](#)

Clinical Picture Volume 17, Issue 2p236February 2017



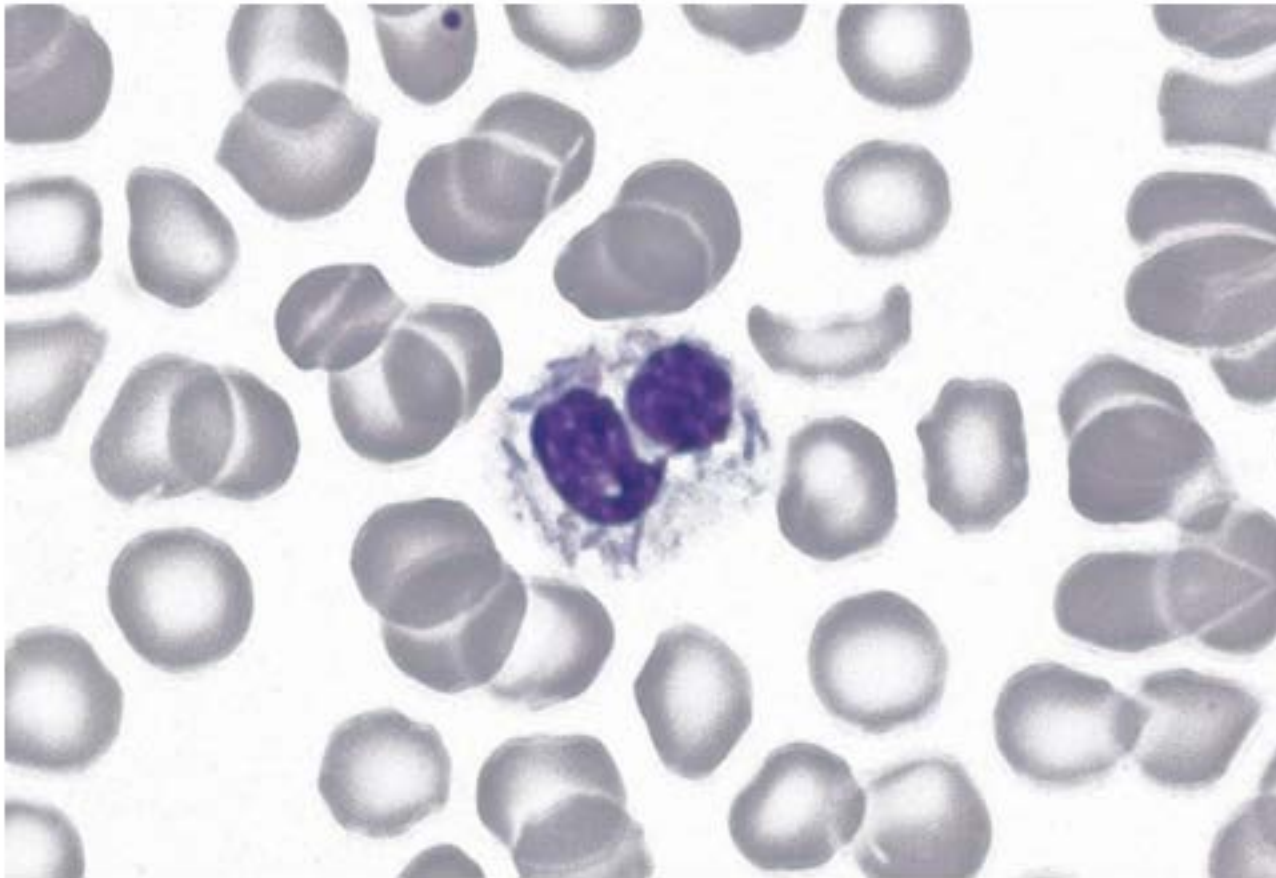
[Acute Med Surg.](#) 2022 Jan-Dec; 9(1): e738.

PMCID: PMC8857961

Published online 2022 Feb 19. doi: [10.1002/ams2.738](https://doi.org/10.1002/ams2.738)

PMID: [35223046](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35223046/)

***Capnocytophaga canimorsus* infection led to progressively fatal septic shock in an immunocompetent patient**




Infection sanguine à Capnocytophaga canimorsus. Présence d'inclusions en bâtonnet dans des polynucléaires neutrophiles. Eefting M, Paardenkooper T. Blood. 2010 Sep 2;116(9):1396.

CASE REPORT

Open Access

Fatal septic shock due to *Capnocytophaga canimorsus* bacteremia masquerading as COVID-19 pneumonia - a case report



Eva Christina Meyer^{*} , Sabine Alt-Epping, Onnen Moerer and Benedikt Büttner

Case presentation: A 68-year-old male patient with the diagnosis of COVID-19 pneumonia was referred to our Intensive Care Unit (ICU) from another hospital after testing positive on an Ag-RDT. While the initial therapy was focused on COVID-19, the patient developed a fulminant septic shock within a few hours after admission to the ICU, unresponsive to maximum treatment. SARS-CoV-2 NAATs were negative, but bacteremia of *C. canimorsus* was diagnosed post-mortem. Further anamnestic information suggest that a small skin injury caused by a dog leash or the subsequent contact of this injury with the patient's dog could be the possible point of entry for these bacteria.

Merci pour votre attention.

