

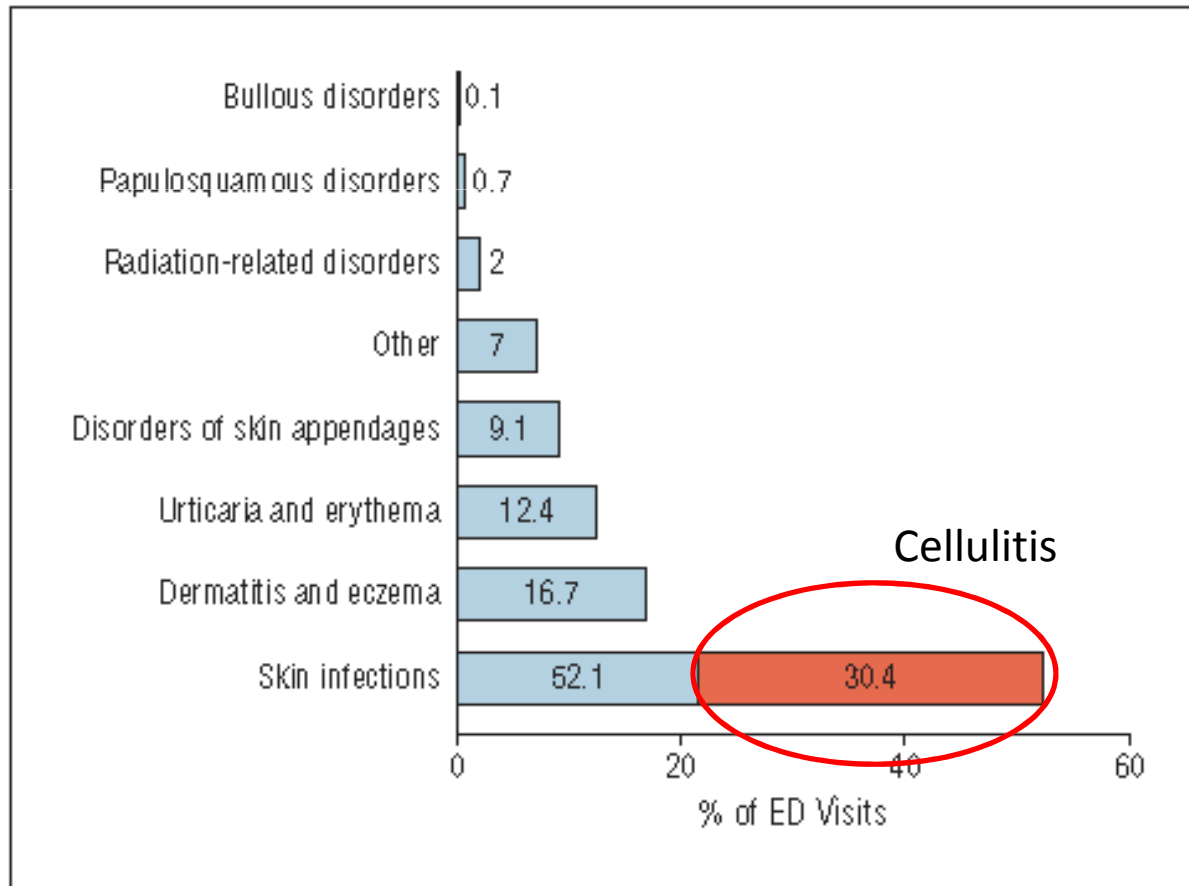
Prise en charge des infections
cutanées aux urgences:
types de lésion et attitudes
thérapeutiques

Introduction

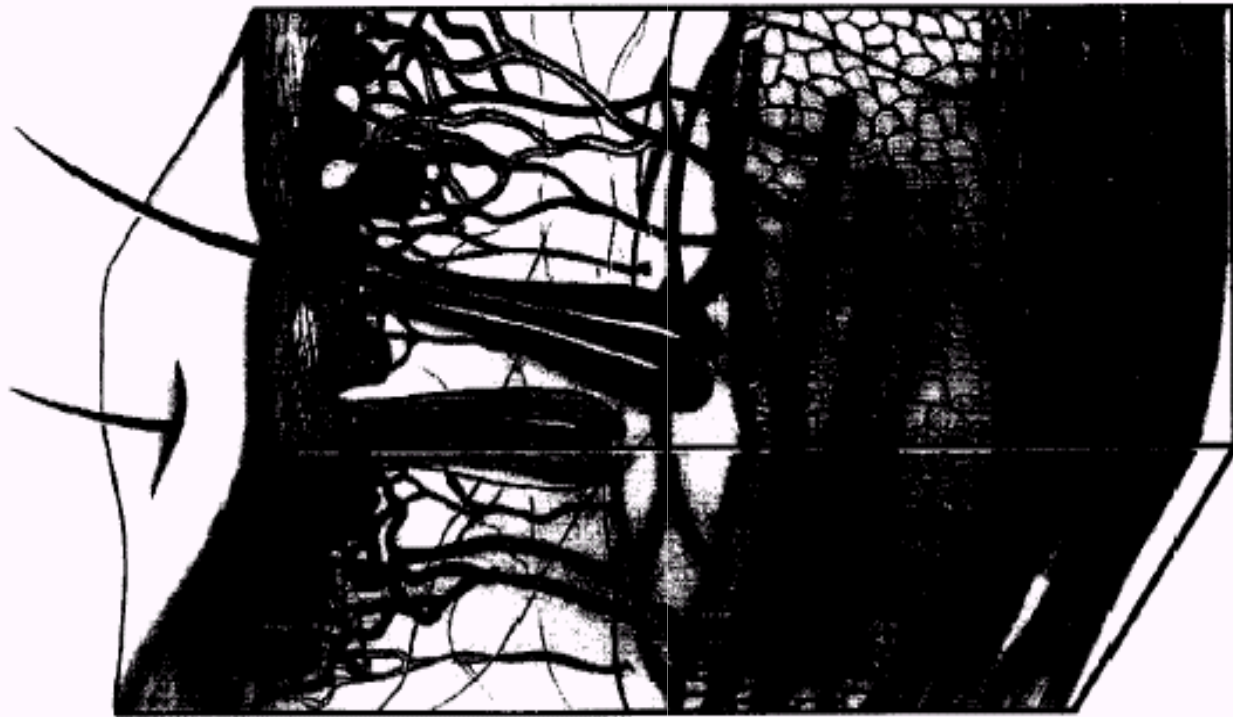
- La prise en charge des infections cutanées bactériennes dans un service d'urgences. *Pinto E et al., 2008, résumé EMC Dermatologie*
 - Étude rétrospective descriptive 01/2004-09/2006, urgences Hôtel Dieu
 - « fréquence importante »
 - 362 observations, âge moyen 46,5 ans, 68,5% hommes
 - SDF 15,2%, diabétiques 13,5%, obèses 6,9%
 - Lésion MI 89,2%, porte d'entrée 71,5%
 - 5,5% ont eu un prélèvement bactériologique, 15,2% hémocultures, 52,8% un bilan standard
 - 34,2% ont été hospitalisés, 1,4% hospitalisés en réa

Introduction

- Skin Conditions That Bring Patients to Emergency Departments, Baibergenova et al., Arch Dermatol.147 (1), 2011
– Services d'Urgence, Ontario 04/2002-04/2007



- Lésions cutanées: 3,3% des entrées
- 4% hospitalisations
- Parmi patients hospitalisés, 71,4% avaient un érysipèle
- Saisonnalité Juillet, Aout, pic le plus bas en Février
- dans 20% des cas diagnostic redéfini par avis spécialisé



<u>ANATOMY</u>	<u>SYNDROME</u>
Epidermis	Erysipelas Impetigo Folliculitis Ecthyma Furunculosis Carbunculosis
Skin	
Dermis	
Superficial fascia	Cellulitis
Subcutaneous tissue	
Subcutaneous fat, nerves, arteries, veins	Necrotizing fasciitis
Deep fascia	
Muscle	Myonecrosis (clostridial and non-clostridial)

FIGURE 1. Anatomic and clinical classification of soft-tissue infections.

Quel est votre diagnostic?









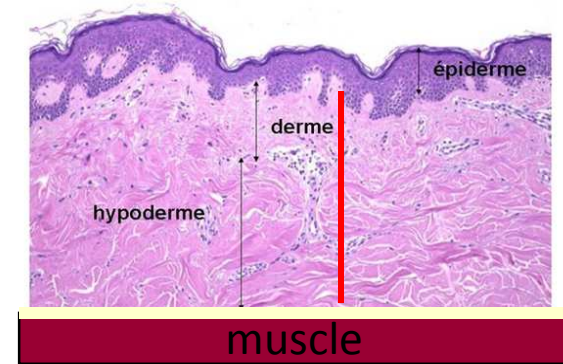






Erysipèle- Cellulite

- **Erysipèle**/ dermohypodermite aigue **non nécrosante**/ cellulite superficielle
 - Derme/hypoderme



- **Grosse jambe rouge AIGUE** fébrile:
 - Début brutal
 - Fièvre
 - Placards erythémateux, luisants
 - Œdème
 - Chaleur
 - Adp satellites, lymphangite
 - UNILATERAL



Présentation clinique

- Examen comparatif +++++

- Aspect rougeur, chaleur



- Rechercher une porté d'entrée++

- Intertrigo inter-orteil
- Ulcère de jambe
- Plaie Lésion de grattage.....



- Notion de terrain +++

- Obésité
- Lymphoedeme chronique, insuffisance veineuse
- ATCD d'érysipèle
- +/-diabète

Erysipèle

Facteurs de risque

	O.R.
Lymphoedème	71.2
Porte d'entrée	23.8
Œdème des membres inférieurs	2.5
Insuffisance veineuse	2.9
Surpoids	2

Présentation clinique

- Formes compliquées:
 - Présence de bulles, purpura (intensité œdème dermique)
 - Signes de gravité locaux: nécroses, lividité prénécrrotique....
 - Signes de gravité généraux

Signes généraux	Hyperthermie
	Syndrome confusionnel
Signes locaux	Tachypnée
	Tachycardie
	<u>Oligurie</u>
	<u>Hypotension</u>
Autres facteurs	Pâleur
	Douleur résistante aux antalgiques simples
	Œdème majeur
	Bulles hémorragiques
	<u>Signes de nécrose cutanées</u> (superficielle ou profonde)
Autres facteurs	<u>Troubles de la sensibilité</u>
	<u>Présence d'emphysème sous cutané</u>
	Comorbidités : diabète, obésité...
	Contexte social : précarité...

- Formes topographiques:
 - MI dans 90%
 - Face (5-10%): bourrelet, parfois bilatéral
 - MS: sur lymphoedème post curage ggnaire



Microbiologie

- Tableau d'érysipèle classique:
 - ***Streptococcus pyogenes*** ou Streptocoque β hémolytique du groupe **A+++++**:
 - Faible charge bactérienne
 - Rôle toxines
 - Rarement autres streptocoques
 - *Staphylococcus aureus*:
 - Face, diabétique
- Autres tableaux
 - rares, sur terrain immunodéprimé ou contact avec des eaux souillées (*Pseudomonas aeruginosa*, *Vibrio vulnificus*, *Aeromonas hydrophila*)







Prise en charge thérapeutique

- Dans tous les cas: repos au lit, jambe surélevée++++
- Soins locaux adaptés (ex: erysipèle bulleux)
- Hospitalisation ssi:
 - doute diagnostique ;
 - signes généraux très marqués ;
 - risques de complications locales ;
 - comorbidité ;
 - contexte social rendant le suivi difficile en ambulatoire;
 - échec d'un traitement ambulatoire préalable adapté (72h).

Prise en charge thérapeutique

- **Antibiothérapie** à visée antistreptococcique: **amoxicilline** (50-100mg/kg)
- Clindamycine si allergie voire pristnamycine
- Si suspicion d'infection à *S. aureus*: amoxicilline+ ac. Clavulanique
- Traitement IV si hospitalisation, relai PO dès apyrexie
- Durée 10-20j (guérison clinique)
- **TTT de la porte d'entrée+++++**
- **Anticoagulants préventifs ssi FR thrombose**
- **BANNIR AINS sur infections cutanées**

Evolution érysipèle

- Evolution favorable en 8-10j
- Apyrexie en 72h
- Aspect craquelé avec desquamation de la peau +++:
diminution de l'oedeme
- Risque récurrence+++ : 12 % à 6 mois, 30 % à 3 ans
- PEC pour éviter les récurrences (perte de poids, lutter contre ins. veineuse, TTT intertrigo....)
- Si récurrences très fréquentes:
- Traitement suspensif possible (ATB au long cours, injection pénicilline G retard)

Quel est votre diagnostic?



(c) University Erlangen,
Department of Dermatology,
Phone: (+49) 91 31-85-2727



<http://germis.net>








Impétigo

- Enfants+++ , jeunes adultes
- *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*
 - lésions vésiculo-pustuleuses bien limitées
 - Puis suintement méllicérique et croûteux
 - Impétiginisation d'une dermatose pré-existante
 - Touche visage, mains
 - Absence de signes généraux
 - Contagion+++ (crèche, collectivités, sport collectif...)
 - Complication à type d'echtyma possible

Impétigo

- Traitement de l'impétigo:
 - Mesures d'Hygiène
 - Antiseptiques locaux
 - Antibiothérapie systémique SSI lésions multiples ou signes généraux
 - antibiotiques locaux????????
 - Méta-analyse ATB local vs placebo: OR=2,69 IC à 95%=1,49 à 4,86.
 - Mupirocine= acide fusidique

Furonculose

- *S. aureus*++++ (toxine de Panton-Valentine)
- Peut faire suite à une folliculite: furoncle à l'abcès
- Atteinte inflammatoire périfolliculaire profonde :
 - induration chaude et douloureuse
 - Puis suppuration éliminant le follicule nécrotique sous forme d'un gros bourbillon jaune
- Anthrax  (≠ du terme anglosaxon!!!) =conglomérat de plusieurs furoncles
- Furonculose récidivantes+++
- Terrain: diabète, obésité, portage nasal de *S. aureus*

Abcès cutanés



S. aureus++++

Complications d'un furoncle,
toxicomanie....

Placard érythémateux, fluctuations+++

Fièvre, **lymphangite**, ADP

complications de thrombophlébite septique (superficielle): embols septiques,
Staphylococcie maligne de la face



Furonculose, abcès

- Traitement:
 - Folliculite superficielle: antiseptiques+++++
 - Furoncle isolé: antiseptiques, évacuation du bourbillon
 - Abcès cutané:
 - **INCISION chirurgicale+++++**
 - +/- ATB systémique: clindamycine (action anti toxine de Panton-Valentine); amox-ac. Clavulanique, pristinamycine
 - Possibilité de SARM communautaire
- Décolonisation des porteurs de *S. aureus*:
 - Mupirocine (bactroban®): 2x/j en intranasal
 - Chlorhexidine 4% douche

} 5 jours

Merci de votre attention