

PATHOLOGIE BACTERIENNE ET MYCOSES



INFORMATIONS



Pré-requis : Notions de mycologie et de bactériologie



Durée de l'item : 8 heures



Auteur(s) : Colette DE RIOLS et A. BRIANT Service de Dermatologie (mail :)



Objectifs : Aspects cliniques et thérapeutiques et de bactériologie

MYCOSES

En France, ce sont : les dermatophytoses, les candidoses et les pityrosporoses.

- les dermatophytoses intéressent la peau, les cheveux et les ongles
- les candidoses intéressent la peau, les muqueuses et les ongles
- les pityrosporoses se limitent à la peau

I. DERMATOPHYTOSES

A. Epidémiologie

Selon leur habitat, on les divise en 3 catégories :

- **zoophiles** dont l'hôte habituel est animal. Ce sont surtout :
 - . *microsporum canis* : MC, transmis par le chat, le chien et le hamster,
 - . *trichophytum mentagrophytes* : TM, transmis par le cheval et la souris.
 - . *trichophytum ochraceum* : TO, transmis par les bovidés
- **anthropophiles** dont l'hôte habituel est l'homme. Ce sont surtout :

- . trichophytum rubrum : TR
- . trichophytum interdigitale : TI
- . trichophytum violaceum : TV
- . trichophytum schoenleinii : TS
- . epidermophytum floccosum : EF
- **géophiles ou telluriques** dont la seule espèce pathogène est :
 - . microsporum gypseum : MG

Conséquence :

- un individu atteint par des champignons zoophiles ou géophiles n'est pas contagieux pour les autres, comme si son pouvoir pathogène se dégradait sur la peau humaine : la mycose guérit à la longue spontanément.
- par contre, les champignons anthropophiles se transmettent d'un sujet à l'autre : la transmission est directe et la mycose ne guérit pas spontanément.

B. Signes cliniques

I Peau

a) peau glabre

- dermatophytie de la **peau glabre** [**Précision** : herpès circiné]

Les champignons responsables sont essentiellement MC et TR :

- MC chez l'enfant et l'adulte
- TR chez l'adulte

et la contamination souvent familiale.

Ce sont des lésions :

- rondes ou polycycliques, limitées par un bourrelet périphérique vésiculo-squameux
- siégeant sur les zones contact
- et d'évolution centrifuge par la bordure active contenant le parasite alors que le centre cicatrise
- kerion

Les champignons responsables sont : TM et TO, et la contamination est d'origine professionnelle : vétérinaires, laborantins, éleveurs....

La lésion a l'aspect précédent mais elle est inflammatoire et limitée par des pustules au lieu de vésicules.

b) plis

Les champignons sont anthropophiles et ne se développent que chez des adultes à partir de la puberté. Ce sont : TR, TI et EF.

- grands plis : **dermatophytie inguino-crurale** [**Précision** : eczéma marginé de Hébra]

. identiques aux précédentes, les lésions sont arciformes de part et d'autre d'un pli, mais de façon asymétrique car plus développées au dessous du pli qu'au dessus

- . essentiellement le pli inguinal, mais ce peut être aussi les plis interfessier et axillaires
 - . l'extension est excentrique par le bourrelet périphérique mais le centre reste souvent pigmenté.
- petits plis : intertrigo interdigito-plantaire
- . intertrigo sec ou macéré, pouvant se fissurer
 - . qui siège uniquement dans les derniers espaces inter-orteils
 - . et qui peut s'étendre au dos ou à la plante du pied soit sous l'aspect habituel de bordure érythémato-vésiculeuse, soit sous forme de vésiculo-pustules isolées.

2 Cuir chevelu

Cuir chevelu : teignes

a) teignes tondantes

Elles concernent uniquement des enfants d'âge scolaire :

- réalisant des plaques alopeciques parsemées de squames sèches
 - leur taille, leur nombre et la longueur des cheveux dépendent de la nature du champignon :
- . teignes microsporiques d'origine animale : MC : grandes plaques peu nombreuses avec cheveux cassés peu courts, fluorescentes en vert à la lumière de Wood.
 - . teignes trichophytiques d'origine humaine : TV : petites plaques très nombreuses avec cheveux cassés très courts, non fluorescentes à la lumière de Wood
- mais l'alopecie n'est pas définitive : non traitées, elles guérissent tout de même :
- . spontanément pour les teignes zoophiles
 - . avec la puberté pour les teignes anthropophiles

b) kerions

Les champignons responsables sont : MC, TV, TM, TO, MG

Ils concernent autant les enfants que les adultes, l'homme pouvant être atteint aussi au niveau de la barbe selon des lésions proches du sycosis staphylococcique :

- la plaque est très inflammatoire, surélevée, parsemée de pustules profondes
- et peut laisser parfois une cicatrice alopecique.

c) favus

Le champignon responsable est TS.

Exceptionnelle en France, l'affection débute dans l'enfance et non traitée se poursuit à l'âge adulte :

- ce sont des croûtes sèches circulaires, jaune paille, déprimées, d'odeur caractéristique, fluorescentes en lumière de Wood avec des cheveux encore présents
- mais qui après plusieurs années laissent une cicatrice alopecique avec des cheveux décolorés et fragiles.

3 Ongles

Les champignons sont anthropophiles et n'atteignent que des adultes : TR, TI.

C'est un onyxis plus fréquent aux pieds qu'aux mains qui évolue en trois temps :

- atteinte initiale du bord libre qui est décollé par des indentations pulvérulentes
- puis atteinte de la table externe qui s'épaissit et perd sa transparence
- enfin atteinte de l'ongle dans sa totalité avec onycholyse.

Mais il n'y a jamais de périonyxis.

4 Dermatophytides

Ce sont des réactions à distance qui résultent de la présence du champignon : TR, TM, en un point donné du tégument.

Les plus fréquentes sont des dishydroses palmo-plantaires, plus rarement des papules péripilaires.

C. Diagnostic

Le prélèvement se fait par raclage à la curette mousse.

La mise en évidence par :

- examen direct : entre lame et lamelle après adjonction d'une goutte de potasse et passage à la flamme, il objective des filaments
- culture : elle confirme et permet l'identification du champignon dans des délais variables selon sa nature et son importance : 10 à 20 jours

D. Traitement

1 moyens

a) généraux

- **griseofulvine** : Grisefuline*, Fulcine*
 - . contre-indications : grossesse, contraception orale, anti-coagulants
 - . effets secondaires : photosensibilisant
- **terbinafine** : lamisil*

b) locaux

- azolés : Fazol*, Fongamil*, Amycor*, Pévaryl*, Daktarin*, Kétoderm*....
- ciclopiroxolamine : Mycooster*
- amorolfine : Locéryl*
- terbinafine : Lamisil*

2 Indications

- association le plus souvent d'un traitement général et local, sauf pour la dermatophytie de la peau glabre à MC qui peut bénéficier d'un simple traitement local
- rarement inférieur à un mois et demi et dont la durée est fonction :
 - . de la topographie : plus longue pour les atteintes des ongles que des cheveux que de la peau
 - . de la nature du champignon : plus longue pour les anthropophiles que pour les zoophiles et géophiles - avec soins locaux associés :
 - . ongles : meulage ou excision de la partie atteinte
 - . cuir chevelu : taille très courte des zones parasitées
- et mesure d'accompagnement pour les teignes :
 - . déclaration obligatoire
 - . traitement de l'animal contamineur par le vétérinaire si le champignon est zoophile
 - . éviction scolaire s'il est anthropophile et reprise de la scolarité après prélèvements négatifs

II. CANDIDOSES

A. Epidémiologie

Deux particularités :

- un parasite unique : le candida albicans, CA, seul pathogène pour les téguments parmi les levures du genre candida

- la nécessité de conditions favorisantes qui rendent pathogène ce champignon normalement saprophyte des muqueuses génitales et digestives et dont l'homme est le seul réservoir.

Ces conditions sont surtout :

- locales : hygiène, humidité, frottements
- médicamenteuses : antibiothérapie générale, contraception orale
- générales : diabète, immuno-déficiences

Répétées, les candidoses peuvent évoluer sur un mode atténué mais chronique ce qui doit faire rechercher des conditions favorisantes et en particulier un diabète.

B. Signes cliniques

Quelle que soit la localisation de la candidose, des signes fonctionnels à type de brûlure ou de prurit localisés sont toujours présents ; ils précèdent ou accompagnent les signes physiques.

1 Peau

a) plis

- **grands plis**

- érythème érosif, bilatéral et symétrique, dont le centre est représenté par le fond du pli qui est macéré, blanchâtre et suintant et dont les bords sont irréguliers et émiettés
- il concerne les plis inguinaux, fessier, sous-mammaires et axillaires
- l'absence de régression malgré un traitement correct doit faire évoquer la surinfection par CA d'une dermatose sous-jacente : psoriasis surtout, eczéma... ou l'association à une infection bactérienne.

- **petits plis**

- fissure desquamative centrée par un pli, souvent macérée
- qui atteint avec prédilection le 3ème espace interdigital palmaire et surtout les premiers espaces interdigitaux plantaires où il est difficilement distinguable cliniquement de l'intertrigo à dermatophytes
- son développement est favorisé par l'humidité, les déformations rhumatismales, la manipulation professionnelle de sucre....

b) peau glabre

Ce sont essentiellement des candidoses dorso-fessières par macération chez les malades grabataires.

2 Muqueuses

Dans tous ces cas, à partir de l'atteinte muqueuse, une extension vers les plis est possible, à type d'intertrigo ano-génital et/ou inguinal, où l'on retrouve les caractères habituels des candidoses des plis.

a) ano-génitales

- **anite**

- anite et péri-anite érythémateuse et par extension intertrigo fessier
- facteur favorisant spécifique : antibiothérapie orale souvent responsable aussi d'une diarrhée

- **vulvo-vaginite**

- dyspareunie associée à des leucorrhées blanchâtres, caséuses : l'examen au spéculum est difficile car douloureux et montre un vagin rouge et vernissé tapissé de pseudo-membranes comme lors du muguet buccal
- facteurs favorisants spécifiques : toilette par des savons acides ou antiseptiques, antibiothérapie orale, contraception.

- **balanite**

- balanite érythémateuse parfois recouverte de pseudo-membranes. L'inflammation du prépuce peut provoquer un phimosis ; par contre une urétrite est rare.
- facteurs favorisants spécifiques :
 - . transmission sexuelle survenant dans les heures ou le jour qui suivent un rapport : l'examen de la partenaire s'impose donc
 - . diabète, immuno-dépression

b) buccale et péri-buccale

- **glossite**

Trois types cliniques souvent accompagnés de dysphagie :

- glossite blanche ou muguet :
 - . stomato-glossite pseudo-membraneuse sous forme de membranes blanches qui se décollent facilement au prix d'un discret saignement
 - . essentiellement au cours de la première enfance ou chez les immunodéprimés
- glossite noire :
 - . langue villosité et noire dans sa partie médiane
 - . secondaire à une antibiothérapie, à un défaut d'hygiène ou à une cachexie néoplasique
- glossite rouge :
 - . stomato-glossite érythémateuse : la langue est dépapillée, vernissée et sèche

. essentiellement chez les sujets âgés

- **perlèche**
- fissure érythémato-squameuse de la commissure labiale
- favorisée par la mal-occlusion buccale qu'entraîne la perte de la tonicité musculaire due à l'âge
- mais qui se voit aussi chez les porteurs de prothèse et chez les édentés
- **chéilite**
- érythro-oedème desquamatif parcouru de rhagades douloureuses
- chez les enfants qui ont le tic de se poulécher avec leur langue

3 Ongles

- il peut s'agir de :
 - . un périonyxis qui réalise un érythème douloureux puis à un stade évolué, une collection purulente
 - . un onyxis, marqué par un décollement brunâtre de l'ongle
 - . l'association des deux le plus souvent
- si l'atteinte persiste, l'ongle devient dystrophique.

C. Diagnostic

- prélèvement à l'écouvillon
- résultat :
 - . direct, après coloration au bleu de méthylène : levures et filaments
 - . culture : abondantes colonies au bout de 3 à 5 jours

D. Traitement

I Moyens

a) généraux

- polyènes : Mycostatine*, Fungizone*
 - . seule indication : glossite et anite car ils ne franchissent pas la barrière intestinale
- miconazole : Daktarin*
- kétoconazole : Nizoral*
 - . effet secondaire : toxicité hépatique
- fluconazole : Triflucan*

- terbinafine : Lamisil*
 - . seule non indication : les candidoses vaginales sur lesquelles il n'est pas efficace per os

b) locaux

- polyènes : Mycostatine*, Fungizone*
- azolés : Fongamil*, Amycor*, Fazol*, Pévaryl*, Daktarin*, Kétoderm*
- Ciclopiroxolamine : Mycoster*
- Amorolfine : Locéryl*
- Terbinafine : Lamisil*

2 Indications

- candidoses cutanées : le traitement local seul est habituellement suffisant
- candidose muqueuse : le traitement est à la fois local et général, surtout s'il s'agit d'une forme sévère ou d'une récurrence
- dans tous les cas : supprimer ou traiter si possible le facteur favorisant

III. PITYROSPOROSE

A. Epidémiologie

- l'agent responsable : malassezia furfur, MF, saprophyte cutané du groupe des levures
- facteur favorisant : le sébum qui en est l'élément nutritif essentiel. L'éruption facilement récidivante n'apparaît donc qu'après la puberté et ne se reproduit plus quand la peau se dessèche avec l'âge.

B. Signes cliniques : pityriasis versicolor

- macules isolées ou confluentes en nappe, furfuracées, fluorescentes en vert à la lumière de Wood, et dont il existe 2 formes :
 - . pigmentées : de couleur brun chamois
 - . achromique : soit spontanément, soit après exposition solaire
- localisées ou plus ou moins diffuses, n'importe où sur le revêtement cutané mais avec nette prédominance sur le tronc et la racine des membres
- la récurrence est fréquente, essentiellement chez les individus à peau grasse ou après

sudations abondantes

C. Diagnostic

- l'examen clinique est habituellement suffisant
- au besoin complété par l'examen direct au bleu de méthylène.

D. Traitement

I Moyens

a) généraux

- kétoconazole : Nizoral*
 - . effet secondaire : toxicité hépatique

b) locaux

- azolés : Pévaryl*, Amycor*, Daktarin*, Fazol*, Fongamil*
- kétoconazole : Kétoderm*
- ciclopiroxolamine : Mycoster*
- terbinafine : Lamisil*

2 Indications

- malgré son efficacité, le kétoconazole per os, à cause de sa toxicité hépatique est réservé aux formes profuses, récidivantes ou résistantes et dans ce cas sur une très courte durée.
- en raison de sa commodité, le kétoconazole local est souvent prescrit car il est conditionné sous forme de savon liquide, actif en traitement minute
- mais les autres traitements locaux, s'ils sont moins pratiques, sont tout aussi efficaces.

CONCLUSION

SYNTHESE CLINIQUE

Peau glabre Dermatophytes
 Candida albicans
 Malassezia furfur
Plis Dermatophytes
 Candida albicans
Cuir chevelu Dermatophytes
Muqueuses Candida albicans
Ongles
- onyxis Dermatophytes
 Candida albicans
- onyxis et/ou
perionyxis Candida albicans

SYNTHESE THERAPEUTIQUE

Griséofulvine Dermatophytes
Polyènes, fluconazole Candida albicans
Amorolfine Dermatophytes
 Candida albicans
Imidazolés, Dermatophytes
Ciclopiroxolamine Candida albicans
Terbinafine Malassezia furfur

PATHOLOGIE BACTERIENNE

IMPETIGO

Epidermite microbienne auto inoculable
non immunisante
très contagieuse
âge scolaire ou pré-scolaire
épidémie - collectivités
2 origines staphylocoque auréus (++)
streptocoque pyogène [Précision : B hémolytique du groupe A]
isolés ou associés

I. IMPETIGO CONTAGIEUX DE L'ENFANT

A. CLINIQUE

Lésions élémentaires :

- **vésiculo bulleuse** [Précision : sous-cornée] fragile
- aréole rouge inflammatoire
- circonscrite
- devient purulente
- dessèchement-croûtes jaunâtres, grasses, peu adhérentes, mélicériques, entourées d'une zone purulente
- érosion
- guérison sans cicatrice

Lésions et érosions multiples, profuses, d'âge différent.

Topographie

- zone découverte membres
- **visage** [Précision : péri-orificielle]
cuir chevelu
- **zones traumatisées** [Précision : mains, talons]
- épargne paumes, plantes et muqueuses

Evolution

extension progressive

peut se **généraliser** [Précision : auto-inoculation porteur d'un eczéma ou gâle] état général conservé

B. EVOLUTION

sous traitement : guérison

complications --- justifient antibiothérapie générale

C. COMPLICATIONS

- streptocoque --- GNA post strepto (5 % des cas) peut :
Provoquer glomérulonéphrite aiguë
recherche d'une protéinurie 3 semaines après l'infection
- staphylocoque --- complications d'origine toxinique
- risque septicémique et **localisation secondaire** [Précision : ostéomyélite, méningite, staphylococcie, pulmonaire] .

II. FORMES CLINIQUES

A. FORMES DE L'ADULTE : IMPETIGINISATION

- . Impétigo primitif très rare, secondaire à une dermatose sous-jacente, prurigineuse : eczéma, dyshidrose, pédiculose, gâle, varicelle, zona
- . staphylocoque doré
- . lésion suintante - purulente - croûtes jaunâtres

B. IMPETIGO BULLEUX STAPHYLOCOCCIQUE DU NOURRISSON (PEMPHIGUS EPIDERMIQUE)

Staphylocoque producteur d'une toxine --- épidermolyse nécrosante

Terrain : nourrisson - crêches

Transmission du **germe** [Précision : présent dans la bulle] par les **mains** [Précision : personnel]

grande bulle flasque durant 2 à 3 jours

contenu clair - louche

Evolution :

- érosion circulaire
- recouverte rapidement d'une croûte brune

Topographie :

- face ++
- siège ++
- partout
- paumes et plantes peuvent être atteints

Pas d'altération de l'état général

Complications :

- septicopyohémie
- staphylococcie pulmonaire
- syndrome de Lyell staphylococcique
- imposent antibiothérapie générale précoce et d'isoler l'enfant

C. ECHTYMA

Variété d'impétigo creusant du derme ulcération nécrosante

croûte épaisse

noirâtre

entourée d'un halo inflammatoire

Dermoépidermite streptococcique chronique nécrotique

Terrain : enfants

mauvaise hygiène

maladies sous-jacentes [Précision : diabète, alcool, dénutrie, immuno-déprimés, dermatose prurigineuse]

Facteur favorisant aux membres inférieurs MI : stase-déclivité-insuffisance veineuse-

malpropreté -prurit.

Clinique : début banal : vésicules-pustules-croûtes-ulcère irrégulier purulent à base indurée

oedème rouge violacé en périphérie

adénopathie régionale plus ou moins

laisse une cicatrice atrophique déprimée pigmentée

Complication : chez l'adulte, point de départ d'un ulcère

Topographie :

MI ++ membres inférieurs

Fesses ++

III. DIAGNOSTIC

D + :

- clinique, caractéristiques
notion de contagé
- bactériologique direct sur liquide de bulle ou sous les croûtes

D = :

- de l'impétigo primitif
 - . **pemphigus superficiel** [Précision : biopsie, IFD]
 - . impétiginisation : prurigo strophulus, gâle, pédiculose, eczéma
 - . pustulose de Kaposi Juliusberg
 - . autres : **dermatoses bulleuses** [Exemple : varicelle...] syphilis impétigineuse
- pustulose amicrobienne
- dermatophyties
- de l'**impétiginisation** [Précision : dermatose sous-jacente]
 - de l'echtyma : . ulcère de jambe et ulcère nécrotique des vascularites nécrosantes
 - chez nn et nourrissons : **syphilis néo-natale** [Précision : bulles palmo-plantaires, coryza purulent, érosion nasale] .
- épidermolyse bulleuse congénitale
- gâle profuse

IV. TRAITEMENT

A. TRAITEMENT LOCAL

- savon **antiseptique** [Précision : Septivon, Cytéal ; rincer]
- antiseptiques : Hexomédine, solution aqueuse Eosine 2 %, permanganate de potassium à 1/10000.
- décrustation cutanée par vaseline ou pommade antibiotique

B. ANTIBIOTHERAPIE GENERALE

prévient les complications

. streptococcique :

péni V (Oxacilline)

50000 U/Kg/24 h en 2 prises

10 jours chez l'enfant

2 à 4 MU chez l'adulte

. **staphylococcique** [Précision : selon l'antibiogramme] :

Péni M (Oxacilline, Bristopen)

Macrolide : Erythromycine (Josacine) 50 mg/kg/j chez l'enfant et Pristinamycine

Synergistine : (pyostacine) 2 g/j chez l'adulte

C. TOUJOURS

Recherche d'un **gîte microbien** [Précision : ORL, péri-anal, ombilic]

Examen de **l'entourage** [Précision : porteur sain] et traitement

Contagieux.... éviction scolaire, crèches +++

Traitement des facteurs favorisants : diabète...

ERYSIPELE

Lymphangite aiguë du derme superficiel.

Dermo-épidermite aiguë en nappe - caractère inflammatoire

Etiologie . Streptocoque B hémolytique A

. spontanément ou secondaire à une plaie ou à une dermatose

. facteurs favorisants :

- malnutrition

- alcoolisme

- dysglobulinémie

- diabète

I. ERYSIPELE DE LA FACE

1) Clinique

- incubation 3 à 7 jours
 - **invasion fièvre** [Précision : 40] brutale, céphalées, altération de l'état général
frissons, vomissements
 - état :
 - 1) **adénopathie** [Précision : prétragienne, sousmaxillaire]
 - 2) placard inflammatoire, **porte d'entrée** [Précision : orifice : narinaire, SNG, rétro-auriculaire]
rouge, chaud, douloureux, induré
centrifuge
en nappe
bien limité avec un bourrelet oedémateux rouge violacé
oedème +++
- tend à se bilatéraliser
+ vésicules
Peut guérir spontanément en 8 à 10 jours.
Récidives **fréquentes** [Précision : hypersensibilité locale aux antigènes streptococciques]
- **complications** [Précision : rares]
 - régionale : névrite optique
paralysie du nerf oculaire commun
cellulite rétro-orbitaire avec fonte purulente de l'oeil
 - générale : septicémie, endocardite, GNA post streptococcique

2) Diagnostic

- **clinique**
- biologique : GB augmentés (PN : 20 000/mm³)
syndrome inflammatoire
Diagnostic =
- staphylococcie maligne de la face :
folliculite initiale
placard mal limité
sans bourrelet
unilatéral
- eczéma aigü
- LED dermatomyosite
- **Diagnostic étiologique** :
augmentation retardée des **ASLO** [Précision : Tt avant]
mise en évidence du germe
- porte d'entrée
- phlyctène
- sérosité
- **hémocultures** [Précision : 3 en urgence]
- + dans 1/3 des cas
- recherche d'autres foyers

3) Traitement

- . repose sur la Péni G (5 MU en IM/j 10 jours)
 - . si terrain débilisé 10 à 15 MU/j en perfusion
 - . si allergie à la Péni :
 - macrolide 3 g par jour
 - synergistine 3 g par jour
 - . stérilisation d'éventuels foyers
- Evolution favorable sous traitement.
Desquamation secondaire spécifique.

II. DERMITES ERYSIPELATOIDES DE LA JAMBE

Très fréquente.

1 Clinique

- . femmes obèses
 - . troubles circulatoires veineux
- souvent récidivants aggravant l'état antérieur ... cercle vicieux... éléphantiasis
Petite entrée : minime : fissure inter-orteils, plaie, ulcère, carcinome cutané ulcéré
Incubation : 6 jours
Invasion brutale
- syndrome infectieux
 - jambe chaude tendue avec adénopathie
- Etat :
- 1° signes locaux
- placard inflammatoire douloureux centrifuge
 - oedème sousjacent +++
 - limites + nettes
 - douleur +++ pulsatile qui augmente à la mobilisation
- 2° signes régionaux - adénopathie douloureuse

RECHERCHE SYSTEMATIQUE D'UNE THROMBOSE VEINEUSE PROFUSE

3° signes généraux : altération de l'état général/ fièvre

Complications :

- 1° locales : bulles, hémorragies, pétéchies
- ulcération post guérison
- fasciite nécrosante
- 2° régionales lymphangite

phlébite profonde [Précision : D + difficile]

doppler veineux et échographie n'ont de valeur que s'ils sont positifs mais recherche

systematique

3° générales : septicémie exceptionnelle
affection post streptococcique

2 Diagnostic clinique

Diagnostic + : clinique

Diagnostic = eczéma aigu

rouget du porc

syndrome de Sweet

dermites infectieuses érysipéloïdes à staphylocoque, à Gram-MEE du germe PE à
porte d'entrée : phlyctène, hémocultures, autres foyers

3 Evolution

Evolution sous traitement, guérison rapide avec desquamation

complications : septicémie avec endocardite

abcès souscutané

GNA post strepto

Phlébite

Eléphantiasis

CELLULITE NÉCROSANTE

même traitée RECIDIVE POSSIBLE

4 Traitement

Antibiothérapie générale : Péni G : 10 MU/24 h (IV) et Péni V : 4 MU/24 h

Si contre-indication à la péni : macrolide 10 j à la lère poussée

Anticoagulant : Héparine Calciparine 0,10 ml souscutané 3 fois/j

Soins locaux de désinfection

Lever précoce avec mobilisation active - **contention élastique** [Précision : évite l'oedème séquellaire] .

Un seul traitement n'empêche pas toujours les récides mais prévient s'il est précoce la redoutable CELLULITE STREPTOCOCCIQUE.

III. CELLULITE STEPTOCOCCIQUE

ou gangrène streptococcique ou fasciite nécrosante
urgence thérapeutique
nécrose tissulaire extensive, profonde, le long des fascia
gangrène des plans susjacents par thrombose
streptocoque B hémolytique **groupe A** [Précision : toxine nécrosante]
D+ précoce.....car nécessite un traitement chirurgical - décès 1/2 malade

Clinique

même début que l'érysipèle - MI +++

parfois, face cou

Organes génitaux externes

Après chirurgie abdominale

Terrain :

diabète,

myxoedème,

cirrhose,

Insuffisance circulatoire

ici diagnostic = érysipèle

thrombophlébite

début de fasciite nécrosante

Evolution en 2 à 3 jours

Signes locaux se modifient

. érythème devient bleu sombre grisâtre

. oedème devient cartonné

. lésions purpuriques bulles nécrotiques

. HYPOESTHESIE ou ANESTHESIE

signes régionaux = 0

Signes généraux : altération de l'**état général** [Précision : obnubilation-DEC-choc-CIVD]

Traitement

Au stade nécrosant : AB inefficace

Un seul traitement : débridement chirurgical avec exérèse du tissu nécrosé : Péni G : 12 à 24 MU par 24 h associé à un imidazolé-métronidazole prévient la dissémination septique

Traitement du choc en réanimation

IV. LYMPHANGITE AIGUE

Inflammation des canaux lymphatiques cutanés.

Streptocoque Bhémolytique du **groupe A** [**Précision** : parfois staphylocoque]

Toujours porte d'entrée retrouvée :

- blessure
- bulle infectée
- infection inter-digitale

Etat : bande rouge linéaire dont l' origine est lésion initiale... ganglion en amont, douloureux

Etat général altéré

Complications exceptionnelles suppuration de l'adénite

D = **thrombophlébites superficielles** [**Précision** : adénopathie non douloureuse]

D biologique polynucléose

isolement du germe : PE : ganglions

Risque septicémie

Traitement : Péri

INFECTIONS FOLLICULAIRES

Pustules + ou - inflammation centrée par un poil

Infectieuse : - à gram

- staphylocoque doré
- **trichophytique** [**Précision** : toxicomanes] **candida albicans** [**Précision** : toxicomanes] à opposer aux

non infectieuses [**Précision** : toxidermie etc....]

Quelle que soit la zone sauf palmo-plantaire et muqueuses.

I. FOLLICULITES SUPERFICIELLES

(porofolliculites)

banales, diagnostic facile

LE : papules rouges péri-folliculaires pustules, croûtelles, guérit sans cicatrice.

Topographie : visage, barbe, front, nuque, dos, fesses, jambes, **cuir chevelu** [**Précision** : enfant récidivant]

Causes favorisantes récidives

- mécanique
- **chimique et médicamenteuse** [**Précision** : chlore, huile de cade, huile de croton, base de goudron, sparadrap...]

Evolution

- favorable spontanément ou sous traitement antiseptique local
- peut devenir profond nodosité douloureuse surmontée d'une pustule, d'un poil
- complications :

- abcès dermique ou sous-cutané torpide
- cuir chevelu ; alopecie

Traitements

- hygiène ++
- antiseptiques
- lotion antibiotique
- si étendue ou profonde : antibiothérapie générale

la chronicité peut entraîner incision et drainage

II. FURONCLE

Nécrose de tout l'appareil pilo-sébacé

A. CLINIQUE

LE : . inflammation **périfolliculaire profonde** [Précision : dure, chaude, douloureuse]

- . centrée par un poil
- . suppuration "BOURBILLON" élimine le follicule nécrosé
- . cicatrice

Facteurs favorisants :

locaux : friction, sudation

innoculation à partir d'un foyer
narinaire ou périnéal

généraux [Précision : diabète, dysimmunité]

Etiologie : staphylocoque doré, souche très virulente, épidémies, adultes sains

Topographie : face, cou, poignets, périné, fesses, doigts, **conduits auditifs externes** [

Abréviation : CAE], narines, **mamelons** [Précision : douloureux], **oeil** [Précision : orgelet]



B. FORMES CLINIQUES : ANTHRAX

+SG, septicémies fréquentes plusieurs furoncles accolés

C. FORMES COMPLIQUÉES

1° Septicopyohémie

2° Staphylococcie maligne de la face

Début : manipulation intempestive d'un furoncle centro-facial.

phlébite extensive et cellulite

Topographie : aile nez

Clinique : furoncle inflammatoire, saillant, douloureux

altération EG [Précision : F°, frissons, malaise]

moitié du visage tuméfaction saillante, ligneuse, peu douloureuse, rouge sombre + pustules

Signes négatifs : pas de bourrelet périphérique

pas de bilatéralisation

Evolution : traitement précoce urgent

sinon risques THROMBOSE DES SINUS VEINEUX CRANIENS ET SEPTICEMIE

EVOLUTION FOUROYANTE : extension du placard

III. FURONCULOSE CHRONIQUE

Terrain : porteurs sains

gîtes microbiens [Exemple : narinaire, périnéal]

adultes jeunes, puberté

rare enfant [Précision : sauf atopie]

hommes > femmes

Facteurs favorisants : diabète, corticothérapie, immunosuppresseurs, malnutrition, manque d'hygiène...

IV. SYCOSIS

infection subaiguë de la barbe par le staphylo doré.

LE : agglomérat de folliculites profondes..... placard infiltré, pustules

Topographie : visage + + +, plus rarement cuir chevelu, pubis

Traitement : difficile - antibiothérapie nécessaire et insuffisante

- **soins locaux** [Précision : suppression rasage, pulvérisation à l'eau, ablation des croûtes, antiseptiques]

- impose la détection des réservoirs



TRAITEMENTS

FURONCLE :

- **antiseptiques** [Précision : ne pas cureter]
- Antibiothérapie générale : cas sévères faciaux, terrain fragile, furoncles multiples, BRISTOPENR, (2g-j), PYOSTACINER (2g/j)

ANTHRAX :

- antibiothérapie générale
- compresses humides
- antalgiques
- **drainage chirurgical** [Précision : pas trop précoce]

Toujours hygiène générale

Antiseptiques des gîtes microbiens

Antiseptiques locaux (**crème AB** [Précision : fucidine] nez, CAE, ombilic, anal)

Toujours **examen de l'entourage** [Précision : porteurs familiaux]

SYNDROME DE RITTER LYELL

Syndrome des enfants ébouillantés ou **SSSS** [Précision : staphylococcal scalded skin syndrom]

- . érythrodermie bulleuse, fébrile
- . toxine exfoliante du *S. aureus* groupe II type 71
- . clivage de la couche **granuleuse épidermique** [Précision : superficiel]

sous ce terme on regroupe :

- forme du nouveau-né : dermite exfoliatrice de Ritter Von Ritterschäin
- forme de l'enfant : Lyell staphylococcique
- forme de l'adulte : **exceptionnelle** [Précision : terrain immuno-déprimé ou insuffisance rénale]



I. CLINIQUE

- . enfants - de 2 ans
- . infection focale... 3 jours
 - muqueuse : rhinopharyngite, otite, conjonctivite
 - cutanée : impétigo, omphalite, périonyxis, impétiginisation d'une varicelle

- exceptionnellement foyer profond : endocardite, abcès
- . brutalement : F°, AEG
- exanthème scarlatiniforme péri-orificiel + racine des membre
- généralisation descendante en 24 h
- pas d'intervalle de peau saine
- respect des muqueuses

- . en quelques heures : NECROLYSE EPIDERMIQUE
 - grandes bulles flasques
 - vaste érosion rosée suintante
 - bordée par des lambeaux épidermiques fripés
 - Signe de Nikolsky spontané

- . Aspect de brûlures = enfants ébouillantés
 - Altération de l'état général
 - hémocultures stériles
 - germe isolé du foyer originel
 - le diagnostic repose sur l'identification du staphylocoque producteur de toxine

- . Evolution : cicatrisation rapide sans séquelles, bon pronostic si diagnostic et traitement précoces

II. TRAITEMENT

Urgence médicale
Milieu de réanimation
AB précoce antistaphylococcique
Antiseptie minutieuse

5 à 20 % de décès [Précision : forme néonatale plus fréquente]

SYNDROME DU CHOC TOXIQUE STAPHYLOCOCCIQUE

“Toxic Shock Syndrom“

Associe : fièvre, hypotension, éruption scarlatiniforme + signes viscéraux
Complication de foyers suppuratifs profonds
Epidémie de 1980 aux USA chez les jeunes femmes utilisatrices de tampons périodiques riches en méthylcellulose

I. CLINIQUE

F° à 40° en plateau

Hypotension artérielle ... choc ou lipothymie orthostatique
Erythrodermie scarlatiniforme
Suivi une à deux semaines plus tard d'une desquamation en grands lambeaux
2 signes cliniques évocateurs :
· hyperhémie conjonctivale, muqueuses buccopharyngées, génitales
· **oedèmes des extrémités** [Précision : doigts, paumes, plantes]
Atteinte **multiviscérale polymorphe** [Précision : au moins 3 organes cibles] :
- digestif : vomissements, diarrhée
- musculaire : myalgies avec / CPK rhabdomyolyse
- hépatique : ictère ou cytolyse
- rénale : hématurie, pyurie, IR fonctionnelle
- neurologique, hématologique, respiratoire

II. DIAGNOSTIC

- Association symptomatique
- mise en évidence germe foyer initial
- hémoculture stérile

III. D =

Ritter Lyell [Précision : décollement]

Scarlatine

Sd de Kawasaki. Syndrome de Kamaschi

IV. TRAITEMENT

urgence
AB antistaphylococcique
correction des troubles hémodynamiques
guérison en 8 à 10 jours
supprimer la porte d'entrée
morbilité par collapsus 3 %
Récidives possibles.

ERYTHRASMA

Infection chronique superficielle de la peau

Corynebacterium minutissimum [Précision : gram +]

I. CLINIQUE

Topographie : zones inguinales, axillaires, espaces interdigitaux

LE : tâche brun chamois ou rouge

lisse finement squameuse

bien limitée

sans bordure vésiculeuse

non prurigineuse

D+ lumière Wood coloration corail

II. TRAITEMENT

- local : **imidazolés** [Précision : actifs sur les Gram+]

- éventuellement, érythromycine per os lg/j pendant 10 j ou lotion à l'Erythromycine