

FICHE DE BONNES PRATIQUES & BON USAGE

Commission Gériatrie et Anti-infectieux

Rédaction et validation Comité stratégique : Septembre 2015

Rédaction / Mise à jour : Aout 2026

PRINCIPES GÉNÉRAUX

ÉLÉMENTS CLÉS

- Le germe le plus souvent en cause au cours des infections cutanées est le *Staphylococcus aureus* avec un risque de résistance à la méthicilline et donc une infection par un **SARM** (35% de résistance en 2022 en EHPAD données medqual).
- En cas de récurrence ou de forme chronique, il est recommandé de réaliser un écouvillon nasal pour analyse bactériologique à la recherche d'un portage chronique du *Staphylococcus aureus*. En cas de prélèvement positif, prendre un avis spécialisé afin d'envisager l'éradication du portage chronique.
- Toujours réévaluer l'antibiothérapie à **48-72h** de son instauration.
- Devant une récurrence d'infection cutanée, il est nécessaire de prendre un avis spécialisé.
- Toute plaie ou infection cutanée nécessite d'évaluer le statut antitétanique et d'envisager une éventuelle mise à jour vaccinale.

FOLLICULITE

Une folliculite est une inflammation d'un follicule pilosébacé. De caractère unique ou multiple, elle correspond cliniquement à l'apparition d'un érythème douloureux centré par un poil.

TRAITEMENT

- L'instauration d'une **antibiothérapie locale n'est pas recommandée**.
- Les mesures locales d'hygiène doivent être réalisées quotidiennement (ex : antiseptique).

FURONCLE

Un furoncle est une infection profonde d'un follicule pilosébacé, par le *Staphylococcus aureus*.

DIAGNOSTIC ET CLINIQUE

- Il débute initialement par l'apparition unique ou multiple d'une induration érythémateuse douloureuse centrée autour d'un follicule pilosébacé avec des localisations préférentielles (ex : dos, épaules, nuque, cuisses et fesses).
- Il évolue en quelques jours vers la nécrose (encore appelé bourbillon) avant d'être éliminé spontanément laissant un « cratère » sur la peau.
- Cependant, un furoncle peut évoluer vers une furunculose qui correspond à la survenue répétée de furoncles. Dans cette situation, il est recommandé de rechercher les facteurs favorisants (un portage chronique de *Staphylococcus aureus*, hypersudation, etc.) et de prendre un avis spécialisé.
- Des complications sont possibles mais rares (anthrax (agglomérat de furoncles), risque de septicémie, thrombophlébite du sinus caverneux en cas de localisation faciale, risque de forme nécrosante si sécrétion de la toxine de Panton-Valentine).
- La réalisation d'examens complémentaires n'est pas nécessaire, le diagnostic étant clinique.

TRAITEMENT

- Afin de limiter son extension, les règles d'hygiène comprennent : les recommandations auprès du patient (ne pas inciser, ne pas manipuler le furoncle), une antisepsie locale, la possibilité de protéger le furoncle par un pansement, lavage des mains.
- Une **antibiothérapie générale n'est pas indiquée (furoncle isolé et non compliqué) sauf devant un furoncle compliqué** (immunodépression ou diabète, présence de signes locaux (localisation faciale), signes généraux, furoncles multiples) :
 - Changement du linge et toilette **eau et savon** quotidienne
 - +/- si furoncle compliqué ou à risque de complications : Antibiothérapie **5 jours** : **clindamycine** ou **pristinamycine**
 - +/- En cas de furunculose récidivante : **Avis Spécialisé**

DERMOHYPODERMITE BACTERIENNE NON NECROSANTE (DHBNN)

La DHBNN est une infection touchant le derme et l'hypoderme anciennement appelée érysipèle. Le germe le plus souvent en cause est le *Streptococcus* β -hémolytique du groupe A.

- ⇒ La présence des signes suivants fera suspecter une fasciite nécrosante qui nécessite une prise en charge médicale hospitalière ou chirurgicale en urgence car elle engage le pronostic vital :
- ✓ un sepsis sévère ou un choc septique
 - ✓ des signes locaux à type d'hypoesthésie, de douleur intense et croissante, un œdème induré diffus, le caractère purpurique et/ou bulleux, une nécrose, un aspect livédoïde, la présence de crépitements à la palpation
 - ✓ l'échec d'une antibiothérapie initiale

DIAGNOSTIC ET CLINIQUE

- Une DHBNN se caractérise par l'apparition brutale et unilatérale d'un placard inflammatoire (rouge, chaud, douloureux à la palpation et œdémateux), généralement localisée au niveau des membres inférieurs. Cependant une localisation faciale ou au niveau des membres supérieurs est possible.
- La présence de décollements superficiels à caractère bulleux est possible, tout comme un purpura pétéchial.
- Des signes généraux peuvent être présents mais inconstants : fièvre, frissons, malaise, syndrome pseudo-grippal
- Toujours rechercher une porte d'entrée locorégionale (ex : intertrigo, ulcère, piqure d'insecte, etc). Cependant, il n'est **pas recommandé de réaliser des prélèvements cutanés pour analyse bactériologique de manière systématique**.
- L'évolution est généralement favorable sous antibiotique et dure environ une dizaine de jours.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Devant une forme typique, aucun examen complémentaire n'est recommandé. Une inflammation biologique est présente (↑ CRP et hyperleucocytose). La réalisation d'hémocultures n'est pas systématique.

TRAITEMENT

- Une **hospitalisation** sera à envisager devant notamment la présence de signes généraux, de complications locales, de comorbidités, d'absence d'amélioration dans les 2-3 jours ou si les soins requis et une surveillance pluriquotidienne ne peuvent être assurés au sein de l'établissement.
- Traitement d'une durée de **7 jours** (temps nécessaire pour guérison de la porte d'entrée). Ne pas prolonger l'antibiothérapie en cas de DHBNN non compliquée.
- En cas de maintien de la personne au sein de l'établissement, il est recommandé de débiter une antibiothérapie générale active sur le streptocoque β -hémolytique :
 - ✓ En 1^{ère} intention : **Amoxicilline PO 50 mg/kg/jour sans dépasser 6 g par jour en 3 prises pendant 7 jours**
 - ✓ En cas d'allergie à la pénicilline : **Clindamycine 600 mg 3 fois par jour pendant 7 jours**
ou **Pristinamycine PO 1 g x3/ jour en 2-3 prises pendant 7 jours** (moins bien toléré, et plus cher)
- Les mesures associées comprennent :
 - ✓ La surveillance clinique quotidienne des signes généraux et locaux
 - ✓ **Repos au lit en décubitus dorsal, jambe surélevée**
 - ✓ L'absence d'utilisation de pansement occlusif (ex : hydrocolloïde, etc.)
 - ✓ Un traitement antalgique (Paracétamol)
 - ✓ L'utilisation des AINS est contre-indiquée
 - ✓ Le traitement de la porte d'entrée (ulcère, plaies, intertrigo...)
 - ✓ La prévention du risque thromboembolique par une héparine de bas poids moléculaire à la dose préventive sera à évaluer en fonction de la situation clinique
 - ✓ Diabète à équilibrer

SOURCES DOCUMENTAIRES

- Infections cutanées bactériennes SPILF/SFD/HAS 2019
- Recommandation les BP HAS « choix et durées d'antibiothérapie préconisées dans les infections bactériennes courantes – Maj juillet 2024
- Version juillet 2024 – intégration collaboration CRAtb CVL