



Menu : | [Accueil](#) | [Société Tunisienne de Dermatologie](#) | [Contact](#) |

[Retour vers ATLAS](#)

[Le Programme](#)

Les Dermatoses bactériennes

[Les teignes du cuir chevelu](#)

[Leishmanioses cutanées](#)

[Psoriasis](#)

[Les eczémas](#)

[Les manifestations cutanées des collagénoses](#)

[Les tumeurs cutanées bénignes](#)

[Cours de sémiologie : 2ème année](#)

[Les Dermatoses virales](#)

[Tuberculose cutanée](#)

[Les prurits parasitaires](#)

[Lichen plan](#)

[Les dermatoses bulleuses acquises immunologiques](#)

[Les tumeurs cutanées malignes](#)

[Pelade - Melasma- Vitiligo](#)

[Les mycoses cutanées](#)

[Lèpre ou maladie de Hansen](#)

[Les maladies sexuellement transmissibles](#)

[Pityriasis rosé de Gibert](#)

[Urticaire](#)

[Erythème polymorphe - Toxidermie](#)

[L'acné](#)

[thérapeutique](#)

Remarques et commentaires
Remarks and comments :
Dr MOHAMED DENGUEZLI

Service de dermatologie
CHU FARHAT HACHED SOUSSE
TUNISIE

LES DERMATOSES BACTÉRIENNES

Sommaire

I- INTRODUCTION

[A/ Bactériologie de la peau](#)

[B/ Les moyens de défense naturels](#)

[C/ Facteurs favorisant l'infection cutanée](#)

II- LES INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES

[1. L'Impétigo voir icône](#)

[2- Ecthyma voir icône](#)

[3- Lymphangite](#)

[4- Erysipél VOIR ICONE](#)

III- LES INFECTIONS STAPHYLOCOCCIQUES

[voir icône](#)

[Les folliculites superficielles](#)

[Les folliculites profondes](#)

[Le furoncle](#)

[L'anthrax](#)

[Le sycosis staphylococcique](#)

[Staphylococcal scaled skin syndrom \(SSSS\)](#)

IV- Quelques autres variétés d'infections microbiennes

[Iconographie VOIR icône](#)

I- INTRODUCTION

A/ Bactériologie de la peau

La peau est normalement colonisée par une flore bactérienne résidente non pathogène, composée de microcoques, de staphylocoque blanc, coagulase (-) et de corynébactéries ou diphtéroïdes.

Cette flore occupe les couches épithéliales superficielles ainsi que les invaginations infundibulo-pilaires.

Le staphylocoque doré, coagulase (+), potentiellement pathogène, peut être retrouvé au niveau des narines, du périnée et des régions avoisinantes chez des sujets sains (porteurs sains).

B/ Les moyens de défense naturels

Les principaux moyens de défense de la peau :

1. La flore cutanée normale
2. Les propriétés locales physio-chimiques de l'épiderme :
 - Le degré de sécheresse : la macération, l'occlusion facilitent la croissance microbienne
 - La présence de substances antibactériennes dans les sécrétions sébacées: rôle fongistatique et anti streptococcique des acides gras insaturés à longue chaîne.
 - Résistance et continuité de l'épithélium kératinisant.
3. Des facteurs généraux d'ordre immunologique :
 - Immunité humorale : immunoglobulines dans les sécrétions sudorales
 - Immunité cellulaire : cellules de Langerhans

C/ Facteurs favorisant l'infection cutanée

Facteurs locaux :

- Promiscuité et la mauvaise hygiène
- Macération
- Altération de la peau
- Corticothérapie locale

Facteurs généraux :

- Déficits immunitaires congénitaux ou acquis
- Diabète déséquilibré
- Corticothérapie générale
- Immunosuppresseurs

Les infections cutanées sont précédées donc d'un déséquilibre écologique local multifactoriel où interviennent en proportions variables. La perte de l'intégrité du revêtement cutané, favorisé par une dermatose préexistante, la massivité de l'inoculum et le pouvoir pathogène intrinsèque du contaminant.

Enfin, l'affaiblissement des défenses de l'hôte.

II- LES INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES

1. L'Impétigo :

L'impétigo est une infection superficielle de la peau contagieuse, qui peut être due au streptocoque, au staphylocoque ou à l'association des deux.

Affection fréquente chez l'enfant d'âge scolaire, il débute par une ou quelques petites taches érythémateuses sur lesquelles surviennent des bulles fragiles à liquide clair ou

légèrement trouble, entourées d'un liseré érythémateux, rapidement le contenu des bulles devient purulent, leur toit se rompt, laissant place à des croûtes jaunâtres mélicériques (couleur miel) et à des érosions arrondies groupées en élément annulaire.

Chez l'enfant : l'impétigo est fréquent et en règle primitif, il est peu ou pas prurigineux, il siège le plus souvent sur le visage, près du nez et de la bouche, plus rarement ailleurs. L'état général est conservé, il n'y a pas de fièvre. En l'absence de traitement, l'infection a tendance à s'étendre.

Chez l'adulte : l'impétigo primitif est rare, il s'agit en règle de l'impétiginisation d'une dermatose préexistante, habituellement prurigineuse (eczéma, gale...).

Les complications de l'impétigo non traité sont l'ecthyma, lymphangite, glomérulonéphrite aiguë, septicémie (rare), généralisation par auto - inoculation.

Les formes cliniques :

- impétigo bulleux touche surtout le nourrisson, il est généralement staphylococcique
- impétigo miliaire : fait de vésicules confluentes en nappes
- impétigo sec et circiné : réalise des petites plaques à bordure polycyclique faite de vésicules confluentes.

Le traitement comporte obligatoirement une antibiothérapie générale par macrolides, synergistine, acide fucidique, pénicilline A ou G. Cette thérapeutique a une action très rapide Visant :

- la suppression de la contagiosité
- arrêt et cicatrisation des lésions en 2 à 5 jours

Le traitement local par les antiseptiques doit tendre à éviter la dissémination des germe.

Les pommade antibiotiques (fucidine crème ou pommade, La mupirocine (Bactroban)) vont ramollir les croûtes pour procéder à leur ablation.

2- Ecthyma :

C'est un impétigo creusant habituellement localisé aux membres inférieurs.

Il débute par une pustule plate ou par une bulle sur une base érythémateuse et infiltrée à laquelle fait suite par un processus nécrotique, une ulcération qui se couvre d'une croûte grise ou brunâtre. La tendance à la guérison spontanée est rare, si celle-ci survient c'est toujours au prix de cicatrices à bords hyperpigmentés. Les facteurs prédisposants sont :

- hygiène insuffisante des plaies banales
- diminution générale du pouvoir de résistance due à la dénutrition
- l'éthylisme, le diabète, terrain artéritique.

Le traitement est le même qu'en cas d'impétigo mais de durée plus prolongée.

3- Lymphangite:

Cordon érythémateux, douloureux infiltré, menant l'infection depuis sa porte d'entrée (blessure, intertrigo, plaie au niveau d'une extrémité...) jusqu'au ganglion satellite en général inflammatoire, le patient est fébrile.

Traitement :

- antibiothérapie anti streptococcique et anti staphylococcique
- traitement de la porte d'entrée

4- Erysipèle :

L'érysipèle est définie comme une dermoépidermite aiguë ou subaiguë.

Il s'agit d'une dermite œdémateuse avec participation lymphatique due au streptocoque b hémolytique du groupe A. Il est caractérisé par un placard érythémateux douloureux, infiltré, chaud avec bordure périphérique saillante à

extension centrifuge, accompagné d'une adénopathie régionale sensible. La douleur et la fièvre avec frisson peuvent précéder les lésions cutanées.

Ils survient volontiers chez des sujets fragiles, diabétiques, éthyliques ou porteurs d'une hypersensibilité au streptocoque avec foyers streptococciques récidivants. Il peut également être favorisé par une immunodépression ou être iatrogène (AINS). On distingue deux formes topographiques.

1. Erysipèle du visage :

Le début est brutal, des signes généraux bruyants précèdent les signes cutanés : fièvre à 40°C, frissons, céphalées et atteinte de l'état général.

Localement, on remarque un placard érythémateux, douloureux, chaud d'extension centrifuge cerné par un bourrelet palpable. Ce placard se couvre de vésicules pouvant confluer en phlyctène. L'œdème est important.

Il s'agit en règle d'un placard unilatéral, il respecte en général le menton et le pourtour buccal, mais il peut se bilatéraliser. A la palpation, on retrouve des adénopathies régionales, sous maxillaires et prétragiques.

Le diagnostic positif est en général clinique.

Le diagnostic différentiel se pose avec :

- Eczéma aigu : caractérisé par une rougeur diffuse, des petites vésicules disséminées parfois confluentes. Pas de fièvre, pas d'altération de l'état général. Le signe fondamental au cours de l'eczéma est le prurit, l'interrogatoire recherchera la notion de contact avec un produit allergisant.
- Zona ophtalmique : le zona touche le trajet du nerf ophtalmique qui est une branche de la Vème paire crânienne. Il touche l'hémi-front, pourtour de l'œil, région temporale et la région palpébrale inférieure. Il s'agit d'un placard érythémateux avec des vésicules ombiliquées au centre s'accompagnant de sensation de cuisson, de piqûres et surtout douleurs atroces, pas de fièvre, pas d'altération générale.
- Staphylococcie maligne de la face : tableau dramatique d'érythème violacé de la face sans bourrelet périphérique avec un réseau veineux apparent.
 - Altération de l'état général, troubles de la conscience allant au coma
 - Fièvre à 40°C et délire.
 - La porte d'entrée est généralement un furoncle de l'aile du nez.
- L'infection charbonneuse : le charbon est une maladie qui s'attrape auprès des moutons malades ou des cadavres de moutons. Les lésions commencent par une petite lésion vésiculeuse qui se multiplie et autour desquelles se constitue un œdème massif au point d'inoculation et qui donne une inflammation suraiguë qui en quelques heures diffuse à tout le visage, les membres et à tout le corps, avec altération de l'état général, fièvre, hypotension. Le diagnostic positif se fait par la lésion elle-même, la vésicule se transforme en une lésion noirâtre (c'est la pustule maligne charbonneuse).
- Urticaire aiguë : œdème de Quincke, blanc non fébrile ;
- Plus rarement, on discutera l'érythème en aile de papillon du lupus systémique, un coup de soleil, une réaction érythémateuse autour d'une otite ou d'une sinusite.

2. Erysipèle des membres inférieurs :

Actuellement, il est plus fréquent, il apparaît souvent sur des troubles trophiques : œdème ou eczéma de stase, insuffisance veineuse ou artérielle.

Il est souvent secondaire à un intertrigo infectieux ou à une effraction cutanée.

L'aspect est celui d'une grosse jambe rouge douloureuse, fébrile avec adénopathie inguinale.

Le diagnostic différentiel au niveau des membres : phlegmon et cellulite, lymphangite, le rouget du porc, phlébite des membres inférieurs (perte du ballonnement du mollet, signe de Homans positif).

Complications :

- Locorégionales : suppuration, fasciite nécrosante, adénites suppurées, thromboses veineuses profondes des membres inférieurs.
- Générales : septicémie avec localisations viscérales, en particulier pulmonaires et endocardiques, glomérulonéphrite aiguë post streptococcique, décompensation d'un état pathologique associé diabète, cirrhose, ... et les récidives : surtout au niveau des membres inférieurs avec apparition d'un éléphantiasis.

3. Fasciites nécrosantes :

S'observent surtout aux membres inférieurs après effraction cutanée minime.

Chez les sujets prédisposés (diabétiques, éthyliques...) elles semblent favorisées par l'usage d'anti-inflammatoire non stéroïdien. Elles commencent brutalement par une cellulite aiguë fébrile avec profonde altération de l'état général suivie 3 à 4 jours plus tard de l'apparition d'une zone violacée et purpurique, recouverte de bulles à évolution escarrotique.

C'est une streptococcie cutanée qui atteint tous les tissus cutanés sous-cutanés jusqu'à l'aponévrose musculaire avec thromboses vasculaires.

La nature streptococcique peut être affirmé par la culture du liquide des bulles ou les hémocultures.

Le diagnostic différentiel se pose avec

- Gangrène gazeuse à *Clostridium perfringens* caractérisée par le crépitement et l'odeur particulière.
- Gangrènes à gram négatif : *E. coli*, *Proteus*, *Klebsiellas*, *Entérobacters*, *Serratia*) et *Anaerobies* (*Bactéroïdes*) observées chez les sujets débilisés après traumatisme ou chirurgie.

Le traitement est urgent : équilibration hydroélectrolytique, antibiotiques antistreptococciques, débridement chirurgical des tissus nécrosés.

4. Traitement des dermohypodermes bactériennes

Dans l'érysipèle non compliqué, la pénicilline G reste le traitement de référence (bon rapport coût/efficacité 16 millions en IV pendant 10 jours à 15 jours ou la Bipénicilline : 2 millions par jour en IM dans les formes modérées), mais un traitement ambulatoire par antibiothérapie *per os* est également possible (macrolide ou synergistine).

Compte tenu de la fréquence des cellulites dues à des germes autres que *Streptococcus pyogenes*, on conseille, au moindre doute, une antibiothérapie active contre *Staphylococcus aureus* (pénicilline M, aminosides, vancomycine) et éventuellement les germes anaérobies (métronidazole).

Chez le petit enfant, une antibiothérapie active contre *Haemophilus influenzae* est également recommandée (céphalosporine de 3^{ème} génération).

En dehors, de la staphylococcie maligne de la face et des patients ayant un antécédent de phlébite, le bénéfice de l'héparinothérapie est très controversé dans les dermohypodermes bactériennes. Au moindre doute, il est préférable de réaliser un écho-doppler couleur en urgence qui permettra d'affirmer ou d'infirmer la thrombose veineuse profonde et d'adapter le traitement en conséquence. Des héparines de faible poids moléculaires (fraxiparine) utilisées à doses prophylactiques peuvent être indiquées en présence de facteurs favorisant les thromboses veineuses.

L'exérèse chirurgicale en milieu spécialisé des tissus nécrosés est le complément indispensable de l'antibiothérapie dans les gangrènes streptococciques et les fasciites microbiennes. Cet acte parfois très délabrant constitue une urgence chirurgicale qu'il

ne faut pas manquer. Le pronostic vital et la fonction du membre atteint sont souvent en jeu.

Traitement prophylactique

L'Extencilline (benzathine penicilline) pendant 3 à 6 mois pour éviter les récives. Traitement de la porte d'entrée.

III- LES INFECTIONS STAPHYLOCOCCIQUES

1. Les folliculites superficielles :

Définition :

Les folliculites superficielles sont due à une infection limitée à l'ostium folliculaire, elles sont caractérisées par une éruption de petites pustules, centrées par un poil et bordées d'un halo inflammatoire érythémateux.

Diagnostic :

On les rencontre surtout sur le visage, en particulier au niveau de la barbe mais aussi sur les cuisses et la face postérieure des bras. L'été, les folliculites du dos favorisées par la transpiration et les frottements sont fréquentes.

Le diagnostic est en général facile mais il faut savoir éliminer :

- une folliculite trichophytique souvent rencontrée sur les jambes, avec à la périphérie des lésions, une bordure circonscrite caractéristique,
- folliculite à éosinophiles caractéristique de l'infection à VIH qui siège sur le décolleté

Le prélèvement bactériologique n'est pas nécessaire dans la majorité des cas. Il faut toujours rechercher des facteurs favorisants :

- locaux : rasage, poils incarnés, infections locorégionales, application inopportune de corticoïdes topiques,
- généraux : diabète, dépression immunitaire.

CONDUITE A TENIR

- Folliculite du visage chez l'homme :
 - Hygiène soigneuse avant le rasage
 - Un rasage bien conduit
 - Application d'antiseptiques ou de crème antibiotique le soir après la toilette et le matin après le rasage.
- Folliculite des cuisses et des bras : port des vêtements larges en coton (éviter le port de jean très serrés).
- Folliculite du dos :
 - Toilette soigneuse
 - Les vêtements seront bien lavés, bien rincés séchés et repassés à fer chaud
 - Porter du coton au contact direct de la peau.

2. Les folliculites profondes :

a. Le furoncle :

Est une infection aiguë du follicule pilo-sébacée, due au staphylocoque doré et ayant une évolution spontanée nécrosante. L'infection touche la partie moyenne du follicule pilo-sébacée qui s'élimine avec les zones voisines dermiques nécrosées sous forme de "bourbillon".

Facteurs favorisants : on recherchera toujours un terrain fragilisé : diabète, alcoolisme, immunodépression primitive ou secondaire à un traitement.

Diagnostic :

Le furoncle est de diagnostic assez facile. Le début est une simple folliculite, puis rapidement apparaît une zone indurée, rouge, chaude, douloureuse, avec au centre une pustule jaunâtre.

La douleur peut être intense et s'accompagner d'une adénopathie et d'une fièvre.

En quelques jours,, le bourbillon s'élimine laissant place à une cicatrice en creux.

Le furoncle peut siéger n'importe où, mais il est favorisé par le frottement sur le dos, les fesses, le périnée. Sur le visage, il est surtout dangereux s'il est localisé à la région médiane du visage.

Dans cette localisation médiofaciale, il faut toujours craindre la complication majeure qu'est la staphylococcie maligne de la face. Elle se voit surtout après manipulation intempestive du furoncle et se traduit par un syndrome infectieux majeur avec frissons, fièvre à 40°C, œdème du visage. Les hémocultures sont positives et l'évolution spontanée est mortelle, par thrombophlébite des sinus veineux caverneux et atteinte méningée.

La furonculose :

Est caractérisée par des furoncles nombreux et répétés. La chronicité est la règle et le traitement est difficile.

b. L'anthrax :

Il résulte de la confluence et de la prolifération de plusieurs furoncles : il est surtout vu dans les zones de transpiration importante. Il se traduit par :

Une tuméfaction érythémateuse, douloureuse, chaude, dont on sent la profondeur au palper et qui est centrée par une ulcération nécrotique d'où s'écoule un pus franc. Ce pus est riche en staphylocoque doré.

L'anthrax s'accompagne de fièvre et d'une adénopathie locale. L'anthrax doit être différencié du kyste sébacé infecté, qui siège souvent dans les mêmes endroits ou d'un abcès fistulisé.

c. Le sycosis staphylococcique :

C'est une folliculite profonde de la barbe et/ou de la moustache. L'évolution est en général subaiguë mais des formes chroniques sont possibles. Il se présente sous la forme de placards inflammatoires pustuleux, entretenus par le rasage et une mauvaise hygiène. On retrouve fréquemment une sinusite chronique associée.

d. Traitement :

Devant un simple furoncle :

- désinfection locale par des lotions antiseptiques
- élimination du bourbillon au bistouri
- pansements avec crèmes antibiotiques (fucidine, ...)

En cas de terrain débilité, une antibiothérapie générale sera instaurée.

La staphylococcie maligne de la face : est une urgence à traiter en milieu hospitalier par :

- antibiothérapie intraveineuse pendant plusieurs semaines
- héparinothérapie

La furonculose : Il faut chercher systématiquement des foyers infectieux, prélèvements bactériologiques au niveau du nez, de la gorge, de l'anus, radios de sinus, panoramique dentaire. On recherchera également de manière systématique un déficit immunitaire.

Une antibiothérapie générale prolongée (2 à 3 semaines) sous forme de cures répétées sera associée au traitement des foyers et du terrain.

Il faudra prescrire : une hygiène impeccable de la peau avec savons antiseptiques,

brossage des ongles matin et soir et traitement des sites tels que le nez et la marge anale par application de crème antibiotique de façon prolongée (10 à 20 jours/mois pendant 3 mois ou 7 jours par mois pendant 6 mois), désinfection des lésions pluriquotidienne : alcool à 70 %, septéal, hexomédine, betadine solution dermique.

Anthrax : l'antibiothérapie doit être générale, poursuivie pendant 10 jours. Localement, on favorisera la collection du pus par des pansements alcoolisés. Une mise à plat chirurgicale sera faite suivie d'un nettoyage soigneux. On recherchera toujours une pathologie métabolique associée (diabète).

Dans tous les cas, la prévention étant préférable, il faudra toujours traiter un furoncle pour éviter l'apparition d'un anthrax.

Sycosis staphylococcique : l'antibiothérapie générale doit être poursuivie jusqu'à la guérison. Elle est associée à un traitement local par antiseptiques, pommades antibiotiques et hygiène soigneuse (mousse à raser type nobacter, rasoirs jetables). On recherchera toujours un foyer ORL (en particulier sinusien) associé qui sera traité.

e. Le syndrome staphylococcique des enfants ébouillantés (SSEE) ou staphylococcal scaled skin syndrom (SSSS) ou syndrome de Ritter-Leyell ou syndrome de Lyell staphylococcique encore mieux appelé : "syndrome d'épidermolyse staphylococcique aigu".

Il atteint les nouveau-né (réalisant la dermatite exfoliatrice de Ritter Von Rittershain), les nourrissons, le jeune enfant et exceptionnellement l'adulte immunodéprimé ou insuffisant rénal.

La maladie survient trois jours en moyenne après le début d'une infection focale muqueuse (rhinopharyngite, otite, conjonctivite) ou cutanée (omphalite). Elle apparaît dans les grands plis, les régions péri-orificielles, respectant les muqueuses vraies et s'étend rapidement sur tout le revêtement cutané.

En quelques heures, la nécrolyse épidermique apparaît sous forme de décollement spontanés avec quelques bulles à toit fripé mais surtout déchirements par frottement provoqué (S de Nikolski).

Il en résulte de vastes surfaces rouges et suintantes recouvertes de lambeaux épidermiques.

Sous traitement antibiotique adapté, la guérison est obtenue rapidement sans séquelles malgré l'importance de la surface cutanée atteinte. Ceci est en rapport avec le caractère superficiel du clivage qui intéresse la couche granuleuse.

Diagnostic différentiel : se pose avec (aspect ébouillanté)

- psoriasis pustuleux exanthématiques
- pustulose amicrobienne exanthématique
- syndrome de Lyell (toxic epidermal necrolysis) forme majeure de l'érythème polymorphe et du syndrome de Steven Johnson pour lequel le clivage se produit à la jonction dermoépidermique

IV- Quelques autres variétés d'infections microbiennes :

- Hidrosadénites : c'est l'infection récidivante des glandes sudorales apocrines (aisselles surtout, périnée).
- Pyodermite végétante: proliférations fétides, végétations plus ou moins purulentes favorisées par la macération.
- Le granulome pyogénique ou botriomycome : tumeur globuleuse inflammatoire saignant facilement, étranglée à sa base, qui complique habituellement une petite plaie.
- Intertrigos streptococciques: rétroauriculaires ou des grands plis chez les obèses à hygiène déficiente.
- Anite streptococcique de l'enfant : placard inflammatoire, rouge douloureux non fébrile.
- Dermoépidermites microbiennes : Ce sont des dermatoses érythématosquameuses plus ou moins chroniques à collerette desquamative sèche, habituellement connues sous le nom de dermoépidermites microbiennes, d'eczématides microbiennes, de parakératoses infectieuses, de dartres volantes

au sein desquels sont isolés des staphylocoques aureus ou des streptocoques. On retrouve aussi ces germes au niveau des plaques circinées aux squames grasses de la dermatite séborrhéique, du pityriasis capitis et des pseudoteignes amiantacées du cuir chevelu. On les retrouve enfin dans les dermoépidermites sur jambes variqueuses et associés au candida albicans, dans les intertrigos macérés et dans les dermatites fessières du nourrisson.

- Dermo-épidermites de jambe: érythémateuses et squameuses s'observent chez les sujets à hygiène déficiente et les éthyliques.
- Signes cutanés des septicémies

Ca peut être

- la porte d'entrée (plaie infectée au staphylocoque ou au streptocoque, veinite...).
- une vascularite (purpura papuleux pustuleux ou nécrotique).
- des pustules septiques secondaires (ou on retrouve le germe : staphylocoque, streptocoque, gonocoque...).
- des lésions particulières :
 - nodule rouge fugace des doigts: faux panaris d'Osler.
 - ecthyma gangreneux d'Ehlers au cours des septicémies à pyocyanique (ulcération à l'emporte pièce, à base nécrotique, indurée, extensive de façon centrifuge, entourée d'une zone rouge violacée.

[Retour à la page d'accueil des Cours de Dermatologie](#)