



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

## Antibiothérapie des infections cutanées<sup>☆</sup>

*Antimicrobial treatment of skin and soft tissue infections*



Y. Gillet<sup>a,b,c</sup>, M. Lorrot<sup>a,d,e</sup>, P. Minodier<sup>a,f</sup>,  
A. Ouziel<sup>a,c</sup>, H. Haas<sup>a,g</sup>, R. Cohen<sup>a,h,\*,i,j</sup>

<sup>a</sup> Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique de la Société française de pédiatrie, Paris, France

<sup>b</sup> Faculté de médecine Lyon Est, université Claude-Bernard Lyon 1, Lyon, France

<sup>c</sup> Service d'urgences et de réanimation pédiatrique, hôpital Femme-Mère-Enfant, hospices civils de Lyon, Lyon, France

<sup>d</sup> Université Paris VII, Paris, France

<sup>e</sup> Service de pédiatrie générale et aval des urgences, hôpital Armand-Trousseau, Paris, France

<sup>f</sup> Service de pédiatrie, hôpital Nord, AP-HM, Marseille, France

<sup>g</sup> Service de pédiatrie néonatalogie, centre hospitalier Princesse Grace, Monaco, Monaco

<sup>h</sup> Association clinique et thérapeutique infantile du Val-de-Marne (ACTIV), 31, rue Le Corbusier, 94000 Créteil, France

<sup>i</sup> Service de pédiatrie générale, centre hospitalier intercommunal de Créteil, Créteil, France

<sup>j</sup> Université Paris-Est, Créteil, France

### MOTS CLÉS

Antibiothérapie ;  
Infections cutanées ;  
Enfant

**Résumé** Les infections cutanées bactériennes sont fréquentes chez l'enfant et ne nécessitent pas toujours une antibiothérapie par voie générale notamment pour les formes superficielles. Le lavage (à l'eau et au savon) et le rinçage soigneux de la lésion sont alors les points clés du traitement. Une analyse sémiologique doit précéder toute décision thérapeutique pour évaluer la pertinence de l'antibiothérapie, la nécessité ou non d'un drainage qui peut être spontané ou chirurgical et l'existence éventuelle de signes toxiques qui constituent toujours des signes de gravité. Les germes les plus fréquemment en cause chez l'enfant sont *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes*. En raison de la faible incidence des *S. aureus* résistants à la méthicilline en France (< 10 %), l'antibiothérapie de première intention est l'amoxicilline-acide clavulanique à laquelle on pourra ajouter un traitement anti-toxinique comme la clindamycine pour les patients présentant des signes toxiques manifestes.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

<sup>☆</sup> Version française de l'article : Gillet Y, Lorrot M, Minodier P, Ouziel A, Haas H, Cohen R. Antimicrobial treatment of skin and soft tissue infections. *Infect Dis Now* 2023;53(8S):104787. Merci d'utiliser la référence de l'article en anglais pour toute citation.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : robert.cohen@activ-france.fr (R. Cohen).

**KEYWORDS**

Antibiothérapie;  
Antibiotic therapy;  
Children;  
Skin infections

**Summary** Bacterial skin infections are common in children, and frequently do not require systemic antibiotic therapy, particularly for superficial forms. In these cases, washing (with soap and water) and careful rinsing of the lesion are the key points of treatment. A semiotic analysis must precede any therapeutic decision to assess the appropriateness of antibiotic therapy, need for drainage (which may be spontaneous or surgical) and possible existence of symptoms related to toxin production, which are frequent signs of severity. The bacterial species most frequently implicated in children are *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus pyogenes*. Given the low incidence of methicillin-resistant *S. aureus* in France (< 10%), the first-line antibiotic treatment is amoxicillin-clavulanate, to which an anti-toxin treatment such as clindamycin may be added for patients with overt toxin signs.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Les infections cutanées sont parmi les plus fréquentes des infections bactériennes de l'enfant. Elles ont fait l'objet, en 2019, de recommandations de bonne pratique de la HAS auxquelles le GPIP a contribué [1]. Les préconisations qui suivent sont conformes à ces recommandations mais tiennent compte de la non-disponibilité de certaines molécules en pédiatrie (céfadroxyl, josamycine notamment) de l'évolution des connaissances et de certaines évolutions épidémiologiques. Certaines molécules proposées n'ont pas l'AMM en France pour les infections cutanées en pédiatrie. Néanmoins, elles ont à la fois l'AMM dans ces indications chez l'adulte et en pédiatrie pour d'autres indications, avec des posologies et une tolérance connues. De plus, un certain nombre de situations cliniques n'avaient pas été abordées.

Du fait de leur caractère très souvent superficiel, ces infections, bien que bactériennes, ne nécessitent pas toujours une antibiothérapie générale car le lavage au savon et surtout le rinçage soigneux permettent une élimination très efficace des bactéries impliquées. Ce lavage, avec utilisation d'un détergent (savon), élimine les squames et les croûtes mais détruit également les lipides composant la paroi des bactéries. Il devra donc être systématiquement prescrit dès lors qu'il existe une lésion superficielle. De même, en cas de lésions abcédées, c'est le drainage du pus, qu'il soit spontané ou chirurgical, qui permettra la guérison bien plus que l'antibiothérapie qui, dans ce cas, diffusera très mal au sein du pus. Pour les impétigos, l'antibiothérapie locale doit être privilégiée car elle est efficace et son impact écologique est moindre puisqu'elle ne diffuse pas dans les microbiotes digestifs, rhino, et oropharyngés. Les infections cutanées ne doivent cependant pas être négligées car elles peuvent parfois évoluer vers des situations gravissimes associant des lésions de nécrose étendue et/ou un syndrome de choc toxique de pronostic redoutable. La peau peut également constituer la porte d'entrée pour des infections profondes, notamment staphylococques.

Malgré le caractère visible des lésions, le diagnostic précis des infections cutanées peut être difficile et est sujet à de fréquents désaccords entre médecins. Dans ce guide, les infections de l'épiderme, croûteuses ou bulleuses, sans atteinte du derme profond (c'est-à-dire, érythème ne dépassant pas la lésion de plus de 2–3 cm) sont désignées sous le terme d'impétigo. Les dermo-hypodermes simples se traduisent par un érythème plus ou moins étendu, sensible au toucher et peu induré alors que les

dermo-hypodermes nécrosantes sont caractérisées par un érythème très induré, très douloureux à la fois à la pression et spontanément, cette induration douloureuse dépassant souvent la taille de l'érythème ce qui traduit une extension en profondeur. Or, l'atteinte des couches profondes du derme entraîne le plus souvent une altération importante de la vascularisation et donc des lésions de nécrose. Les signes d'atteinte profonde et de nécrose, très souvent associés, constituent toujours des signes de gravité. Les signes généraux (fièvre, asthénie) sont constants et marqués dans ce dernier cas. Enfin, le terme d'abcès cutané désigne une lésion bien limitée, initialement dure et douloureuse et évoluant vers la fluctuation qui traduit la transformation purulente. L'abcès se fistulise souvent spontanément (les manipulations intempestives, sources de complications, sont proscrites) avec issue de pus et, si le drainage du pus est complet, il s'agit d'un mode de guérison.

Les bactéries impliquées sont rarement les germes commensaux « vrais » de la peau (staphylocoques à coagulase négative, corynébactéries, *Propionibacterium*) peu virulents. Les infections cutanées sont le plus souvent dues à deux hôtes intermittents de la peau qui, eux, possèdent des facteurs de virulence très nombreux : *Staphylococcus aureus* (SA) et *Streptococcus pyogenes* ou streptocoque du groupe A (SGA). Il conviendra cependant d'être vigilant en cas d'infection faisant suite à une inoculation chez l'enfant immunodéprimé et en cas de localisation particulière, notamment dans la région périnéale. Dans ces derniers cas, d'autres bactéries peuvent être impliquées telles que les *enterobacterales*, les anaérobies ou les *Pseudomonas*. En dehors de ces situations très particulières, l'antibiothérapie devra donc cibler SA et SGA, d'autant qu'ils sont assez fréquemment associés [2]. Le SGA est constamment sensible aux bêta-lactamines (amoxicilline et céphalosporines) et, le plus souvent, sensible aux macrolides, à la clindamycine (données CNR 2020 : < 7 % de résistance aux macrolides) et au cotrimoxazole. Le profil de tolérance de cette dernière molécule est cependant moins favorable avec, d'une part, le risque d'atteinte hématologique (leucopénie) et, d'autre part, le risque de nécrolyse épidermique toxique. Ces risques, bien qu'exceptionnels, doivent être mis en balance avec l'utilité de l'antibiothérapie par voie générale qui n'est indispensable que dans les infections graves. Un avis spécialisé est souvent utile dans ces situations. En France, la majorité (90 %) des souches de SA est sensible à la méticilline

**Tableau 1** Traitement de première intention et alternatives en cas d'allergie.

Situation clinique	Antibiotiques préférés	Alternatives	Commentaires
<b>Impétigo</b> Cibles bactériennes <i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> Si impétigo <b>localisé</b> (croûteux ou bulleux) (surf. cutanée < 2 % < 5 sites lésionnels) Si impétigo <b>étendu ou profond</b> (> 5 sites lésionnels) ou Extensif ou Immunodéprimé	Soins d'hygiène à l'eau et savon et ATB locale par <b>mupirocine</b> 3 fois/j Pendant 7 jours <b>Pas d'antibiothérapie générale</b> <b>Amox-ac. clav</b> 80 mg/kg/j PO <sup>2</sup> en 2 ou 3 prises (maximum 3 g/jour) Pendant 7 jours ou	Soins d'hygiène à l'eau et savon et ATB locale par <b>acide fusidique</b> 3 fois/j pendant 7 jours <b>Cefalexine<sup>a</sup></b> 50 mg/kg/j PO en 2 prises (maximum 2 g/jour) <b>Clarithromycine</b> 15 mg/kg/jour PO En 2 prises journalières Max 500 mg ×2/j Pendant 7 jours <b>Clindamycine<sup>b</sup></b> 30 mg/kg/j PO en 3 prises pendant 7 jours (max 1800 mg/j) <b>Pendant 7 jours</b> <b>Cotrimoxazole<sup>c</sup></b> 30 mg/kg/j de sulfaméthoxazole PO en 2 prises (max 1600 mg/jour) Pendant 7 jours	Nettoyage et détergence sont toujours utiles, souvent suffisants L'antibiothérapie locale doit être privilégiée à chaque fois que possible Prise en charge dermatose sous-jacente (eczéma notamment) Éviction scolaire 72 h si lésions non couvertes
<b>Furoncle « simple » et abcès cutané</b> Cible bactérienne <i>S. aureus</i> Production LPV fréquente (> 90 % si récidivant) : à ne pas rechercher ! <b>Furoncle « à risque » :</b> taille > 5 cm ; dermo-hypodermite associée ; <i>S. systémiques</i> ; âge < 1 an ; comorbidité ; drainage difficile ; localisation face ; absence de réponse au drainage initial	<b>Pas d'ATB</b> Pansements humides incision et drainage si nécessaire Soins locaux (cf. supra) et <b>Amox-ac. clav</b> 80 mg/kg/j PO en 2 ou 3 prises (maximum 3 g/jour) Pendant 7 j ou <b>Cefalexine</b> 50 mg/kg/j PO en 2 prises (maximum 2 g/jour) Pendant 7 jours	<b>Pas d'ATB</b> Pansements humides incision et drainage si nécessaire Soins locaux (cf. supra) Et Si âge < 6ans <b>Cotrimoxazole</b> 30 mg/kg/j PO de <b>sulfaméthoxazole</b> en 2 prises (max 1600 mg/jour) Pendant 7 jours Si âge > 6 ans <sup>a</sup> <b>Clindamycine</b> 30 mg/kg/j PO en 3 prises Pendant 7 jours (max 1800 mg/j)	Antibiothérapie peu utile si drainage correct Avis infectiologue pour décontamination si forme récidivante Pas d'adaptation si guérison clinique après drainage (même si SARM) Pas de forme sirop de Clindamycine en France <sup>a</sup>

Tableau 1 (Continued)

Situation clinique	Antibiotiques préférés	Alternatives	Commentaires
<b>Autres Panaris</b> Cible bactérienne <i>S. aureus</i>	Pansements humides ± Incision + drainage éventuels <b>Pas d'antibiotique</b>		Herpès simplex virus peut donner des pseudo-panaris
<b>Tourniole [5]</b> (Panaris péri-unguéal sans lésion de l'ongle) Cibles bactériennes <i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i> Faire TDR SGA sur le pus	Pansements humides Si TDR SGA + <b>Amoxicilline</b> 50 mg/kg/j PO en 2 prises (maximum 3 g/jour) pendant 7 jours Si TDR SGA– <b>Pas d'antibiotique</b> Pansements humides ± Incision + drainage éventuels	Pansements humides Si TDR SGA + <b>Cefalexine</b> 50 mg/kg/j PO en 2 prises (maximum 2 g/jour) Pendant 7 jours <b>ou</b> <b>Clindamycine</b> 30 mg/kg/j PO en 3 prises Pendant 7 jours (max 1800 mg/j) <b>Cefalexine</b> 50 mg/kg/j PO en 2 prises (maximum 2 g/jour) Pendant 7 jours Si âge < 6ans <b>Cotrimoxazole</b> 30 mg/kg/j PO de <b>sulfaméthoxazole</b> en 2 prises (max 1600 mg/jour) Pendant 7 jours Si âge > 6 ans <sup>a</sup> <b>Clindamycine</b> 30 mg/kg/j PO en 3 prises Pendant 7 jours (max 1800 mg/j) <b>Céfazoline</b> 150 mg/kg/j en 3 IVL <b>ou</b> <b>Clindamycine</b> 40 mg/kg/j en 3 ou 4 IVL Pendant 10 jours	La forme la plus fréquente de panaris dans l'enfance Si le TDR est positif, incision et drainage le plus souvent inutiles Antibiothérapie suffisante
<b>Dermo hypodermite sans signe toxinique, sans nécrose</b> Cibles bactériennes <i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i> Sans facteur de risque <sup>a</sup> et sans signe clinique de gravité Avec facteurs de risque <sup>a</sup> ou signes de gravité	<b>Amox-ac. clav</b> 80 mg/kg/j PO En 2 ou 3 prises (maximum 3 g/jour) pendant 7 jours <b>Amox-ac. clav</b> 100 mg/kg/j en 3 IV/jour Puis relais per os rapide (dès l'amélioration clinique en moyenne 2–3 jours)	<b>Cefalexine</b> 50 mg/kg/j PO en 2 prises (maximum 2 g/jour) Pendant 7 jours Si âge < 6ans <b>Cotrimoxazole</b> 30 mg/kg/j PO de <b>sulfaméthoxazole</b> en 2 prises (max 1600 mg/jour) Pendant 7 jours Si âge > 6 ans <sup>a</sup> <b>Clindamycine</b> 30 mg/kg/j PO en 3 prises Pendant 7 jours (max 1800 mg/j) <b>Céfazoline</b> 150 mg/kg/j en 3 IVL <b>ou</b> <b>Clindamycine</b> 40 mg/kg/j en 3 ou 4 IVL Pendant 10 jours	<b>Facteurs de risque<sup>a</sup></b> : altération de l'état général ; âge (< 1 an) ; immunodépression ; lésion étendue ou d'évolution rapide ; échec d'une antibiothérapie orale ; présomption d'une localisation secondaire (arthrite...) ; mauvaise compliance thérapeutique

Tableau 1 (Continued)			
Situation clinique	Antibiotiques préférés	Alternatives	Commentaires
<b>Dermo hypodermite avec syndrome toxinique</b> Cibles bactériennes <i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i>	<b>Amox-ac. clav</b> 150 mg/kg/j en 3 IVL + <b>Clindamycine<sup>W</sup></b> 40 mg/kg/j en 3 ou 4 IVL	<b>Céfazoline</b> 150 mg/kg/j en 3 IVL + <b>Clindamycine<sup>W</sup></b> 40 mg/kg/j en 3 ou 4 IVL	Si allergie aux céphalosporines Ou SARM Avis infectiologue En cas d'infection nécrosante : débridement chirurgical en urgence Avis spécialisé
<b>Dermohypodermite nécrosante</b> <b>Fasciite nécrosante</b> Co-infections fréquentes avec <i>Pseudomonas</i> et/ou entérobactéries si formes nécrosantes ou sur terrain immunodéprimé	<b>Piperacilline-tazobactam</b> 300 mg/kg/j IVL en 4 injections + <b>Clindamycine<sup>W</sup></b> 40 mg/kg/j en 3 ou 4 IVL	<b>Céfépime</b> 150 mg/kg/j en 3 ou 4 IVL = alternative en cas d'allergie pénicilline + <b>Amikacine</b> 20–30 mg/kg/j en 1 IVL 30' + <b>Métronidazole</b> 30 mg/kg/j En 3 injections Pendant 10 à 20 jours	Adaptation en fonction des prélèvements En cas de choc toxinique : discuter immunoglobulines polyvalentes (2 g/kg/j) Prophylaxie des sujets contacts si présence d'un sujet à risque dans l'entourage proche ( <a href="http://www.sante.gouv.fr/avis-et-rapports-du-cshpf.html">http://www.sante.gouv.fr/avis-et-rapports-du-cshpf.html</a> ) Débridement chirurgical en urgence
<b>Dermo hypodermite post-chirurgicale (abdomen, périnée) : cibles bactériennes ; polymicrobiennes ;</b> <i>S. pyogenes</i> ; <i>S. aureus</i> ; <i>entérobactéries</i> ; <i>Pseudomonas</i> ; <i>anaérobies</i> ...	<b>Piperacilline-tazobactam</b> 300 mg/kg/j IVL en 4 injections + <b>Amikacine</b> 20–30 mg/kg/j en 1 IVL 30' 3 jours Durée totale du traitement = 10–20 jours	<b>Cefalexine</b> 50 mg/kg/j PO en 2 ou 3 prises (maximum 2 g/jour) Pendant 7 à 10 jours ou <b>Cotrimoxazole<sup>Z</sup></b> 30 mg/kg/j PO en 2 prises (max 1600 mg/jour) Pendant 7 jours	Pas d'intérêt des traitements anti-toxiques Pas de recherche de portage Pas de décontamination
<b>Épidermolyse aiguë staphylococcique</b> Décollements localisés (< 20 %) Signes généraux modérés ou absents Cible bactérienne <i>Staphylococcus aureus</i> (producteur d'exfoliatine)	<b>Amox-ac. clav</b> 80 mg/kg/j PO en 2 ou 3 prises (maximum 3 g/jour) Pendant 10 jours		

Tableau 1 (Continued)

Situation clinique	Antibiotiques préférés	Alternatives	Commentaires
<b>Érythème migrans</b> Cible bactérienne <i>Borrelia burgdorferi</i>	Si < 8 ans <b>Amoxicilline</b> 50 mg/kg/j PO en 2 ou 3 prises (maximum 3 g/jour) Pendant 14 jours Si > 8 ans <b>Doxycycline</b> 4 mg/kg/j PO en 2 prises (max 200 mg/jour) Pendant 14 à 21 jours	Si allergie pénicilline et céphalosporine : <b>Azithromycine</b> 20 mg/kg/j PO en 1 prise (max 500 mg/jour) Pendant 10 jours ou <b>Doxycycline<sup>zz</sup></b> 4 mg/kg/j PO en 2 prises (max 200 mg/jour) Pendant 14 à 21 jours	Pas de traitement systématique des morsures de tiques <a href="#">Tableau 2</a>
<b>Infection périnéale (Anite) [6]</b> Cible bactérienne <i>S. pyogenes</i>	<b>TDR SGA anal</b> Si + <b>Amox-ac. clav</b> 80 mg/kg/j PO en 2 ou 3 prises (maximum 3 g/jour) Pendant 10 jours	<b>Cefpodoxime</b> 8 mg/kg/j PO en 2 prises (maximum 400 mg/j) Pendant 10 jours	TDR anal systématique Traitement antibiotique uniquement si positif La pénicilline V et l'amoxicilline donnent de moins bons résultats en termes de récives que les antibiotiques résistants aux β-lactamases (co-infection)
<b>Folliculite</b> Cible bactérienne <i>S. aureus</i>	<b>Pas d'ATB</b>	<b>Pas d'ATB</b>	

Clindamycine si souches Clinda S et Ery S, sinon linézolide. La prescription de doxycycline est possible avant l'âge de 8 ans pour une durée de traitement < 3 semaines. Le gras signifie l'importance pour bien distinguer les pathologies et les traitements afférents.

<sup>a</sup> L'allergie croisée entre les pénicillines et la céfalexine est rare mais possible. À éviter en cas d'allergie sévère avant un examen allergologique.

<sup>b</sup> En France, la clindamycine orale n'est disponible que sous forme de comprimés et ne peut donc être administrée qu'après l'âge de 6 ans.

<sup>c</sup> Le cotrimoxazole est susceptible de provoquer des réactions cutanées sévères (syndrome de Lyell) et doit donc être réservé aux allergies sévères en l'absence d'alternatives thérapeutiques. De plus, il n'est pas recommandé avant l'âge d'un mois.

**Tableau 2** Morsures pédiatrie.

Situation clinique	Antibiotiques préférés	Alternatives	Commentaires
<b>Morsures de chien, de chat</b> Cibles bactériennes <i>Pasteurella</i> <i>Anaérobies</i> <i>S. aureus</i> <i>Capnocytophaga</i> sp. (chien)	Ne traiter que si facteurs de risque* <b>Amox-ac. Clav</b> 80 mg/kg/j PO en 2 ou 3 prises (maximum 3 g/jour) Pendant 3 à 7 jours selon l'évolution	Ne traiter que si facteurs de risque* <b>Doxycycline<sup>zz</sup></b> 4 mg/kg/j PO en 2 prises (max 200 mg/jour) Pendant 3 à 7 jours selon l'évolution	* <b>Facteurs de risque</b> : morsure de chat ; localisation de la morsure : face, proximité d'un tendon, d'une articulation, parties génitales ; morsure profonde ; morsure délabrante terrain : immunodéprimé ; asplénique ( <i>Capnocytophaga</i> ) Prophylaxie du tétanos et de la rage en fonction du contexte (avis centres antirabiques) Prophylaxie de l'hépatite B en fonction du contexte
<b>Morsures humaines</b> Cibles bactériennes <i>Anaérobies</i> <i>S. aureus</i>	<b>Amox-ac. clav</b> 80 mg/kg/j PO en 2 ou 3 prises (maximum 3 g/jour) Pendant 5 jours	<b>Doxycycline<sup>zz</sup></b> 4 mg/kg PO en 2 prises (max 200 mg/jour) Pendant 5 jours	
<b>Morsures de vipère</b> Lésions potentiellement nécrotiques	<b>Amox-ac. clav</b> 80 mg/kg/j PO en 2 ou 3 prises (maximum 3 g/jour) Pendant 7 jours uniquement si envenimation Arrêt du traitement si pas de signe d'envenimation		Discuter Viperfav <sup>®</sup> si envenimation
<b>Morsures de tiques</b> Cible bactérienne <i>B. burgdorferi</i>	Antibioprofylaxie systématique non recommandée		*L'antibioprofylaxie peut être discutée, en zone d'endémie, chez des sujets avec un risque élevé de contamination (piqûres multiples et durée d'attachement présumée supérieure à 48–72 h)

Amox-ac. clav : amoxicilline-acide clavulanique ; PO : per os ; IVL : intraveineuse lente ; TDR : test de diagnostic rapide ; W : clindamycine si souche Clinda S et Ery S, sinon linézolide ; Y : la clindamycine n'existe que sous forme comprimé, donc à partir de 6 ans ; Z : à partir de l'âge d'un mois ; Zz : doxycycline possible avant 8 ans.

(SASM) mais elles produisent une bêta-lactamase (pénicilline) responsable de la résistance du SA à l'amoxicilline. Ces souches de SASM sont sensibles aux pénicillines M, aux céphalosporines de 1<sup>re</sup> ou seconde génération et également à l'association amoxicilline + acide clavulanique car l'acide clavulanique inhibe l'action de la bêta-lactamase. Les patients allergiques aux bêta-lactamines et les infections dues au SARM pourront être traités par la clindamycine ou le cotrimoxazole avec pour ce dernier les mêmes précautions qu'énoncées plus haut (données CNR 2022 : pour SASM : 15 % de résistance à la clindamycine, 12 % au sulfaméthoxazole-triméthoprime ; pour SARM 24 % de résistance à la clindamycine, 13 % au sulfaméthoxazole-triméthoprime). Par voie orale, l'association amoxicilline + acide clavulanique (AAC), du fait de ses excellentes propriétés pharmacocinétiques dans le tissu cutané, sera le choix préférentiel en cas d'infections pour lesquelles une antibiothérapie générale est indiquée. En effet, par voie orale, les pénicillines M ne permettent pas d'atteindre les critères prédictifs d'efficacité pharmacocinétiques-pharmacodynamiques et la seule céphalosporine orale

disponible est la céfalexine. Ce choix d'une bêta-lactamine en première intention peut paraître contradictoire avec certaines recommandations issues notamment de publications nord-américaines. Ceci s'explique par l'épidémiologie propre des États-Unis, du Canada mais aussi de certains pays du pourtour méditerranéen qui sont confrontés à de véritables épidémies d'infections communautaires à SA résistants à la méticilline (SARM) et qui peuvent alors représenter jusqu'à 60 % des souches. Cette incidence très élevée de SARM communautaires est néanmoins en diminution dans la plupart des pays. Excepté dans le cas d'abcès primitifs qui vont guérir par drainage, la prévalence de ces SARM est nettement moins élevée en France (< 10 %) et est aussi en régression. Cette incidence basse ne justifie donc pas l'utilisation en première intention d'antibiotique actif sur les SARM [1–3]. Le dernier point à prendre en considération dans le traitement des infections cutanées est l'existence ou non de signes toxiques. En effet, aussi bien le SGA que le SA ont la capacité de produire de grandes quantités d'exotoxines qui peuvent avoir des propriétés nécrosantes locales comme la leucocidine de Pantone-Valentine (LPV),



des propriétés super-antigéniques (responsables d'une production massive de cytokines entraînant un retentissement hémodynamique et viscéral), les deux types de toxines pouvant être associées [4]. L'implication de ces toxines sera évoquée devant l'association d'une infection cutanée avec des signes de nécrose extensive et/ou une érythrodermie généralisée scarlatiniforme et/ou une instabilité hémodynamique pouvant aller jusqu'au choc avec défaillance multiviscérale [4]. En cas de signes toxiques, l'adjonction au traitement initial d'un antibiotique à activité anti-toxinique comme la clindamycine est recommandée [1–3], la gravité potentielle imposant de débiter par voie injectable. La persistance d'une activité anti-toxinique en cas de souche résistante à la clindamycine ou de souche présentant un risque de résistance inductible (souche Clinda S mais résistante à l'érythromycine) est très discutée. Dans les cas d'infections à SA résistant à la clindamycine et/ou à l'érythromycine, l'alternative anti-toxinique la plus logique est l'utilisation du linézolide, y compris chez le jeune enfant (hors AMM dans ce cas mais justifié par la gravité de ces infections). Malgré ses excellentes propriétés pharmacocinétiques et son effet anti-toxinique certain, la rifampicine doit être évitée en première intention du fait de sa sensibilité aux forts inocula et du risque d'acquisition rapide de résistances. Dans ces infections graves, l'antibiothérapie seule est insuffisante et devra toujours être complétée par des mesures symptomatiques de réanimation, un débridage chirurgical s'il est possible et parfois par l'utilisation de traitement complémentaire par des immunoglobulines IV.

Le **Tableau 1** suivant reprend les différentes situations avec le traitement de première intention et les alternatives possibles en cas d'allergie. Il prend en compte les dernières recommandations de la HAS publiées en 2019 [1].

Le **Tableau 2** montre les choix antibiotiques en cas de piqûres/morsures.

## Financement

Aucun.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] HAS — prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. <https://www.has-sante.fr/jcms/c.2911550/fr/prise-en-charge-des-infections-cutanees-bacteriennes-courantes> (cited 6/09/23).
- [2] Lorrot M, Bourrat E, Doit C, et al. Superficial skin infections and bacterial dermohypodermatitis. *Arch Pediatr* 2014;2:906–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2014.04.007>.
- [3] Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis* 2014;59:147–59, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciu296>.
- [4] Bidet P, Bonacorsi S. *Streptococcus pyogenes* pathogenic factors. *Arch Pediatr* 2014;21 Suppl. 2:S54–61, [http://dx.doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)72261-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0929-693X(14)72261-4).
- [5] Jung C, Amhis J, Levy C, Salabi V, et al. Group A streptococcal paronychia and blistering distal dactylitis in children: diagnostic accuracy of a rapid diagnostic test and efficacy of antibiotic treatment. *Pediatric Infect Dis Soc* 2020;9(6):756–9, <http://dx.doi.org/10.1093/jpids/piz079>.
- [6] Cohen R, Levy C, Bonacorsi S, et al. Diagnostic accuracy of clinical symptoms and rapid diagnostic test in group A streptococcal perianal infections in children. *Clin Infect Dis* 2015;60(2):267–70, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciu794>.