

QUAND LA PEAU VOIT ROUGE !

LES INFECTIONS CUTANÉES COURANTES EN PÉDIATRIE

Rouge pâle, rouge foncé, rouge violacé. Quand la peau devient infectée, il n'est pas toujours aisé de savoir quelle en est la cause, ni comment éteindre le feu !
Saurez-vous mettre un peu de baume sur la peau de Charlotte, Victor, Alice, Camille et Marion ?

Laurence Alix-Séguin

CAS N° 1

Charlotte, 2 ans, présente depuis deux jours une lésion à l'extrémité de son majeur droit (photo 1).

Elle est en bon état général, mais légèrement fébrile.

À l'examen, vous notez un ganglion sensible à la palpation au niveau de l'aisselle. Quel est votre diagnostic ?

Quelle sera votre conduite ?

1

PANARIS HERPÉTIQUE



Le panaris herpétique est une infection du pourtour de l'ongle ou de la pulpe du doigt causée par le virus de l'herpès simplex. Il est le résultat d'un contact direct entre la région atteinte et une source du virus, telle qu'une gingivostomatite, un herpès labial ou un état d'excréteur asymptomatique chez le patient ou un membre de son entourage. Bien qu'il touche classiquement les doigts, il peut aussi atteindre les orteils¹. Ce type d'infection survient principalement chez le jeune enfant qui porte fréquemment les doigts à sa bouche. Dans cette population, la souche VHS-1 est la plus fréquente, alors que le VHS-2 prédomine chez les adolescents (source parfois génitale)².

Une rougeur de l'extrémité du doigt, avec œdème, douleur ou démangeaison, précède parfois l'apparition des vésicules de quelques jours. Plusieurs doigts peuvent être atteints. Les vésicules peuvent être multiples et de petite taille ou moins nombreuses et de plus grande taille. Leur contenu semble souvent purulent. Toutefois, lors de l'incision, le liquide est peu abondant et souvent clair, contrairement à ce qu'on voit dans l'abcès cutané ou le panaris bactérien. On note souvent la présence d'adénopathies et parfois des signes de lymphangite. L'enfant peut être fébrile. Le panaris herpétique peut survenir de façon isolée ou accompagner un herpès labial ou une gingivostomatite³.

Le diagnostic de panaris herpétique est d'abord clinique, selon l'anamnèse et l'aspect classique de la lésion. Le principal défi est de distinguer le panaris herpétique du panaris bactérien. Les auteurs d'une revue de littérature signalent que seulement 23 % des patients ont eu le bon diagnostic

Les vésicules du panaris herpétique peuvent être multiples et de petite taille ou moins nombreuses et de plus grande taille. Leur contenu semble souvent purulent. Toutefois, au moment de l'incision, le liquide est peu abondant et souvent clair, contrairement à ce que l'on voit dans l'abcès cutané ou le panaris bactérien.

La D^{re} Laurence Alix-Séguin, pédiatre-urgentologue, exerce à l'urgence du CHU Sainte-Justine, à Montréal.

au moment de la visite initiale, 65 % ayant plutôt reçu un diagnostic de panaris bactérien et des antibiotiques lors de la première consultation⁴.

En cas de diagnostic incertain, la culture virale, le test d'amplification en chaîne par polymérase (PCR) ou l'immunofluorescence confirme la présence du virus. Cependant, si le diagnostic est sans équivoque, la culture du contenu des vésicules n'est pas nécessaire, notamment parce que le fait de rompre ces dernières augmente le risque de surinfection bactérienne et d'inoculation.

Bien qu'aucune étude ne montre clairement l'avantage de traiter les panaris herpétiques par des antiviraux, certains experts recommandent d'entreprendre un tel traitement pour diminuer la durée des symptômes¹ et prévenir l'auto-inoculation, plus particulièrement au niveau des yeux. L'acyclovir par voie orale est l'antiviral le plus utilisé, à raison de 60 mg/kg/j à 80 mg/kg/j en trois ou quatre doses (maximum : 1 g/j) pendant de sept à dix jours. Lorsque le panaris herpétique survient chez un enfant immunodéprimé, l'administration d'acyclovir par voie intraveineuse est nécessaire⁵. Si le panaris herpétique n'est pas traité, la lésion disparaîtra d'elle-même au bout de trois à quatre semaines. Comme pour les autres infections à herpès simplex, la récurrence de la lésion est possible⁴.

Jusqu'à la disparition des vésicules et l'assèchement des lésions, la transmission à une autre personne ou l'auto-inoculation à d'autres endroits peut survenir. On doit donc couvrir la lésion et prendre les précautions de contact qui s'imposent.

CAS N° 2

Victor, 6 ans, est en bonne santé. Il vous consulte pour une lésion à la cheville droite (photo 2) apparue il y a 48 heures et qui évolue lentement. La lésion est œdématisée, érythémateuse, chaude et légèrement sensible à la palpation. Victor fait de la fièvre depuis 24 heures, mais son état général est bon. Quel sera votre diagnostic ? Quelle sera votre conduite ?

La cellulite est une infection courante des tissus mous principalement causée par certains germes de la peau, soit le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A et *Staphylococcus aureus*. Elle se présente par un érythème localisé évolutif, une chaleur et un œdème de la région atteinte. Elle peut être accompagnée de fièvre et de symptômes constitutionnels. Il est utile de rechercher une porte d'entrée du virus au pourtour ou au sein même de la zone cellulitique, c'est-à-dire un indice d'un bris cutané.

TABLEAU

CELLULITE : INDICATIONS D'ORIENTATION EN MILIEU HOSPITALIER^{6,7}

- ▶ Altération de l'état général
- ▶ Cellulite étendue ou d'évolution rapide
- ▶ Enfant de moins de 1 mois (considérer entre 1 et 3 mois selon l'état clinique)
- ▶ Immunodépression
- ▶ Échec de l'antibiothérapie par voie orale
- ▶ Abscess nécessitant un drainage
- ▶ Présomption de fasciite nécrosante
- ▶ Présomption d'arthrite septique
- ▶ Cellulite dans un contexte de varicelle

DOIS-JE DIRIGER VICTOR EN MILIEU HOSPITALIER ?

Chez l'enfant en bonne santé, la majorité des cellulites peuvent être traitées en consultation externe par un suivi approprié. Avant de prendre cette décision, il faut cependant s'assurer de l'absence de certains facteurs de risque (tableau^{6,7}). Il faut entre autres que l'enfant n'ait pas d'atteinte manifeste de l'état général, qu'il ait des signes vitaux rassurants pour son âge et qu'il soit en mesure de tolérer un médicament par la bouche. Le très jeune bébé et l'enfant immunodéprimé exigent généralement une évaluation en centre hospitalier et une antibiothérapie par voie intraveineuse.

La cellulite doit être relativement circonscrite et ne pas évoluer trop rapidement. La délimitation de la zone d'éry-

2

CELLULITE NON COMPLIQUÉE





thème permet de suivre la progression de l'infection de façon objective. Il faut rechercher la présence d'adénopathies réactionnelles et vérifier l'existence d'un trait érythémateux entre la zone cellulitique et la zone ganglionnaire évoquant une lymphangite.

Si la cellulite se situe près d'une articulation, on doit s'assurer que le tableau clinique ne se complique pas d'une arthrite septique. Dans une cellulite simple, l'amplitude articulaire sera préservée et il n'y aura pas de signe d'épanchement articulaire. En cas d'atteinte des membres inférieurs, la mise en charge demeurera possible.

Il faut aussi rechercher la présence d'un abcès sous-jacent à la zone cellulitique. Une portion de cette zone peut alors être indurée, voire fluctuante. En cas de doute, il est préférable de réaliser une échographie de surface, ce qui entraînera souvent une orientation en milieu hospitalier. L'échographie aidera à confirmer la présomption clinique. Si elle montre un abcès franc, le drainage de ce dernier constitue une étape essentielle du traitement.

Si la cellulite évolue rapidement, que l'altération de l'état général ou la douleur sont importantes et hors de proportion par rapport à l'atteinte cutanée, il faut envisager la possibilité d'une fasciite nécrosante⁸, une infection grave des tissus mous. Une telle présomption clinique exige une orientation immédiate en milieu hospitalier, où certains examens para-cliniques plus poussés, tels qu'une échographie de surface, un dosage de la créatine kinase, des hémocultures et éventuellement une consultation en chirurgie plastique, auront lieu. Cette infection nécessite une antibiothérapie par voie intraveineuse et un débridement étendu des tissus touchés.

QUEL ANTIBIOTIQUE DOIS-JE PRESCRIRE À VICTOR ?

L'antibiotique choisi doit couvrir les germes fréquemment en cause dans les cellulites, soit le streptocoque bêtahémolytique du groupe A (SGA) et *Staphylococcus aureus* sensible à l'oxacilline (SASO), à moins que le clinicien ne soupçonne une infection à *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM) (encadré^{5,9}). La céphalexine, une céphalosporine par voie orale de première génération, est un antibiotique offrant une bonne couverture contre le SGA et le SASO. La dose standard est de 50 mg/kg/j, mais selon des études portant sur les infections ostéoarticulaires, la dose supérieure de 100 mg/kg/j, administrée 3 f.p.j., est de plus en plus recommandée⁵. La durée du traitement est de sept à dix jours.

ENCADRÉ

CELLULITE : PRÉSUMPTION D'INFECTION À SARM^{5,9}

***Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) représente un défi pour le clinicien et un problème croissant de santé publique, notamment aux États-Unis.**

Quand doit-on soupçonner une cellulite à *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM) ?⁹

- ▶ Infections cutanées à répétition dans la famille, tels que furoncles et abcès
- ▶ Patient ou membre de la famille porteur connu de SARM
- ▶ Épidémiologie locale (ex. : prévalence plus importante dans les communautés du nord du Québec ou dans certains États américains)
- ▶ Réponse insatisfaisante à l'antibiothérapie

Quels sont les effets sur ma conduite ?

- ▶ Culture de la lésion et antibiogramme
- ▶ Dépistage du SARM par prélèvement nasal
- ▶ Envisager l'ajout d'un antibiotique antiSARM à l'antibiothérapie initiale, par exemple le triméthoprime-sulfaméthoxazole chez l'enfant de plus de 2 mois
- ▶ En cas d'abcès, toujours effectuer un drainage

En cas d'allergie à la pénicilline, la clindamycine peut être envisagée. Il faut cependant se rappeler que certains SASO peuvent être résistants à cet antibiotique et que l'administration par voie orale de ce médicament en suspension peut être difficile chez le jeune enfant en raison de son mauvais goût prononcé.

Avant d'entreprendre une antibiothérapie, il est important de tenter une culture des germes de la lésion. L'antibiogramme constituera un outil précieux en cas de réponse insatisfaisante au traitement initial.

Chez les patients traités au service de consultation externe, il est prudent d'effectuer un suivi quarante-huit heures après le début de l'antibiothérapie pour s'assurer d'une réponse adéquate. Les parents doivent être informés de consulter un professionnel de la santé si la cellulite progresse malgré l'antibiothérapie, si la douleur devient très intense ou si l'état général de l'enfant se détériore.

L'antibiotique choisi doit couvrir les germes fréquemment en cause dans les cellulites, soit le streptocoque bêtahémolytique du groupe A (SGA) et *Staphylococcus aureus* sensible à l'oxacilline (SASO), à moins que le clinicien ne soupçonne une infection à *S. aureus* résistant à la méthicilline. La céphalexine, une céphalosporine par voie orale de première génération, est un antibiotique offrant une bonne couverture contre le SGA et le SASO.

3

CELLULITE ÉTENDUE



REPRODUCTION AUTORISÉE PAR VISUAL DX © LOGICAL IMAGES

CAS N° 3

Alice, 5 ans, vient vous consulter à l'urgence pour une cellulite au pied (photo 3) évoluant depuis 48 heures. L'infection est étendue et s'accompagne d'une lymphangite. La fillette est fébrile, mais ne présente pas d'altération manifeste de l'état général. Vous décidez de l'admettre à l'hôpital pour un traitement par voie intraveineuse. Quel sera votre choix d'antibiotique ?

Comme l'antibiothérapie par voie orale, celle par voie intraveineuse doit être guidée par la nécessité d'offrir une couverture adéquate contre les agents étiologiques les plus fréquents, soit le streptocoque de groupe A et *S. aureus*. Ainsi, la céfazoline, une céphalosporine de première génération, représente un excellent traitement de première intention (100 mg/kg/j en trois doses)¹⁰. En cas d'allergie à la pénicilline, la clindamycine par voie intraveineuse

est la solution recommandée. Avant d'entreprendre une antibiothérapie par voie intraveineuse, il faut obtenir des cultures de la plaie et une hémoculture. Lorsque la cellulite s'accompagne d'un abcès, ce dernier doit être drainé. Il est essentiel de s'assurer que la cellulite ne se complique pas d'une arthrite septique, d'une fasciite nécrosante ni d'un choc septique.

En cas de cellulite grave ou de doute quant à la présence de SARM, le clinicien doit envisager l'ajout de vancomycine à l'antibiothérapie par voie intraveineuse initiale.

CAS N° 4

Camille, 5 ans, souffre d'eczéma depuis l'âge de 2 mois. Depuis deux semaines, son eczéma à l'oreille droite s'est aggravé, et sa maman a l'impression d'avoir perdu le contrôle malgré l'application régulière d'une crème hydratante et d'une autre à base de cortisone (photo 4). Quel est votre diagnostic ? Quel traitement suggérerez-vous ?

L'eczéma est une maladie chronique de la peau qui entraîne des microlésions de la barrière cutanée et rend l'enfant vulnérable aux infections virales ou bactériennes des tissus mous. L'évolution naturelle de l'eczéma est marquée par des phases d'exacerbation et de relative rémission. Il n'est pas toujours aisé pour le clinicien d'identifier la cause d'une exacerbation.

Dans le cas de Camille, le médecin doit déterminer s'il s'agit d'une exacerbation simple de la maladie ou d'une surinfection bactérienne ou virale. La présence de croûtes mielleuses ou de suintement au niveau des lésions, de zones évoquant une cellulite, de fièvre ou de symptômes généraux peut évoquer une surinfection bactérienne. Le spectre de gravité des surinfections bactériennes est vaste, variant de l'impétiginisation simple à la cellulite invasive. *Staphylococcus aureus* est présent dans plus de 90 % des cas d'eczéma surinfecté ayant fait l'objet d'une culture¹. En cas de surinfection bactérienne isolée, l'intensité du traitement sera dictée par la gravité de l'atteinte (voir le cas n° 5).

La présence de vésicules ou d'ulcères sur une base érythémateuse dans le contexte d'une exacerbation d'eczéma doit laisser craindre un eczéma herpétiforme (eczéma herpeticum) (photo 5), soit une surinfection d'une lésion d'eczéma par le virus de l'herpès simplex. Les enfants souffrant d'eczéma en bas âge et ceux ayant une atteinte du visage ou une éruption touchant une grande surface corporelle sont plus à risque d'eczéma herpétiforme¹¹. Il s'agit d'une infection potentiellement grave qui nécessite un traitement à base d'acyclovir par voie intraveineuse (enfant

4

ECZÉMA AVEC SURINFECTION BACTÉRIENNE



5

ECZÉMA HERPÉTIQUE



de moins d'un an : 15 mg/kg/j en trois doses ; enfant de plus d'un an : 750 mg/m²/j en trois doses)¹² en cas d'atteinte cutanée importante, d'altération de l'état général ou d'immunodépression. Considérant qu'une surinfection bactérienne concomitante est fréquente, plusieurs auteurs recommandent l'ajout pendant de sept à dix jours d'une céphalexine par voie orale (50 mg/kg/j – 100 mg/kg/j en trois doses) ou de céfazoline par voie intraveineuse (50 mg/kg/j – 100 mg/kg/j en trois doses).

Avant de commencer un traitement, il est important de toujours faire des cultures bactériennes et virales des plaies. Les résultats aideront le clinicien à confirmer le diagnostic et à rajuster le traitement en cas d'évolution défavorable.

Le traitement anti-infectieux doit aussi s'accompagner de mesures visant le bien-être de l'enfant, notamment la prescription d'agents antihistaminiques (diphénhydramine ou hydroxyzine) pour diminuer le prurit, l'application de compresses fraîches sur les plaies et l'utilisation régulière d'une crème hydratante.

Il est aussi important de revoir le traitement de base de l'eczéma, l'un des buts étant d'améliorer la maîtrise quotidienne de la maladie et ainsi de réduire au minimum les risques futurs de surinfection.

Avant de commencer un traitement, il est important de toujours faire des cultures bactériennes et virales des plaies. Les résultats aideront le clinicien à confirmer le diagnostic et à rajuster le traitement en cas d'évolution défavorable.

6

IMPÉTIGO NON BULLEUX



7

IMPÉTIGO BULLEUX



CAS N° 5

Marion, 8 ans, présente depuis trois jours des lésions légèrement érythémateuses sur la cuisse gauche (photo 6). Elle est afébrile et son état général est bon. Les lésions sont apparues près d'anciennes abrasions. Une grosse bulle s'est également formée sur son pied gauche (photo 7). Quel sera votre diagnostic ?

Quelle sera votre conduite ?

L'impétigo est l'infection cutanée la plus fréquente dans le monde¹. Il en existe deux formes : non bulleuse et bulleuse. La première est principalement causée par *S. aureus*, mais peut aussi être liée au streptocoque du groupe A¹³. La deuxième est toujours attribuable à une souche de *S. aureus* excréant des toxines exfoliantes.

La forme non bulleuse se caractérise par l'apparition de petites lésions papulovésiculaires érythémateuses,

qui se couvrent par la suite de croûtes mielleuses. Ces lésions peuvent apparaître au siège d'un ancien trauma, d'une ancienne piqûre ou d'une zone de macération. Une fois qu'elles sont présentes, il peut y avoir auto-inoculation d'autres zones par l'entremise des doigts ou des vêtements. Les adénopathies réactionnelles sont fréquentes, mais les symptômes généraux sont rares.

La forme bulleuse, quant à elle, s'observe surtout chez le jeune enfant. Il s'agit d'une forme localisée de la dermatite exfoliatrice du nourrisson (*Staphylococcal Scalded Skin Syndrome*). La peau du visage, du tronc et du siège est le plus souvent atteinte. Elle se couvre de larges bulles flaccides et transparentes qui peuvent se rompre très facilement. Après rupture, la peau est marquée par des lésions à vif entourées d'une petite corolle. L'enfant est habituellement afebrile et en bon état général.

L'intensité du traitement est dictée par la gravité de l'atteinte cutanée. En cas de lésions localisées et en l'absence de symptômes généraux, le traitement peut se faire à l'aide d'une crème antibiotique topique à base de mupirocine (Bactroban) et d'acide fusidique (Fucidin) efficace contre les deux germes les plus fréquents¹⁴. La durée du traitement est de sept à dix jours. En cas d'atteinte plus importante ou d'impétigo bulleux, un traitement par voie orale ou intraveineuse est recommandé¹⁵. La céphalexine par voie orale (50 mg/kg/j – 100 mg/kg/j en trois doses) ou la céfazoline par voie intraveineuse (50 mg/kg/j – 100 mg/kg/j en trois doses) sont alors les agents de choix¹³. La durée du traitement est généralement de sept à dix jours.

Les complications sont rares. Certaines lésions peuvent évoluer vers une cellulite. Parfois, l'infection peut se propager par la voie hématogène. En cas d'impétigo causé par un streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, l'infection cutanée peut se compliquer d'une fièvre scarlatiniforme ou d'un choc toxique. Certains enfants peuvent aussi développer quelques semaines plus tard une glomérulonéphrite poststreptococcique.

CONCLUSION

Prêt à jouer les pompiers maintenant et à éteindre les flammes de l'infection ? Devant une peau infectée, il ne faut pas oublier d'évaluer à la fois la région touchée, l'état général de l'enfant et la présence d'autres symptômes. Bien que la grande majorité des infections courantes de la peau se traitent en service de consultation externe, il faut savoir repérer les complications et les urgences qui nécessitent une orientation rapide en milieu hospitalier. //

Date de réception : le 2 juillet 2013

Date d'acceptation : le 28 juillet 2013

La Dr^e Laurence Alix-Séguin n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Common Pediatric Skin Infections. Skin infections are common reasons for consultation. Although most patients can be treated in ambulatory care, it is important to know how to identify those requiring referral to the hospital. In the case of a bacterial infection, the choice of antibiotic therapy will be dictated by the types of bacteria most often isolated in these kinds of skin lesions, generally *Staphylococcus aureus* and group A beta-hemolytic streptococcus. First-generation cephalosporins such as cephalexin and cefazolin are excellent first-line treatments. It is always useful to perform a wound culture before beginning antibiotic therapy. In case of an unsatisfactory response to initial treatment or if risk factors are present, the clinician must also consider the possibility of an infection caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kliegman RM, Stanton B, St. Geme J et coll. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19^e éd. Philadelphie : Elsevier, Saunders ; 2011. 2680 p.
2. Wu IB, Schwartz RA. Herpetic Whitlow. *Cutis* 2007 ; 79 (3) : 193-6.
3. Hoff NP, Gerber PA. Herpetic Whitlow. *CMAJ* 2012 ; 184 (17) : E924.
4. Szinnai G, Schaad UB, Heining U. Multiple herpetic whitlow lesions in a 4-year-old girl: case report and review of the literature. *Eur J Pediatr* 2001 ; 160 (9) : 528-33.
5. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW et coll. *Red Book : 2012 Report of the Committee of Infectious Diseases*. 29^e éd. Elk Grove Village : American Academy of Pediatrics ; 2012. 1058 p.
6. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF et coll. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections. *Clin Infect Dis* 2005 ; 41 (10) : 1373-406.
7. Vincent M, Roy H, Tremblay S et coll. *Traitement ambulatoire des cellulites modérées via le centre de jour pédiatrie urgence et centre de jour. Urgence et Centre de Jour Pédiatrie*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine ; 2013. Site Internet : www.urgencehsj.ca/librairies/sfv/telecharger.php?fichier=1107 [Date de consultation : octobre 2013].
8. Butterworth SA, Murphy JJ. Necrotizing soft tissue infections – Are they different in healthy vs immunocompromised children ? *J Pediatr Surg* 2006 ; 41 (5) : 935-9.
9. Robinson JL, Salvadori MI. La prise en charge des abcès cutanés à *Staphylococcus aureus* méthicillino-résistant d'origine non nosocomiale chez les enfants. *Paediatr Child Health* 2011 ; 16 (2) : 117-8.
10. Vayalumkal JV, Jadavji T. Children hospitalized with skin and soft tissue infections: a guide to antibacterial selection and treatment. *Paediatr Drugs* 2006 ; 8 (2) : 99-111.
11. Jen M, Chang MW. Eczema herpeticum and eczema vaccinatum in children. *Pediatr Ann* 2010 ; 39 (10) : 658-64.
12. Turgeon J, Bernard-Bonnin AC, Gervais P et coll. *Dictionnaire de thérapeutique pédiatrique Weber*. 2^e éd. Québec : Gaëtan Morin ; 2008.
13. Hirschmann JV. Impetigo: etiology and therapy. *Curr Clin Top Infect Dis* 2002 ; 22 : 42-51.
14. Koning S, van der Sande R, Verhagen AP et coll. Interventions for impetigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 1 : CD003261.
15. Hirschmann JV. Antimicrobial therapy for skin infections. *Cutis* 2007 ; 79 (6 suppl.) : 26-36.